

MONIKA BOBBERT

**DIE PROBLEMATIK DES KRANKHEITSBEGRIFFS UND DER
ENTWURF EINES MORALISCH-NORMATIVEN
KRANKHEITSBEGRIFFS IM ANSCHLUSS AN DIE
MORALPHILOSOPHIE VON ALAN GEWIRTH**

Monika Bobbert, geb. 1963; Diplomstudiengänge Kath. Theologie und Psychologie, Universität Tübingen; 1993 bis 1995 Akademiereferentin, Ludwig-Windthorst-Haus, Lingen; 1996 bis 1998 DFG-Stipendiatin, Dissertationsprojekt zur Medizin- und Pflegeethik; seit 1998 wissenschaftliche Koordinatorin des Graduiertenkollegs „Ethik in den Wissenschaften“, Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften, Universität Tübingen.

I. EINLEITUNG

Mag es auch in der Vergangenheit immer wieder Phasen gegeben haben, in denen Einigkeit über die Begriffe Krankheit und Gesundheit herrschte, so liegt es doch in der Natur dieser Begriffe, dass sie Wandlungen unterworfen sind und heute mehr denn je ihre historische und kulturelle Relativität sowie die mit ihnen verknüpften Wertungen deutlich werden.¹ Man denke nur daran, dass früher beispielsweise Alkoholismus, Spielsucht oder Hyperaktivität als individuelle Persönlichkeitszüge, heute unter Bezugnahme auf medizinische oder psychologische Theorien eher als therapierbare Krankheiten gesehen werden. Umgekehrt wurden etwa Homosexualität oder weibliche Hysterie aus dem „Krankheitskatalog“ entlassen.

Der *Krankheitsbegriff*² ist für die Medizin und zunehmend stärker auch für die Humanbiologie von großer Wichtigkeit, bestimmt er doch die Aufgaben, Ziele und Erfolgskriterien der entsprechenden Forschungs-, Diagnose- und Therapiebemühungen. Darüber hinaus nehmen Auffassungen von Krankheit auf die Gesundheits- und Sozialpolitik sowie auf individuelle Verhaltensweisen Einfluss. Vor allem in der jüngeren ethischen Diskussion über die Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen oder über

1 Vgl. z. B. J. EPSTEIN: *Altered Conditions* (1995).

2 Hiermit ist ein allgemeiner Krankheitsbegriff gemeint, welcher als Oberbegriff die Grenze zur Gesundheit bestimmt, nicht jedoch Modelle zur Erklärung der Entstehung von Krankheiten, Krankheitsklassifikationssysteme oder spezielle Krankheitseinheiten.

das Ob und Wie genetischer Diagnostik und Therapie wurde wieder einmal deutlich, dass ein allgemein geteilter Begriff von Krankheit bzw. Gesundheit fehlt und demzufolge die Beantwortung grundlegender Fragen schwer fällt: Welche „Zustände“ sollen als Krankheit gelten und deshalb in der medizinischen Versorgung Berücksichtigung finden? Welche Kriterien können zur Bestimmung der „Schwere“ von Krankheit oder des Grades von Gesundheit dienen?

Die Suche nach einem verallgemeinerbaren und operationalisierbaren Krankheitsbegriff stellt eine der vordringlichen Aufgaben der Bioethik dar, ist geradezu eine grundlegende Vorbedingung, um etwa über die Gestaltung des Gesundheitsversorgungssystems oder Fragen der (bio-)medizinischen Forschung und Therapie begründet entscheiden zu können. Dass es sich hierbei um kein einfaches Unterfangen handelt, ist daran zu ersehen, dass bislang in der Literatur die Begriffe Krankheit bzw. Gesundheit lediglich hinsichtlich reduktionistischer Sichtweisen und Wertbindungen problematisiert wurden. Selten zu finden sind Diskussionen über und systematische Bemühungen um eine moralisch-normative Begründung eines allgemeinen Krankheitsbegriffs.³ Allerdings machen diesbezügliche Bemühungen auch nur unter der Voraussetzung Sinn, dass eine wirtschaftsliberale Position, nach der die Gesundheitsversorgung als Markt zu organisieren wäre,⁴ ausgeschlossen wird. Nur wenn in alter europäischer und meines Erachtens auch moralphilosophisch begründbarer⁵ Tradition das Gut Gesundheit eng an die Wahrung von Menschenwürde und Chancengleichheit geknüpft wird, wenn also eine allgemeine Gesundheitsversorgung aufgrund positiver Hilfspflichten über ein Solidarsystem gewährleistet werden soll, bedarf es angesichts der Vielzahl existierender Auffassungen von Krankheit eines verallgemeinerbaren allgemeinen Krankheitsbegriffs.⁶

3 Seltene Ausnahmen sind der umfassende Ansatz des Schweden L. NORDENFELT: *On the Nature of Health* (1987), die moralphilosophische Rekonstruktion der US-Amerikaner B. GERT/C. M. CULVER/D. K. CLOUSER: *Bioethics* (1997), v. a. S. 93 – 131, oder der Ansatz des Briten K. W. M. FULFORD: *Moral Theory and Medical Practice* (1989). Ohne dies hier ausführen zu können, behaupte ich, dass diese Ansätze letztlich nicht überzeugen. Vgl. außerdem die moralisch-normativen Diskussionsbeiträge im Themenheft „Reconceptualizing Health and Disease“ des *J. Philos. Med.* (1995).

4 Vgl. als entsprechende moralphilosophische Position etwa H. T. ENGELHARDT: *The Foundation of Bioethics* (1996²), USA.

5 Diese entscheidende Vorannahme lässt sich meines Erachtens begründen. Vgl. dazu die Ausführungen zu Gewirth' Ansatz weiter unten.

6 In diesem Artikel wird häufig auf anglo-amerikanische Literatur Bezug genommen, weil die Diskussion über den Krankheitsbegriff im deutschsprachigen Raum erst in jüngster Zeit anlässlich ethischer Fragen in der Reproduktionsmedizin und Humangenetik vereinzelt wieder begann.

Indem von einem solchen Krankheitsbegriff berechnigte Hilfsansprüche gegenüber anderen abgeleitet werden sollen, bezieht sich dieser auf die moralische Dimension menschlichen Lebens. Davon zu unterscheiden wären Krankheitsbegriffe, die etwa aus anthropologischer Perspektive Aussagen über den Menschen machen: in welchen „kranken“ Zuständen er sich befinden und wie er sich unter diesen Beeinträchtigungen selbst verstehen kann. Die nachstehende Diskussion bemüht sich also um einen über moralphilosophische Argumente fundierten normativen Krankheitsbegriff als Antwort auf die Frage, bei welchen „Krankheitszuständen“ eines Menschen berechnigte Ansprüche auf Hilfe bestehen. In den weiteren Ausführungen wird Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit verstanden und damit die erst in den letzten Jahren aufgekommene Debatte um eigenständige Gesundheitsverständnisse ausgespart, weil sich hier moralische Fragen teilweise anders stellen.

II. PROBLEMATISIERUNG MEDIZINISCHER KRANKHEITSVERSTÄNDNISSE

1. Maßstäbe der Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit

Jeder Krankheitsbegriff bedarf der Bezugnahme auf Kriterien, die eine Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit erlauben. Bei den folgenden drei Maßstäben handelt es sich um analytische Unterscheidungen, die für eine Herausarbeitung moralisch relevanter Aspekte von Krankheitsbegriffen hilfreich sind. Konkrete Krankheitsverständnisse beziehen sich auf einen oder mehrere dieser Maßstäbe:

a) *Krankheit als Abweichung von wissenschaftlich begründeten Maßstäben:*⁷

Wissenschaftliche Maßstäbe variieren in Abhängigkeit von den Auffassungen darüber, welche Theorien und Methoden der Erkenntnisgewinnung wissenschaftlicher Natur sind und zudem als Bezugsrahmen ausgewählt werden. So liefern zum einen die so genannte Schulmedizin und ihre Leitwissenschaften Biologie, Biochemie oder Physik mithilfe ihrer Erklärungs-

⁷ Vgl. für a) und c) auch die im Englischen häufig zu findende Unterscheidung zwischen „disease“ und „illness“: „disease“ bezieht sich auf das medizinische Verständnis klinischer Funktionsstörung oder Anomalität, „illness“ auf die subjektive Deutung der Krankheit.

modelle über einen Prozess der Operationalisierung empirisch überprüfbare Kriterien zur Beschreibung von Phänomenen, die sich im Weiteren auch zur Kennzeichnung von krank oder gesund verwenden lassen. Zum anderen stellen auch gesellschafts- oder geisteswissenschaftliche Disziplinen mit ihren Theorien Maßstäbe bereit.⁸ Die mithilfe wissenschaftlicher Kriterien vorgenommenen Krankheitsdefinitionen und Krankheitszuschreibungen fallen entsprechend unterschiedlich aus, je nachdem, ob man z. B. ein Modell biologischen Funktionierens oder ein psychologisches Coping-Modell mit Erkenntnissen über Kompetenzen zur Kompensation körperlicher Beeinträchtigungen zugrunde legt.

b) Krankheit als Abweichung von gesellschaftlichen Maßstäben:

Eine Gesellschaft oder Kultur als Ganze oder eine gesellschaftliche Gruppe betrachtet physische und psychische Phänomene mit Blick auf kollektiv für gut befundene Ziele, Gewohnheiten, Traditionen etc. Als Krankheit werden zahlreiche derjenigen physischen und psychischen Zustände eingestuft, die positiv bewerteten Vorstellungen und Leistungen nicht entsprechen. Niederschlag finden diese Wertungen z. B. in allgemeinen Einschätzungen zu Alltagsbewältigung, Arbeitsfähigkeit, sozialer Anpassung, „normaler“ kognitiver oder emotionaler Funktionalität oder in Kriterien für Lebensqualität.

c) Krankheit als Abweichung von individuellen Maßstäben:

Trotz des Vorliegens einer wissenschaftlich begründeten Diagnose und trotz eines möglicherweise bestehenden gesellschaftlichen Konsenses, dass eine Krankheit vorliegt, muss sich ein Mensch subjektiv weder als krank erleben noch ein „Krankheits“phänomen mit Blick auf seinen Lebensalltag, sein Körperideal oder seine Lebensziele etc. negativ beurteilen. Umgekehrt kann er sich krank fühlen, ohne dass andere diese Auffassung teilen. Die Deutung und Bewertung des individuellen Zustands ergibt sich aus subjektiven Wahrnehmungen und Reaktionen, aus Wertpräferenzen, Lebenszielen und Sinnerfahrungen der betroffenen Person.

Über diese Maßstäbe hinaus beeinflussen noch zahlreiche weitere, z. B. juristische Maßstäbe (etwa die im Strafgesetz oder Bundessozialhilfegesetz

⁸ Obwohl sich die moderne Medizin stark an den Naturwissenschaften orientiert, wird hier ein auch die Geistes- und Gesellschaftswissenschaften umfassender Wissenschaftsbegriff zugrunde gelegt; nicht zuletzt, um eine zu starke Engführung bei der Erfassung, Erklärung und Interpretation von Phänomenen zu vermeiden. Gleichwohl ist die Problematik des Wissenschaftsbegriffs damit nicht gelöst. Vgl. z. B. für die geschichtliche Dimension der Wissenschaftsentwicklung T. KUHN: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (1976²).

enthaltenen Krankheitsdefinitionen), institutionelle Maßstäbe (z. B. in Form von Aufnahmekriterien einer Institution des Gesundheitswesens) und berufsständische Maßstäbe (z. B. in Aufgabenbeschreibungen oder beruflichen Standards) ein Krankheitsverständnis. Sie können jedoch als Kombinationsvarianten wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Maßstäbe angesehen werden. Religiöse⁹, ästhetische und noch weitere denkbare Maßstäbe wurden aufgrund ihrer geringeren Relevanz für die Formulierung von Krankheitsverständnissen nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich eine große Pluralität und Relativität von Maßstäben feststellen: Zum einen existieren unterschiedliche und teilweise auch unvereinbare Maßstäbe nebeneinander, zum anderen sind die angeführten Maßstäbe durch historische, kulturelle und politische Faktoren Veränderungen unterworfen. Gleiches gilt für die darauf bezogenen Krankheitsverständnisse.

2. Krankheit als deskriptiver oder als notwendig evaluativer Begriff?

In den Diskussionen der vergangenen zwei Jahrzehnte wurde häufig herausgestellt, dass mit gesellschaftlichen und individuellen Maßstäben verbundene Krankheitsvorstellungen unabdingbar Wertungen enthalten, weil sie Krankheit aus verschiedensten Interessen heraus als unerwünschten Zustand ausweisen.¹⁰ Inwieweit auch mit wissenschaftlichen Maßstäben Wertungen verbunden sind, wird weiter unten diskutiert. Zunächst ist zu klären, welche Relevanz Wertungen aus ethischer Sicht haben:

Insofern Ethik über die menschliche Lebensführung und das menschliche Handeln reflektiert, folgt sie zwei Fragestellungen:¹¹ Sie fragt einerseits als evaluative Ethik nach einem gelingenden Leben einzelner Personen und einem guten Zusammenleben in einer Gesellschaft. Sie fragt andererseits als normative Ethik nach dem moralisch richtigen Handeln, insofern

9 Religiöse Krankheitsverständnisse (z. B. Krankheit als Ausdruck von Dämonenbesessenheit oder als göttliche Strafe für schuldhaftes Verhalten) spielten eher in der Vergangenheit eine Rolle – zumindest was die christliche Tradition anbetrifft. Heute will Krankenseelsorge in einer schwierigen Lebensphase unterstützen bzw. zur Akzeptanz unabänderlicher Krankheiten beitragen.

10 Vgl. z. B. die „Klassiker“ K. E. ROTHSCUH: Der Krankheitsbegriff (1975), J. MARGOLIS: The Concept of Disease (1976), H. T. ENGELHARDT: The Concepts of Health and Disease (1981), ders. et al.: Health and Disease 19952), A. L. CAPLAN: The Concepts of Health, Illness and Disease (19972).

11 Vgl. für diese in der Ethik gängige Unterscheidung z. B. J. HABERMAS: Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft (1991).

durch das Handeln die Interessen anderer berührt werden und es zu Konflikten kommt. Nun spiegeln sich Werturteile, die das Selbstverständnis oder die Lebensformen einer Person oder einer Gesellschaft, d. h. Vorstellungen vom „guten Leben“ berühren, unter anderem in individuell oder kollektiv gesetzten Zielen, Idealvorstellungen und Überzeugungen wider. Diese Wertorientierungen und Haltungen sind evaluative Aussagen, die lediglich von bestimmten Personen oder Gruppen geteilt werden und deshalb trotz ihrer faktischen Geltung zunächst nur eingeschränkte Gültigkeit besitzen. Zwar ist Respekt vor diesen pluralen Wertorientierungen moralisch geboten. Geht es allerdings darum, dass bestimmte Werte von allen anzuerkennen und zu verfolgen sind oder dass die Berücksichtigung bestimmter Interessen bei der Frage nach dem richtigen Handeln stets Vorrang hat, muss der damit verbundene kategorische Gültigkeitsanspruch eigens ausgewiesen werden: Den Anspruch kategorischer Gültigkeit können nur die Kriterien und Normen erheben, die universal zu rechtfertigen sind.

3. Deskription und Evaluation in medizinischen Krankheitsverständnissen

Inwieweit nun in der Medizin weit verbreitete Krankheitsverständnisse als rein deskriptiv und wertneutral gelten können, weil sie auf naturwissenschaftlich-positivistischen Annahmen, Methoden und Befunden beruhen,¹² und inwieweit diese Verständnisse als „gemischte“ Urteile neben deskriptiven und definitiven Anteilen unabdingbar auch Vorannahmen und nicht-ausgewiesene Wertungen von moralischer Relevanz enthalten, wird im Folgenden diskutiert. Die Typisierung der Krankheitsverständnisse ist teils durch einschlägige Autoren und teils durch inhaltliche Unterschiede motiviert. Nicht erwähnte, in der medizinischen Diskussion und Praxis jedoch vertretene Krankheitsverständnisse bestehen meist aus einer Kombination einzelner Elemente der vorgestellten Krankheitsverständnisse.¹³

¹² Diese Position wird bis heute häufig vertreten, vgl. z. B. C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), ders.: Health as a Theoretical Concept (1977), N. DANIELS: Just Health Care (1985), J. G. SCADDING: Health and Disease (1988), L. WALTERS/J. GAGE PALMER: The Ethics of Human Gene Therapy (1997). Dass die Möglichkeit zu einem wertneutralen Krankheitsbegriff besteht, vermitteln m. E. auch D. v. ENGELHARDT: Stichwort „Krankheit“ (1989), bes. S. 646, und BROCKHAUS: Stichwort „Gesundheit“ (1989/19).

¹³ Vgl. z. B. P. HUCKLENBROICH: Künstliche Intelligenz und medizinisches Wissen

a) Krankheit als Abweichung von statistisch abgesicherten Kennwerten

Obwohl in der sogenannten Schulmedizin bei der Bestimmung von Krankheit statistische Kennwerte häufig eine Rolle spielen, wird niemand in der Medizin ernsthaft die Auffassung von Krankheit als bloßer Abweichung von einer statistischen Norm vertreten. Denn der Bereich, innerhalb dessen etwas als „normale“ Variation gilt, lässt sich ebenso wie die Richtung einer statistischen Abweichung erst mithilfe „externer“ Kriterien bewerten, so dass nur ein bereits bestehendes Vorverständnis von Krankheit eine geleitete Auswahl und Interpretation der betrachteten Variablen erlaubt: Hormonwerte im Blut korrelieren etwa mit der Aufrechterhaltung bestimmter Körperfunktionen, der Intelligenzquotient (je nach zugrunde liegendem Testverfahren) mit bestimmten kognitiven, praktischen oder emotionalen Fähigkeiten. Dass statistische Mittelwerte und definierte Wertebereiche einer Wahrscheinlichkeitsverteilung an sich keine Aussagen über Krankheit machen können, zeigt sich noch deutlicher an der weiten Verbreitung von Arteriosklerose oder umgekehrt an der Seltenheit eines kariesfreien Gebisses. Gleichwohl entwickelt der wissenschaftliche Maßstab „statistische Methode bzw. Norm“ in der medizinischen Diagnostik und humangenetischen Forschung teilweise eine wertende Eigendynamik, indem die inhaltlichen Voraussetzungen ausgeblendet und das Faktum statistischer Abweichung selbst zur Krankheit erklärt werden.¹⁴

b) Krankheit als Abweichung vom speziestypischen Funktionieren¹⁵

Der Tatsache, dass der rein statistische Krankheitsbegriff unzureichend für das medizinische Handeln ist, trägt das so genannte bio-medizinische Krankheitsmodell¹⁶ Rechnung, das von dem Medizinphilosophen Chr.

(1989), S. 144 – 153, mit seiner eklektischen Zusammenstellung von Krankheitskriterien.

¹⁴ Dass der statistische Krankheitsbegriff in der Medizin eigenständige Geltung besitzt, konstatiert beispielsweise A. L. CAPLAN: *The Concepts of Health, Illness and Disease* (1992), S. 67. Rein statistische Argumente für medizinische Therapiebemühungen werden z. B. bei extremen Körpergröße-Abweichungen (Zwerg- bzw. Riesenwuchs) angeführt. L. HONNEFELDER: *Humangenetik und Pränataldiagnostik* (1996), S. 123, sieht in der Humangenetik die Tendenz, Normabweichungen als solche zu Krankheiten zu erklären.

¹⁵ Vgl. für die folgende Darstellung vor allem C. BOORSE: *On the Distinction between Disease and Illness* (1975), ders.: *Health as a Theoretical Concept* (1977), für die Kritik bereits 1950 G. CANGUILHEM: *Krankheit, Genesung, Gesundheit*.

¹⁶ Dies ist in der Literatur die gängigste Bezeichnung. Häufig wird jedoch verkürzt und zu Unrecht auf die gesamte Medizin bezogen von einem „medizinischen“ Modell gesprochen. Präziser sollte es m. E. somato-biologisches oder naturwissenschaftliches

BOORSE auf den Punkt gebracht wurde.¹⁷ Es ist unter Hinweis auf seine Wertneutralität in Medizin und Humanbiologie bis heute weithin akzeptiert.¹⁸ Ergänzend zum ausschließlich statistischen Normalitätsbegriff führt BOORSE als „externes“ Kriterium das biologische und biochemische Funktionieren eines typischen Mitglieds einer Spezies ein. Durch die Kombination statistischer Durchschnittswerte mit biologischen Funktionen und anatomische Strukturen – nach Alter und Geschlecht differenziert –, werden Optimalnormen vermieden. Die entsprechenden Variablen sind empirisch und in diesem Sinne objektiv feststellbar. Krankheit liegt vor, wenn die biologischen Funktionen entweder des ganzen Körpers oder eines seiner Teile gestört sind.

BOORSEs Erfassung von Phänomenen mithilfe der Konzepte „Funktion“ und „Struktur“ und seine Annahme einer hierarchischen Ausrichtung jeder Ebene eines Organismus auf die „natürlich vorgegebenen“ höheren Funktionsziele der Selbst- und Arterhaltung stellen eine bereits innerbiologisch nicht unumstrittene evolutionsteleologische Sichtweise dar. Darüber hinaus handelt es sich bereits auf dieser Ebene nicht mehr um eine rein naturwissenschaftliche Aussage, wie bereits 1854 einer der „Väter“ der naturwissenschaftlichen Medizin, R. VIRCHOW, betonte:

„Es besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen physiologischen und pathologischen Gesetzen [...], sondern nur ein sehr wesentlicher Unterschied in den Bedingungen, unter denen die allgemeinen Lebensgesetze zur Erscheinung kommen.[...] Was wir Krankheit nennen, ist nur eine Abstraction (sic!), ein Begriff, womit wir gewisse Erscheinungscomplexe (sic!) des Lebens aus der Summe der übrigen heraussondern, ohne dass in der Natur selbst eine Sonderung bestände.“¹⁹

Krankheitsmodell heißen, da es sich auf Biologie, Biochemie und Physik als Leitwissenschaften bezieht.

17 Vernachlässigt werden zwei weitere Krankheitsverständnisse, weil m. E. die gegen das Modell des speziestypischen Funktionierens vorgebrachte Kritik in weiten Zügen auch auf diese beiden biologisch-empirischen Varianten zutrifft: 1. Das an empirische Maße geknüpfte Verständnis von Krankheit als Störung der standardmäßigen Anpassungsfähigkeit eines Organismus an seine Umgebung, welches eher in der Biologie verbreitet ist. 2. Das in der klinischen Medizin in der Vergangenheit einflussreiche, vor allem auf physiologische Prozesse ausgerichtete Konzept von Krankheit als Nicht-Funktionieren homöostatischer Regulierungsmechanismen.

18 Dies konstatiert z. B. auch W. ZITTERBARTH: *Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion* (1995). Vgl. auch die große Zahl lexikalischer Krankheitsdefinitionen, die in irgendeiner Weise auf biologische Funktionen Bezug nehmen, außerdem z. B. N. DANIELS: *Just Health Care* (1985), S. 28 f., oder L. WALTERS/J. GAGE PALMER: *The Ethics of Human Gene Therapy* (1997), S. 38 f., welche ihren Abhandlungen diesen Krankheitsbegriff mit dem Hinweis auf seinen Verbreitungsgrad kritiklos zugrunde legen.

19 R. VIRCHOW: *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Bd. 1 (1854).

Indem BOORSE dann in einem weiteren Schritt die Funktionsziele der Selbst- und Arterhaltung auch zu den Zielen erklärt, an denen sich das medizinische Handeln orientieren soll, gelingt die von ihm behauptete Trennung eines wertfreien theoretischen von einem evaluativ praktischen Krankheitsbegriff nicht,²⁰ mehr noch, er begeht einen „naturalistischen“ Fehlschluss vom Sein auf das Sollen.

Obwohl in diesem Rahmen keine wissenschaftstheoretische Grundsatzdiskussion geführt werden kann, sollte die exemplarische Kritik an BOORSE deutlich machen, dass Krankheitsverständnisse, die sich auf „empirisch fundiertes biologisches Wissen“ stützen, entgegen ihrem eigenen Anspruch nicht in der Lage sind, eine wertneutrale Beschreibung von Krankheit zu liefern. Denn zum einen sind bereits für die begriffliche Abgrenzung eines naturwissenschaftlichen Konstrukts Urteile über den Zweck der Abgrenzung nötig, zum anderen müssen für die Zuschreibung von krank bzw. gesund zusätzliche Werturteile, z. B. in Form von „immanenten“ Zielen eines „Systems“ herangezogen werden.

c) Krankheit als Störung des Zusammenwirkens von Soma, Psyche und Umwelt

Um der psychologischen Perspektive und den Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt angemessen Rechnung zu tragen, entstanden in Kritik zu somatisch verkürzten Krankheitsverständnissen²¹ folgende für Theorie und Praxis maßgebliche „psycho-soziale“ Varianten:

In der Nachfolge von G. v. BERGMANN und V. v. WEIZSÄCKER, die sich bereits seit Anfang dieses Jahrhunderts um ein „ganzheitliches“ Verständnis von Krankheit und Heilung bemühten, verorten heute im deutschen Sprachraum vor einem psychoanalytischen und systemtheoretischen Hintergrund die Psychosomatiker T. v. UEXKÜLL und W. WESIAK ihr Verständnis von Krankheit: Der Mensch interagiert als psychisch-physische Einheit stets mit seinem sozialen und kulturellen Umfeld. Krankheit liegt vor, wenn das Gleichgewicht zwischen Individuum und Umweltgegebenheiten gestört ist – sei es durch unbewusste emotionale Konflikte, sei es durch veränderte Anforderungen der Umgebung.²²

20 Vgl. C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), S. 55.

21 Um psychische Krankheiten miteinbeziehen zu können, artikuliert BOORSE die vage Hoffnung, in naher Zukunft mit empirischen Mitteln auch die „natürlichen mentalen Standardfunktionen“ der sozialen Spezies Mensch aufzufinden. Vgl. C. BOORSE: On the Distinction between Disease and Illness (1975), 62 ff.

22 Vgl. T. v. UEXKÜLL/W. WESIAK: Theorie der Humanmedizin (19983), z. B. S. 72 f., 251 ff.

Der Psychiater G. L. ENGEL erweiterte 1977 das seiner Ansicht nach reduktionistische Krankheitsverständnis des spezialstypischen biologischen Funktionierens um psychische und soziale Dimensionen.²³ Sein bio-psycho-soziales systemtheoretisches Modell, das von aufsteigend komplexer werdenden Systemen ausgeht, die ein integratives Ganzes bilden, wurde vor allem in Psychiatrie und Pflege rezipiert. ENGEL betonte, dass erst die individuelle psychische Wahrnehmung und die jeweiligen sozialen und kulturellen Umgebungsbedingungen darüber entscheiden, ob eine organische Funktionsstörung eine große Beeinträchtigung und damit Krankheit darstellt oder lediglich ein Problem, „mit dem man eben lebt“.²⁴

In der Verhaltensmedizin, die auf den – um kognitive Prozesse erweiterten – Behaviorismus zurückgeht, werden neben physiologischen Faktoren auch beobachtbares Verhalten und subjektive Kognitionen berücksichtigt.²⁵ In Anlehnung an das „transaktionale Stresskonzept“ des Psychologen R. S. LAZARUS²⁶ liegt Krankheit dann vor, wenn ein Mensch nicht über bestimmte „effektive“ Strategien zur Bewältigung von Anforderungen aus der Umgebung oder zur Bewältigung von individuellen Selbstansprüchen verfügt.

Allerdings machen all diese um eine „psycho-soziale“ Perspektive erweiterten Krankheitsverständnisse zum einen häufig nur vage Angaben darüber, welche somatischen und zusätzlich nun auch psychischen Defizite im Individuum oder in dessen Interaktionen mit der Umwelt Anhaltspunkte für Krankheit darstellen. Zum anderen enthalten sie zahlreiche Vorannahmen und Wertungen: Indem das Individuum etwa als Teil eines umfassenderen Systems konzipiert wird, werden unter Einbeziehung oder Ausschluss anderer Betrachtungsdimensionen wieder Systemgrenzen festgelegt. Gleiches gilt für die Ziele: Entweder strebt das System wie bereits bei BOORSE nach „Selbsterhaltung“ oder aber nach „Anpassung“ an gesellschaftliche²⁷ oder individuelle Maßstäbe, d. h. an partikulare Wertvorstellungen vom „guten“ Leben bzw. von „guten“ Verhaltensweisen. Oder aber es wird zusätzlich noch auf wissenschaftliche Maßstäbe, nämlich sozialwissenschaftliche empirische Untersuchungen und Theorien rekur-

23 Vgl. G. L. ENGEL: *The Need for a New Medical Model* (1977).

24 Vgl. ders., ebd., S. 132.

25 Vgl. als Standardwerk der Verhaltensmedizin W. MILTNER u. a.: *Verhaltensmedizin* (1986), v. a. S. 1 – 4, 36 – 60.

26 Vgl. R. S. LAZARUS u. a.: *Stress, Appraisal, and Coping* (1984).

27 Aus der These, jede Klassifikation psychischer Krankheit könne nur unter Bezugnahme auf gesellschaftliche Wertungen erfolgen, schlussfolgerte Th. S. SZASZ 1960 seine Provokation vom „Mythos geistiger Krankheit“.

riert, etwa bei der Variante „effektiver“²⁸ Bewältigungsstrategien, und es besteht die Gefahr eines unzulässigen Schlusses vom Sein auf das Sollen. Außerdem lässt letztlich jede der „psycho-sozialen“ Varianten offen, ob und wenn ja, welcher der Maßstäbe begründeten Vorrang hat.

d) Krankheit als subjektive Beeinträchtigung und gesellschaftlich-praktische Übereinkunft

In Anbetracht der Wertbindung jedes (natur-)wissenschaftlichen Krankheitsbegriffs vertreten einige Kliniker sowie beispielsweise die Medizinethiker D. LANZERATH/L. HONNEFELDER sowie U. WIESING einen „pragmatischen“ Krankheitsbegriff. Nach LANZERATH/HONNEFELDER sucht ein Mensch aufgrund einer subjektiven Störung seines Wohlbefindens, welches er unter Einfluss gesellschaftlicher, kultureller und naturwissenschaftlicher Komponenten als Krankheit interpretiert, Hilfe bei einem Arzt.²⁹ Der Arzt, dessen berufsständisches Handeln traditionell auf Heilung, Linderung und Prävention ausgerichtet ist, unternimmt im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung diagnostische Bemühungen, die auf die Möglichkeit einer Therapie bezogen sind, und „handelt“ in einem bestimmten sozio-kulturellen Umfeld mit dem Patienten „aus“, ob dieser als krank anzusehen ist.

WIESING stellt das subjektive Erleben eines beeinträchtigten Menschen noch stärker in den Vordergrund.³⁰ Wie bereits G. HESSLOW³¹ sieht er keine praktische Notwendigkeit für einen allgemeinen Krankheitsbegriff. Aus Toleranz gegenüber unterschiedlichen Lebensentwürfen soll sich das ärztliche Handeln am Kriterium der „authentischen Selbsteinschätzung“³² eines Menschen ausrichten. Medizinische Handlungen haben dementsprechend einerseits „instrumentelle“ Funktion, sofern sie – unter der Bedingung einer gewissen Erfolgswahrscheinlichkeit – dabei helfen, individuelle Lebenspläne zu erfüllen. Eingeschränkt werden die subjektiven Wünsche andererseits durch rollenbedingte und konsensfähige medizinethi-

28 W. MILTNER u. a.: Verhaltensmedizin (1986), S. 49.

29 Vgl. L. HONNEFELDER: Humangenetik und Pränataldiagnostik (1996) und D. LANZERATH/L. HONNEFELDER: Krankheitsbegriff und ärztliche Anwendung der Humangenetik (1998).

30 Vgl. U. WIESING: Kann Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? (1998).

31 Vgl. G. HESSLOW: Do we need a Concept of Disease (1993).

32 U. WIESING: Kann Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? (1998), 88.

sche Verpflichtungen, nämlich das „Benevolenz“-Prinzip und das Prinzip der „Schadensvermeidung“.

Implizite Wertungen eines vermeintlich naturwissenschaftlich-deskriptiven Krankheitsbegriffs zu vermeiden und subjektives Krankheitserleben ernst zu nehmen, ist gemeinsames Anliegen dieser pragmatischen Optionen. Beide setzen jedoch individuelle und gesellschaftliche Maßstäbe nicht klar in ein Verhältnis zueinander und weisen die mit den Maßstäben verbundenen Wertungen nicht weiter argumentativ aus. Indem HONNEFELDER sich hinsichtlich des ärztlichen Telos einerseits auf die standesethische Tradition beruft und andererseits die faktische Festlegung dessen, was als krank gilt, in die jeweilige Arzt-Patient-Beziehung verlagert, steht der Krankheitsbegriff dem Einfluss impliziter gesellschaftlicher und individueller Wertungen gegenüber offen und erlaubt nur bedingt Grenzziehungen.³³ Zudem bleibt offen, ob beim „Aushandeln“ von Krankheit in der Arzt-Patient-Beziehung im Konfliktfall die Selbstinterpretation des Patienten, der jeweilige Arzt mit seiner Interpretation des beruflichen Auftrags oder eine weithin „übliche“ ärztliche Praxis den Ausschlag geben sollen. WIESINGs Konzept erlaubt zwei Lesarten: Entweder hat die Medizin jedem „authentischen“, wie auch immer gearteten Wunsch eines Individuums nach Hilfe nachzukommen – lässt man einmal das Problem außer acht, dass die individuelle Selbsteinschätzung nicht losgelöst von gesellschaftlichen Bedingungen geschieht und sich daher die Frage stellt, wie diesbezügliche Fremdbestimmung verhindert werden kann. Oder aber die Medizin füllt als Korrektiv subjektiver Empfindungen die bei WIESING inhaltlich unbestimmt gelassenen Prinzipien „Benevolenz“ und „Schadensvermeidung“ mit weitergehenden „externen“ Zielkriterien auf, welche dann jedoch eingehender Begründung bedürften.

4. Der Aufforderungscharakter des Begriffs Krankheit

Bedeutet die bisherigen Ausführungen nun, dass jeder Krankheitsbegriff relativ bleiben muss, weil er eben nicht vollständig in biologisch „neutralen“ Begriffen aufgehen kann, sondern neben deskriptiven unabdingbar immer auch evaluative Elemente enthält? Von nur relativer Gültigkeit des-

³³ Auch die traditionellen und in diesem Sinne normativen ärztlichen Ziele sind interpretationsbedürftig. Dies zeigt sich beispielsweise in der Humangenetik, wenn man versucht, das traditionelle ärztliche Ziel der Krankheitsprävention vom Ziel der umfassenden Optimierung genetischen Materials abzugrenzen.

halb, weil er auf unterschiedlichen Wertorientierungen aufbaut, die lediglich der Perspektive einzelner Personen oder Gruppen entsprechen? Heißt dies letztendlich, dass zwar eine kritische Analyse der Einfluss nehmenden Wertungen möglich ist, sich jedoch „Interessen“konflikte zwischen konkurrierenden kollektiven oder individuellen Wertungen nicht lösen lassen, weil es unmöglich ist, bestimmte Wertungen als richtig auszuweisen? Dies wäre indes nicht dramatisch, ginge es lediglich um ein bloßes Zuschreiben von Merkmalen. Insofern der Begriff „Krankheit“ jedoch eine unvermeidbar negative Wertung enthält, indem er eine Notsituation, ein „Übel“ anzeigt, drängt er zum Handeln, nämlich auf die Veränderung oder „qualifizierte“ Hinnahme eines unerwünschten Zustands und hat damit Aufforderungscharakter.³⁴ Denn die bereits in der Vergangenheit mit unterschiedlicher Vehemenz vertretenen Optionen gelten auch heute noch: Krankheit ist entweder zu vermeiden, zu heilen oder aber geduldig zu ertragen. Kranken soll geholfen werden – sei es durch Beistand, Pflege oder medizinische Eingriffe. Kranke haben Anspruch auf Schonung (z. B. durch Krankschreibung) und mildernde Umstände (z. B. im Strafrecht). Oder stattdessen: Kranke können ignoriert oder sogar diskriminiert werden. Der Krankheitsbegriff ist ein praktisch normativer Begriff, also ein Begriff, mit dessen Hilfe nicht nur Sachverhalte konstatiert, sondern Forderungen an das Handeln anderer gestellt werden.

Nimmt man den Aufforderungscharakter, der durch die Zuschreibung von „Krankheit“ entsteht, ernst, so muss eine gesellschaftliche Praxis der medizinischen Versorgung bzw. Nicht-Versorgung auf argumentativ ausgewiesenen Wertungen und Normen beruhen. Diesbezüglich mögen unterschiedliche Wege denkbar sein. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, ein moralisch-normatives Krankheitsverständnis zu entwerfen, dem universell rechtfertigbare moralische Normen zugrunde liegen. Denn um mithilfe eines verallgemeinerbaren Krankheitsbegriffs zu urteilen, welche moralischen Hilfsansprüche gerechtfertigt sind, muss auf rationale, allgemein gültige ethische Referenzpunkte Bezug genommen werden.

34 Diesen Aufforderungscharakter betont bereits H. T. ENGELHARDT: *Concepts of Health and Disease* (1981), S. 33, und vgl. auch W. WIELAND: *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik* (1986), S. 38 ff.

III. IMPLIKATIONEN DES AN MENSCHENRECHTEN ORIENTIERTEN ANSATZES VON ALAN GEWIRTH FÜR DEN KRANKHEITSBEGRIFF

Die folgenden Überlegungen sind ein erster Versuch, den moralphilosophischen Ansatz von Alan GEWIRTH für die Problematik des Krankheitsbegriffs fruchtbar zu machen, denn GEWIRTH selbst hat keine auf den Krankheitsbegriff bezogene „Anwendung“ seines Ansatzes vorgenommen. Die auf seiner ethischen Theorie aufbauende Argumentation erlaubt die Konstruktion eines inhaltlich gefüllten und gleichzeitig moralisch verallgemeinerbaren Krankheitsbegriffs mittels einer Güterlehre. Es sei vorausgeschickt, dass GEWIRTH' Verknüpfung formaler universalistischer Elemente mit materialen Elementen einen entscheidenden Vorteil für die Konstruktion eines verallgemeinerbaren Krankheitsbegriffs darstellt. Darüber hinaus bietet GEWIRTH' Moralphilosophie im Gegensatz zu zahlreichen anderen ethischen Ansätzen den Vorzug, positive Pflichten begründen zu können, was unmittelbare Konsequenzen für den im Folgenden vorgestellten Krankheitsbegriff hat. Im Weiteren schließt sich an eine knappe Einführung in den ethischen Begründungsansatz von GEWIRTH eine erste Argumentation in Bezug auf folgende Fragen an: Wann ist ein Mensch vor dem Hintergrund dieser moralphilosophischen Theorie als krank zu bezeichnen und welche Ansprüche auf Versorgungsleistungen lassen sich daraus ableiten?

1. Einführung in den ethischen Begründungsansatz von Alan Gewirth

a) *Menschenrechte als Rechte auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit*

In GEWIRTH' Ansatz³⁵ hat das menschliche Handeln eine zentrale Stellung. Unter Handeln versteht GEWIRTH ein freiwilliges und zweckgerichtetes Tun oder Lassen.³⁶ Das für das Handeln konstitutive Merkmal Freiwilligkeit be-

³⁵ Der Darstellung des Ansatzes von A. GEWIRTH liegt neben seinem Hauptwerk „Reason and Morality“ (1978) und der Aufsatzsammlung „The Community of Rights“ (1996) auch die Darstellung und Interpretation des Ansatzes durch K. STEIGLEDER zugrunde. Ihm ist zu verdanken, GEWIRTH der deutschsprachigen Diskussion zugänglich gemacht, dessen Argumentation verdeutlicht und weitergeführt zu haben. Vgl. K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), ders.: Gewirth und die Begründung der normativen Ethik (1997), ders.: Grundlegung der normativen Ethik (1999).

³⁶ Insofern ein Unterlassen die Merkmale der Freiwilligkeit und Zielgerichtetheit erfüllt, kann es nach A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 267, als Handeln gewertet werden.

sagt, dass der Handelnde eine Tätigkeit aus eigenem Antrieb und ohne Zwang oder Täuschung ausführt und um die unmittelbar relevanten Umstände weiß. Das für das Handeln konstitutive Merkmal Zielgerichtetheit besagt, dass der Handelnde weiß, dass er handelt, dass er mit seiner Tätigkeit ein Ziel oder einen Zweck erreichen möchte und dass er bestimmte allgemeine Fähigkeiten und Voraussetzungen zur Zielerreichung besitzt.³⁷ Kein Mensch, vorausgesetzt, er hat minimale volitive und kognitive Fähigkeiten, kann seinem eigenen Handeln entgehen. Zwar gibt es beim faktischen Handeln Abstufungen hinsichtlich Freiwilligkeit und Zielgerichtetheit. Jedoch wird die obige Handlungsdefinition dadurch nicht beeinträchtigt, da sie beansprucht, diejenigen Wesensmerkmale zu nennen, die der Vielfalt von Handlungen gemeinsam sind. Darüber hinaus muss ein durch Freiwilligkeit und Zielgerichtetheit bestimmtes Verhalten vorausgesetzt werden, um überhaupt sinnvoll über Fragen der Moral reden zu können.

Um zu zeigen, dass jeder handlungsfähige Mensch aus logisch zwingenden Gründen ein oberstes moralisches „Prinzip der Menschenrechte“³⁸ anerkennen muss, hat GEWIRTH eine Sequenz dialektisch notwendiger³⁹ Urteile entwickelt, die darlegt, dass jeder handlungsfähige Mensch, der sich auf die grundlegenden Bedingungen seines Handelns besinnt, einer ganz bestimmten Auslegung des eigenen Tuns folgen muss. GEWIRTH entfaltet also aus der Perspektive eines handlungsfähigen Menschen diejenigen allgemeinen Urteile, die mit dem Handeln überhaupt impliziert sind und die dieser nur um den Preis des Selbstwiderspruchs bestreiten kann.⁴⁰

Der erste Schritt der Argumentationskette, die hier nur in sehr verkürzter Form skizziert werden kann, besteht in dem Aufweis, dass Handeln eine evaluative Struktur besitzt. Dieser Struktur kann durch folgendes erste Urteil eines Handelnden Ausdruck verliehen werden: ‚Ich tue die Handlung H um des Ziels Z willen‘. Dies bedeutet zum einen, dass der Handelnde aus seiner Perspektive das Ziel Z zum Zeitpunkt seines Handelns mit Blick auf ein bestimmtes Kriterium seiner Wahl als ein Gut ansieht, zum Zweiten, dass er auch sei-

37 Vgl. für die Handlungsbestimmung auch K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 119 ff.

38 A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 64.

39 Ders., ebd., S. 43 f., bezieht sich auf die dialektische Argumentationsmethode wie folgt: Man beginnt mit Annahmen oder Meinungen eines Protagonisten und untersucht die dementsprechenden logischen Implikationen. Dabei sind jedoch zwei Arten dialektischer Methoden zu unterscheiden: Die dialektisch-kontingente Methode beginnt mit Feststellungen oder Urteilen, die verschiedenste Überzeugungen, Interessen oder Ideale einer Person oder Gruppe wiedergeben. Demgegenüber beginnt die dialektisch-notwendige Methode, welche GEWIRTH anwendet, mit Feststellungen oder Urteilen, die notwendig jedem Handelnden zugeschrieben werden müssen, weil sie von den notwendigen Bedingungen des Handelns abgeleitet sind.

40 Vgl. ausführlicher zum Status der Urteilssequenz K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 124 ff. In der Darstellung der Sequenz folge ich – stark vereinfacht – K. STEIGLEDER, S. 130 – 196.

ne Fähigkeit, überhaupt handeln zu können, als ein Gut ansieht. Zum Dritten beinhaltet das Urteil, dass der Handelnde die allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen seines Handelns als Güter betrachtet und zwar als grundlegend notwendige Güter. Denn sie müssen für jede seiner Handlungen gegeben sein, damit er seinen Zielen überhaupt und erfolgversprechend nachgehen kann. Somit konstituieren sie die allgemeine Handlungsfähigkeit und damit das in diesem Sinne gemeinte „Wohlergehen“ eines jeden Handelnden. Zu den notwendigen Gütern, die situationen- und personenübergreifend konstant sind, zählen neben dem Gut Freiheit die folgenden grundsätzlichen Fähigkeiten und Voraussetzungen, die auf drei hierarchisch gestuften Ebenen angesiedelt sind:⁴¹

Elementargüter sind unbedingt notwendige, direkte Fähigkeiten und Vorbedingungen jeden Handelns. Zu ihnen zählen z. B. bestimmte physische und psychische Dispositionen wie Leben, physische Integrität, Bewegungsfreiheit, geistiges Gleichgewicht und eine Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erreichen, darüber hinaus jedoch auch Mittel wie Nahrung, Kleidung und Unterkunft, sowie individuumsübergreifende Voraussetzungen, wie ein gewisses Maß an Frieden und Ordnung und eine in ökologischer Hinsicht bewohnbare Umwelt.

Nichtverminderungsgüter sind die Fähigkeiten und Voraussetzungen, die zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit sowie zur Aufrechterhaltung des Niveaus der Erfüllung eigener Ziele dienen. Dazu zählt beispielsweise, für die Zukunft planen zu können, Wissen über Fakten, die für die geplanten Handlungen relevant sind, zu haben, sich selbst vor Betrug und Lügen schützen und die eigenen Ressourcen zur Erfüllung individueller Wünsche nutzen zu können. Die Nichtverminderungsgüter eines Menschen sind z. B. dann infrage gestellt, wenn er belogen oder bestohlen, wenn ein ihm gegenüber geleistetes Versprechen gebrochen oder seine Privatsphäre verletzt wird oder er durch körperliche Arbeit bzw. andere zentrale Lebensumstände, die sich ändern ließen, gefährdet, erniedrigt oder geschwächt wird.

Zuwachsgüter sind die allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen, die der Erhöhung des Niveaus der Erfüllung eigener Ziele sowie der Erweiterung der eigenen Handlungsfähigkeit dienen. Dazu zählen z. B. Selbstwertschätzung und Selbstvertrauen auf Seiten des Handelnden sowie dessen Achtung durch andere, außerdem ein soziales Klima, das die Entwicklung dieser Voraussetzungen fördert. Weiterhin zählt dazu die Möglichkeit, Bildung und Vermögen zu erwerben. Die Zuwachsgüter werden z. B. dadurch infrage gestellt, dass Menschen sich beleidigen oder herablassend behandeln statt sich gegenseitig zu unterstützen.

In Anbetracht dieser handlungsnotwendigen Güter gelangt der Handelnde zu folgendem zweckrationalen Urteil: „Ich brauche Freiheit und die Güter des

41 Vgl. für die drei Güterebenen und ihre Inhalte A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 54, 211 f., 230 ff., 240 ff.

„Wohlergehens“ notwendig, um überhaupt handeln zu können, und ich will sie durchgehend und uneingeschränkt.“ „Um überhaupt handeln zu können“ meint dabei so- wohl das gegenwartsorientierte Vermögen, aktuelle, konkrete Ziele und Zwecke zu verfolgen und zu erreichen, als auch das dispositionelle, allgemeinere Vermögen, zukünftig Ziele zu erreichen.

Die zweite wichtige Schrittfolge GEWIRTH' zeigt, dass Handeln nicht nur durch eine evaluative, sondern auch durch eine normative Struktur charakterisiert ist. So nimmt der Handelnde, indem er Freiheit und die Güter des „Wohlergehens“ als notwendige Güter erkennt, ein dialektisch-notwendiges Urteil vor: ‚Ich muss diese Güter haben, weil ich ein aktuell und zukünftig Handelnder bin, der Ziele erfolgreich verfolgen will.‘ Davon abgesehen muss er auch aus der Einsicht heraus, dass die notwendigen Güter kein sicherer oder selbstverständlicher Besitz für ihn sind, sondern dass andere Handlungsfähige diese Güter beeinträchtigen können, er die notwendigen Güter aber unbedingt will, sagen:⁴² ‚Es soll ausnahmslos und durchgängig nicht der Fall sein, dass meine Freiheit und mein „Wohlergehen“ beeinträchtigt werden.‘ Aus Klugheitsgründen muss er dann auch den normativen (jedoch noch nicht den moralisch-normativen) Anspruch erheben: ‚Ich habe ein Recht auf die für das Handeln notwendigen Güter Freiheit und „Wohlergehen“, weil ich ein aktuell und prospektiv Handelnder bin.‘ Aufgrund des logischen Universalisierungsprinzips folgt daraus bezüglich aller Handlungsfähigen: ‚Jeder prospektiv Handelnde hat ein Recht auf seine Freiheit und sein „Wohlergehen“.‘ Weil also ein Handlungsfähiger logisch anerkennen muss, dass es eine zureichende Bedingung des Besitzes dieser für das Handeln *konstitutiven* Rechte ist, ein prospektiv Zweck verfolgender Handelnder zu sein, muss er seine Interessen in ein Verhältnis zu den Interessen aller anderen Handlungsfähigen setzen und aufgrund des logischen Universalisierungsprinzips folgende nun moralisch-normative Aufforderung an jeden aktuell oder prospektiv Handelnden richten:

„Handle stets in Übereinstimmung mit den konstitutiven Rechten der Empfänger deiner Handlungen wie auch deiner selbst!“⁴³

Dieses „Prinzip der Menschenrechte“ von GEWIRTH verknüpft den formalen Gesichtspunkt der Verallgemeinerbarkeit mit dem materialen Gesichtspunkt der notwendigen und in diesem Sinne konstitutiven Bedingungen des Handelns – in Form einer materialen Güterlehre. Gegenstand dieses Prinzips der Menschenrechte sind nicht ausschließlich Handlungen von Individuen, sondern auch Institutionen mit ihren Regeln, Strukturen und Abläufen, die häufig sehr bestimmende institutionelle Rahmenbedingungen für das menschliche

42 Die Begründung für diesen Übergang ist stark verkürzt dargestellt. A. GEWIRTH: *Reason and Morality* (1978), S. 78 – 81, liefert mehrere (zusammenhängende) Argumentationen (Notwendigkeit der Güter und Selbstwidersprüche), woraus K. STEIGLDER: *Die Begründung des moralischen Sollens* (1992), S. 159 ff., einen „direkteren“ Weg entwickelt.

43 A. GEWIRTH: *Die rationalen Grundlagen der Ethik* (1989), S. 24.

Handeln darstellen und daher für die gerechte Verteilung und garantierte Erfüllung gewisser Pflichten mitverantwortlich sind.

b) Negative und positive Rechte

Ein Handlungsfähiger, der entsprechend dem „Prinzip der Menschenrechte“ ein Recht auf die notwendigen Bedingungen des Handelns hat, ist in zweifacher Weise von den Handlungen anderer handlungsfähiger Individuen abhängig: Zum einen ist er darauf angewiesen, dass andere seine Freiheit und seine weiteren notwendigen Güter der allgemeinen Handlungsfähigkeit nicht beeinträchtigen oder zerstören. Zum anderen muss er mit Situationen und Lebensumständen rechnen, in denen er die handlungsnotwendigen Güter nicht durch eigene Anstrengung erreichen, erhalten oder wiedererlangen kann und somit auf die Hilfe anderer angewiesen ist. Dementsprechend lassen sich mit dem „Prinzip der Menschenrechte“ unter bestimmten Bedingungen auch positive Rechte bzw. Pflichten begründen⁴⁴:

„Wir haben Pflichten, Individuen bei der Erfüllung ihrer konstitutiven Rechte der Handlungsfähigkeit zu helfen, wenn sie dies nicht durch eigene Anstrengungen schaffen. Dadurch werden Individuen befähigt zu handeln, mit allgemeinen Chancen auf Erfolg, d. h. befähigt zur Verfolgung ihrer eigenen Zwecke, welche auch immer es sein mögen, so lange wie sie [die Individuen] nicht die konstitutiven Rechte anderer verletzen.“⁴⁵

Jeder Handlungsfähige hat also, vorausgesetzt, er schafft dies nicht aus eigener Kraft, ein Recht auf Hilfe zur Erlangung, zum Erhalt oder zur Wiedererlangung von Gütern, die für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendig sind – sofern ein Helfer diese Hilfestellung „zu nicht vergleichbaren Kosten“⁴⁶, wie GEWIRTH an anderer Stelle schreibt, erbringen kann.

Man könnte nun meinen, dass dies unweigerlich zu einer Inflation konkreter Rechtsansprüche und damit zu einer moralischen Überforderung aller Beteiligten führt. Dies ist nicht der Fall, da sich positive Rechte bzw. Ansprüche ausschließlich auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit beziehen. Mit abnehmender Notwendigkeit der Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter für die allgemeine Handlungsfähigkeit werden deshalb auch die diesbezüglichen Anspruchsrechte schwächer. Zweifelsohne lassen sich jedoch an die Rechte auf Elementargüter und zumindest noch an einige Rechte auf Nichtverminderungsgüter positive Pflichten knüpfen, vor allem dann, wenn es sich um besonders gravierende Beeinträchtigungen oder Verletzungen der Nichtverminderungsrechte handelt.⁴⁷

44 Dazu ausführlich A. GEWIRTH: *The Community of Rights* (1996) und K. STEIGLEDER: *Die Begründung des moralischen Sollens* (1992), S. 234 – 242.

45 A. GEWIRTH: *The Community of Rights* (1996), S. 61 (eig. Übers.).

46 A. GEWIRTH: *Reason and Morality* (1978), S. 218 (eig. Übers.).

47 Vgl. ders., ebd., S. 237. Inwieweit sich positive Rechte auf Zusatzgüter begründen lassen, bedarf ausgedehnter Erörterungen. GEWIRTH geht diesbezüglich in „*The Com-*

Von der Seite der Betroffenen mit ihren berechtigten Ansprüchen auf Unterstützung nun der Blick auf die Seite der Adressaten: Positive Rechte stellen größere Ansprüche an ihre Adressaten als negative Rechte, fordern sie doch mehr als nur das Unterlassen bestimmter beeinträchtigender Handlungen. Deshalb richten sich positive Pflichten nicht in gleicher Weise an alle Handlungsfähigen, sondern sind von Situationsmerkmalen folgender Art abhängig:⁴⁸ Art und Ausmaß der Schädigung, Wissen des potentiellen Helfers um die Schädigung, Fähigkeit des potentiellen Helfers, die Schädigung abzuwenden, möglicherweise entstehende „Kosten“ des potentiellen Helfers. So ist erstens der Hilfsanspruch dringlicher, wenn jemand von Nahrungsmangel oder einer tödlichen Erkrankung (Elementargüter) betroffen ist, als wenn jemand Opfer eines Taschendiebstahls (Nichtverminderungsgut) wird. Zweitens müssen potentielle Helfer von der konkreten Notlage wissen.⁴⁹ Da die konstitutiven Rechte die aktuelle wie auch die zukünftige Handlungsfähigkeit sichern sollen, besteht eine Pflicht zur Hilfe auch hinsichtlich der Abwendung drohender Beeinträchtigungen der handlungsnotwendigen Güter. Allerdings spielen hier weitere Gesichtspunkte eine Rolle, so z. B. die Vorhersehbarkeit von Handlungsfolgen, die Berechenbarkeit und Bewertung von Wahrscheinlichkeiten. Drittens muss der Helfer in der Lage sein zu helfen, also über passende Fähigkeiten und Mittel verfügen. Und viertens schließlich bedarf es einer näheren Bestimmung, welche Beeinträchtigungen den Adressaten des Hilfsanspruchs abverlangt werden können. Denn die jeweiligen Helfer können durch das Erbringen einer Hilfeleistung mehr oder weniger stark in der Verfolgung ihrer eigenen Ziele, ja ihrer notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt sein. Infolgedessen muss mittels der unten aufgeführten Gewichtungskriterien zwischen den konstitutiven Rechten des Notleidenden, d. h. dessen, der in seiner Handlungsfähigkeit bedroht oder beeinträchtigt ist, und den konstitutiven Rechten potentieller Helfer eine Abwägung getroffen werden. Darüber hinaus richten sich berechnete Hilfsansprüche, welche die Möglichkeiten einzelner übersteigen, an gesellschaftliche Institutionen.

c) Gewichtung konfligierender Rechte

Ogleich die Güter, auf die jeder Handelnde ein Recht hat, unbedingt notwendig für das Handeln sind, stehen die entsprechenden negativen und positiven Rechte nicht einfach gleichgewichtig nebeneinander, sondern können unter Heranziehung bestimmter Kriterien in eine Rangfolge gebracht werden.⁵⁰ Allem voran gilt das Kriterium der ‚Vermeidung oder Beseitigung von Inkonsis-

munity of Rights“ (1996) weiter als in seinem älteren Werk „Reason and Morality“ (1978).

48 Vgl. A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 219 f.

49 Es wären auch Fälle denkbar, in denen jemand etwas hätte wissen können: damit zusammenhängende Fragen können jedoch in diesem Rahmen nicht erörtert werden.

50 Vgl. A. GEWIRTH: Reason and Morality (1978), S. 342 ff. Das dritte Kriterium der ‚institutionellen Erfordernisse‘ wird hier vernachlässigt.

tenzen'. Es hebt auf die durch das oberste Moralprinzip begründete fundamentale Forderung der Gleichheit jedes Handlungsfähigen in seinen konstitutiven Rechten ab und beinhaltet, dass kein Handelnder sich über die konstitutiven Rechte der durch seine Handlungen Betroffenen hinwegsetzen darf. Weiterhin ermöglicht das Kriterium des ‚Grads der Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit‘ eine Rangordnung zwischen den Gütern: So rangiert das Gut Freiheit vor den Elementargütern, diese rangieren wiederum vor den Nichtverminderungsgütern und diese wiederum vor den Zuwachsgütern. Gleiches gilt auch für die Gewichtung der Güter innerhalb einer Stufe: So sind etwa bei den Elementargütern „Leben“, „physische Integrität“ und „geistiges Gleichgewicht“ zentral, weil diese unverzichtbarer als andere elementare Güter wie „Wohnung“ oder eine „nicht gesundheitsschädigende Umwelt“ sind. Außerdem legt das Kriterium des ‚Grads der Notwendigkeit‘ nahe, dass beim Gut Freiheit die Gewährleistung der dispositionellen Freiheit als überdauernder Fähigkeit, das eigene Verhalten zu kontrollieren, Vorrang hat vor der aktuellen Freiheit, die sich auf eine bestimmte Situation bezieht.⁵¹

Wie sich bereits aus diesen beiden Gewichtungskriterien ersehen lässt, ist die überwiegende Mehrzahl der Rechte nicht absolut. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Rechte eines Handelnden als Ganzes zur Disposition gestellt werden könnten. Jeder Handelnde muss vielmehr von einer letztlichen Unverrechenbarkeit seiner selbst ausgehen und damit von der Unhintergebarkeit einiger besonders bedeutsamer Rechte, beispielsweise des von GEWIRTH als absolut bezeichneten Rechts aller unschuldigen Individuen, nicht absichtlich getötet zu werden.⁵²

d) Interpretationsbedarf bei der Bestimmung konstitutiver Rechte und handlungsnotwendiger Güter

Bei GEWIRTH sind auf mehreren Ebenen weitergehende Interpretationen erforderlich.⁵³ Zunächst auf der Ebene der grundsätzlichen Bestimmung der handlungsnotwendigen Güter bzw. konstitutiven Rechte und ihrer Rangfolge. Aufgrund GEWIRTH' Methode der Selbstreflexion eines Handlungsfähigen lässt sich in Anlehnung an STEIGLEDER wie folgt differenzieren:

„Dass der Handelnde die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten zum Handeln und erfolgreichen Handeln überhaupt als notwendige Güter ansehen und als ihm zukommend ansehen muss, bezeichnet zwar in letzter Instanz eine logische Notwendigkeit. In der Bestimmung dessen, was die notwendigen Voraussetzungen und Fähigkeiten sind, ist aber umgekehrt proportional zu der Abnahme der Notwendigkeit ein Zuwachs von Erfahrung involviert.“⁵⁴

51 Vgl. A. GEWIRTH: *The Community of Rights* (1996), S. 49.

52 Vgl. A. GEWIRTH: *Human Rights* (1982), S. 233.

53 Vgl. für diesen Abschnitt K. STEIGLEDER: *Die Begründung des moralischen Sollens* (1992), S. 293 – 319.

54 K. STEIGLEDER: *Die Begründung des moralischen Sollens* (1992), S. 293 (Hervorhebung dort).

Das Verständnis der konstitutiven Rechte kann nicht ein für allemal abgeschlossen sein, obwohl diese sich auf intersubjektiv nachvollziehbare und überprüfbare Erkenntnisse gründen müssen. Indem GEWIRTH die „Beispiele“ für seine drei Güterkategorien teilweise variiert, weist er darauf hin, dass diese „nicht schon die Gewissheit ihrer *Vollständigkeit* mit sich führen“⁵⁵, sondern unter Umständen erweitert oder vertieft werden können, was etwa die „Entdeckung“ des Elementarguts „ökologisches Gleichgewicht“ demonstriert. Dass außerdem mit abnehmender Notwendigkeit der Güter für die Handlungsfähigkeit der Anteil historisch und kulturell vermittelter Erfahrungen und Einsichten und damit der Interpretationsbedarf größer wird, trifft in noch stärkerem Maß auf die Nichtverminderungs- und Zuwachsgüter zu.⁵⁶

Interpretationen sind des weiteren auf einer zweiten Ebene methodisch erforderlich: Es ist nämlich auszumachen, durch welche Art von Handlungen welche der handlungsnotwendigen Güter beeinträchtigt werden. Dazu sind Typen von Handlungen zu identifizieren, die eine allgemeine Tendenz zur Beeinträchtigung der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit aufweisen. Derartige allgemeine Tendenzen unterliegen zum einen der Forderung, mit empirischen Methoden, die jedem durchschnittlich begabten Menschen zugänglich sind, feststellbar zu sein, zum anderen der Forderung, dass eine kausale Beziehung zwischen einem bestimmten Handlungstyp und Beeinträchtigungen der Handlungsfähigkeit besteht. Zwar muss nicht der Nachweis erbracht werden, dass gewisse Handlungstypen immer einen bestimmten Effekt haben,⁵⁷ es darf sich jedoch nicht lediglich um Meinungen oder Überzeugungen handeln, die sich ausschließlich auf Inspiration oder individuelle Intuition beziehen.

Darüber hinaus müssen auf zahlreichen weiteren Ebenen Interpretationen und Argumentationen einsetzen. Es wäre ein Missverständnis zu erwarten, dass sich aus GEWIRTH' materialen Menschenrechten unmittelbar moralische Urteile für alle konkreten Probleme der „angewandten“ Ethik ableiten lassen. Vielmehr zeichnet sich eine methodisch reflektierte und argumentativ ausgewiesene „Anwendung“ von Rechten und Pflichten unter anderem dadurch aus, dass sie die moralische Relevanz von zu berücksichtigenden Situationsdetails zeigt und außerdem begründet, warum einzelne moralische Rechte und Pflichten für eine bestimmte „Situation“ in Anschlag gebracht werden. Davon abgesehen können konkrete moralische Beurteilungen von Handlungen und Institutionen schon allein deswegen nicht immer eindeutig sein, weil sie als „gemischte“ Urteile auch auf Urteilen über häufig komplexe „Sachverhalte“ beruhen.

55 Ders., ebd., S. 294 (Hervorhebung dort).

56 Vgl. A. GEWIRTH: *The Community of Rights* (1996), S. 14.

57 Vgl. A. GEWIRTH: *Reason and Morality* (1978), S. 233 ff. Vgl. ders., ebd., S. 235: Die gewöhnliche Tendenz eines Gelddiebstahls besteht darin, sich nachteilig auf die Fähigkeit zur handelnden Zielerfüllung des Opfers auszuwirken. Dennoch mag es konkrete Fälle geben, in denen der Diebstahl einer kleineren Geldsumme die Handlungsfähigkeit des Betroffenen nicht beeinträchtigt.

Vor dem Hintergrund dieser methodischen Hinweise sind die folgenden Überlegungen zum Krankheitsbegriff als erste Schritte zur Klärung dessen zu verstehen, was aus moralischer Perspektive als Krankheit zu betrachten und dementsprechend moralisch zu berücksichtigen ist.

2. Bestimmung eines Krankheitsbegriffs durch Bezugnahme auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

a) Krankheit als Beeinträchtigung der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit

Bei GEWIRTH steht die Handlungsfähigkeit im Zentrum der moralphilosophischen Argumentation. Insofern nun „Krankheit“ aus moralischer Perspektive betrachtet wird, stellt sich die Frage, welche Ansprüche auf Hilfe Kranke berechtigterweise stellen können und welche Hilfspflichten für andere daraus resultieren. In Anlehnung an GEWIRTH wird zur Klärung dieser Fragen „Krankheit“ hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit betrachtet: Inwiefern sich bestimmte physische oder psychische Beeinträchtigungen auf die notwendigen allgemeinen Bedingungen des Handelns in Gegenwart oder Zukunft auswirken, gilt es zu klären. Nun macht es natürlich keinen Sinn, jede Einschränkung handlungsnotwendiger Güter als Krankheit zu bezeichnen. Denn diese kann andere Ursachen haben, man denke etwa daran, dass die „physische Integrität“ durch eine Prügelei oder durch Folter außer Kraft gesetzt werden kann, das „geistige Gleichgewicht“ durch große Trauer über den Verlust eines Menschen, durch rigide Moralvorschriften oder Psychoterror. Wie also lassen sich krankheitsbedingte Einschränkungen erkennen?

Bei vielen der auf unterschiedliche wissenschaftliche Maßstäbe bezogenen, physischen wie psychischen „Krankheiten“ sind die Entstehungsursachen „ab ovo“ und die Wirkmechanismen des Krankheitsgeschehens teilweise geklärt, teilweise noch relativ unbekannt. Es sollte also nach Möglichkeit vermieden werden, die Bestimmung von Krankheit sehr eng an den wissenschaftlichen Stand der Forschung zu knüpfen. Für das Folgende werden vielmehr die Zustände bzw. Veränderungen betrachtet, bei denen aus plausiblen Gründen anzunehmen ist, dass ihre „Ursachen“ „direkt“ im Individuum liegen. Dessen Körper mit seinen vielfältigen physischen und psychischen Prozessen und Wechselwirkungen stellt die unmittelbare „Basis“ der physischen oder psychischen Beeinträchtigung dar, die sich dann wiederum im Befinden, Denken und Verhalten eines betroffenen Menschen niederschlägt. Das Erfahrungswissen darüber, wo die „na-

heliegendste Ursache“ für eine physische oder psychische Einschränkung liegt, ist zum einen von wissenschaftlichen Erklärungen über die detaillierten Funktionsmechanismen der Krankheit selbst zu unterscheiden, zum anderen von „tiefergehenden“ Erklärungen über Entstehungsprozesse bzw. „indirekte“ Ursachen. Folgender Maßstab zur Beurteilung *dieser* physischen oder psychischen Zustände als krank oder gesund bietet sich nun mit GEWIRTH' Güterlehre an: Als Krankheit soll gelten, was das Gut Freiheit oder die Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter aktuell oder prospektiv in negativer Weise beeinflusst – und damit die Bedingungen der Möglichkeit, individuell gesetzte Ziele zu verfolgen.

b) Interpretationsbedarf bei der Bestimmung von Krankheit

Für die Bestimmung von „Krankheit“ sind auf verschiedenen Ebenen Interpretationen erforderlich: So besteht, wie bereits erwähnt, auf der Ebene der Benennung der Inhalte der handlungsnotwendigen Güter mit abnehmender Notwendigkeit ein zunehmender Interpretationsbedarf. Zwar dürften die von GEWIRTH selbst aufgeführten Beispiele für notwendige Elementar-, Nichtverminderungs- und Zuwachsgüter eine bereits sehr umfassende Ausgangsbasis für den Krankheitsbegriff darstellen. Ergänzungen der Güter, vorausgesetzt, sie lassen sich als notwendige Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit ausweisen, werden unter Umständen deswegen erforderlich sein, weil es sich bei der Frage nach „Krankheitszuständen“ und deren Auswirkungen um einen ausgewählten Erfahrungsbereich handelt. Davon abgesehen muss Klarheit über den genauen Inhalt und die Reichweite jedes einzelnen handlungsnotwendigen Guts gewonnen werden: Wie sind beispielsweise die elementaren Güter „physische Integrität“ oder „geistiges Gleichgewicht“ zu verstehen? Erst dann kann geprüft werden, ob ein „Krankheitszustand“ genau diese Güter beeinträchtigt.

Dazu ist auf einer zweiten Ebene nun in gleicher Weise, wie bisher gefragt wurde, welche Handlungen sich auf welche Weise auf die allgemeinen handlungsnotwendigen Güter auswirken, für die Bestimmung von Krankheit zu fragen, welche körperlichen oder seelischen „Krankheitsphänomene“ Einschränkungen des Guts Freiheit sowie der Elementar-, Nichtverminderungs- und Zusatzgüter mit sich bringen. Dazu muss Erfahrungswissen über die üblichen Auswirkungen sowie über den Verlauf eines physischen oder psychischen „Krankheitsphänomens“ erhoben werden. Und zwar muss es sich bei diesem Erfahrungswissen auf jeden Fall um intersubjektiv nachvollziehbare Kenntnisse über Art und Dauer gegenwärtig

ger oder zukünftiger Beeinträchtigungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit handeln. Zugegebenermaßen ist die Abschätzung der kurz- und langfristigen Folgen aufgrund komplexer Sachlagen häufig schwierig. Dies um so mehr, als die allgemeinen Bedingungen der Handlungsfähigkeit physische und psychische Grundfähigkeiten erfordern, so dass alle diesbezüglichen Auswirkungen eines „Krankheitszustands“ zu betrachten sind und deren Klärung unter Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven und wissenschaftlicher Disziplinen geschehen muss.

Wenn also nur allgemeine Tendenzen der Beeinträchtigung handlungsnotwendiger Güter eine Rolle spielen sollen, stellt sich die Frage, ob und, wenn ja, auf welche Weise individuell unterschiedliche Ausgangslagen, Situationsumstände und subjektive Krankheitselemente berücksichtigt werden können. Individuen haben ja sehr unterschiedliche Ziele, die sie verfolgen möchten, und benötigen dafür sehr vielfältige und interindividuell variierende Fähigkeiten. Nun wäre es allerdings ein Missverständnis zu meinen, dass diejenigen speziellen Fähigkeiten und Voraussetzungen eines Menschen nicht beeinträchtigt werden dürfen, die ein besonderer Mensch zur Verfolgung seiner besonderen Ziele braucht. Vielmehr sind die individuell beeinträchtigten Fähigkeiten auf GEWIRTH' handlungsnotwendige Güter zu beziehen. Weil diese aber wiederum auf unterschiedlichen „untergeordneten“ Fähigkeiten und Bedingungen beruhen, kann es vorkommen, dass ein Krankheitszustand nicht bei jedem Individuum eine Beeinträchtigung hervorruft. So lässt sich das Zusatzgut „Möglichkeit des Erwerbs von Einkommen“ beispielsweise durch viele Arten der Berufstätigkeit in einer Gesellschaft umsetzen, das Elementargut „geistiges Gleichgewicht“ variiert stark, je nachdem, welche psychischen Coping-Fähigkeiten und welches Lebens- und Selbstverständnis vorliegen. Folglich sind von einer Diskussion über die Voraussetzungen der handlungsnotwendigen Fähigkeiten und Bedingungen zwar keine individuellen und in diesem Sinne subjektiven Faktoren zu erwarten, wohl aber zahlreiche Ausdifferenzierungen für Gruppen von Menschen, welche dann jeweils auf das Kriterium der handlungsnotwendigen Güter rückbezogen sein müssen.

c) Erste Überlegungen zur Bestimmung von Krankheit

Im Folgenden wird über Beispiele versucht, einige „Zustände“, die üblicherweise als Krankheit bezeichnet werden, auf die handlungsnotwendigen Güter zu beziehen. Der normative Ausweis von Krankheit wird durch die Frage geleitet, welche der handlungsnotwendigen Güter ein „Krankheitszustand“ auf welche Weise beeinträchtigt. Es werden nur einige we-

nige Krankheitsbilder Erwähnung finden, viele Interpretationen und Diskussionen über die Relevanz von „Krankheitszuständen“ für die handlungsnotwendigen Güter, viele Abstufungen und Konkretisierungen stehen noch aus. Es soll in diesem Rahmen lediglich deutlich werden, auf welche Weise mithilfe der Güterlehre von GEWIRTH Fragen zu stellen sind, um eine „Krankheit“ oder einen bislang noch nicht so bezeichneten Zustand begründet auszuweisen.

Relativ schnell wird man sich vermutlich bei physischen und psychischen „Zuständen“ einigen, die „schwerwiegende“ Auswirkungen haben: Dass beispielsweise das Gut Freiheit als Kontrolle des eigenen Verhaltens sicherlich dann erheblich eingeschränkt ist, wenn jemand unter Tics leidet, welche auf das Tourette-Syndrom zurückzuführen sind: Die von dieser neurophysiologischen Funktionsstörung Betroffenen zeigen unwillkürliche Bewegungen und stoßen in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen unwillkürlich Schimpfworte oder Tierlaute aus, unterbrechen also zwangsläufig eigene Handlungen und irritieren ihre Interaktionspartner. Auch lässt sich nachvollziehen, dass sich dieser Zustand negativ auf die Elementargüter „geistiges Gleichgewicht“ und „Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erreichen“ auswirken kann. Ebenso leuchtet vermutlich ein, dass eine Krebserkrankung im fortgeschrittenen Stadium oder eine sich manifestierende HIV-Infizierung häufig elementare Güter beeinträchtigen, nämlich die „physische Integrität“, indem einige körperliche Fähigkeiten akut nicht verfügbar sind, das „geistige Gleichgewicht“ und „die Grundzuversicht in das eigene Zielverfolgungsvermögen“, weil der „Krankheitszustand“ und die damit verbundenen Zukunftsaussichten zumindest phasenweise Ängste, Depression und Hilflosigkeit mit sich bringen. Auch nahe liegend dürfte sein, dass sich sehr starke Dauerschmerzen, abgesehen von einer Beeinträchtigung der Elementargüter „physische und psychische Integrität“ und „elementare Zuversicht in die Möglichkeit, gesetzte Ziele zu erreichen“, vermutlich langfristig ebenso negativ auf die Nichtverminderungsgüter „Fähigkeiten zur Zukunftsplanung“, „Fähigkeit, sich vor Betrug und Lügen zu schützen“⁵⁸ sowie „Fähigkeiten zum Erwerb handlungsrelevanter Kenntnisse“ auswirken. Hingegen wird eine akute Blinddarmentzündung, falls rechtzeitig behandelt, eine wenn auch deutliche, so doch kurzfristige Beeinträchtigung von Elementar-, Nichtverminderungs- und Zuwachsgütern zur Folge haben. Inwiefern jedoch eine leichte Grippe oder aber eine in regelmäßigen Ab-

58 Vgl. für diese (und weitere) Erläuterungen der Nichtverminderungsgüter A. GEWIRTH: *Self-Fulfillment* (1998), S. 123.

ständen wiederkehrende Migräne die allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigen, müsste unter Heranziehung multidisziplinärer Forschungserkenntnisse und Erfahrungen zahlreicher Betroffener eingehender diskutiert werden.

Auch kann es Krankheitszustände geben, die das Niveau der allgemeinen Handlungsfähigkeit nur bei manchen Individuen beeinträchtigen oder eine Steigerung verhindern, weil manche der von GEWIRTH herausgearbeiteten Güter – ganz deutlich etwa einige Zusatzgüter – von interindividuell unterschiedlichen Lebenswegen und Fähigkeiten bestimmt werden: So hängt beispielsweise das Zusatzgut „Möglichkeit, Einkommen und Vermögen zu erwerben“ neben gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stark vom jeweiligen Ausbildungsweg und den für die Berufstätigkeit erforderlichen Fähigkeiten ab: Eine Mehlstauballergie schränkt einen Bäcker, nicht jedoch zwangsläufig das Vorstandsmitglied einer Bank ein. Leichte Verwachsungen in der Handsehnenscheide haben bei einem Berufsmusiker viel weitreichendere Auswirkungen auf die Nichtverminderungs- und Zusatzgüter als derselbe Sachverhalt bei einem Gesprächspsychotherapeuten. Aber auch das Elementargut „geistiges Gleichgewicht“ kann etwa durch eine Multiple Sklerose unterschiedlich stark betroffen sein – und zwar in Abhängigkeit vom Selbst- und Lebensverständnis, vom Alter des Betroffenen sowie vom Stadium (Beginn oder neuer „Schub“) der Krankheit. Obgleich auf dieser Ebene intra- und interindividuelle Variationen Eingang finden, heißt dies, wie bereits erwähnt, nicht, dass die Interpretation der handlungsnotwendigen Güter sich jede individuell-subjektive Wahrnehmung zu eigen machen darf. Vielmehr ist nach solchen Faktoren zu suchen, welche in einer intersubjektiv nachvollziehbaren Weise auf die handlungsnotwendigen Güter Einfluss nehmen.

Für die Frage nach dem Stellenwert subjektiver Wahrnehmungen und Voraussetzungen besonders interessant ist das Zuwachsgut „Selbstwertschätzung“.⁵⁹ Dieses gründet auf der Überzeugung, dass die eigenen Pläne und Zwecke es wert sind, verfolgt zu werden, und dass man die Fähigkeit hat, sie auszuführen.⁶⁰ Selbstverständlich variieren die Eigenschaften, Fähigkeiten und Ziele, für die sich jemand selbst schätzt, und von ihrem Beeinträchtigtsein kann ein Krankheitsbegriff nicht abhängig gemacht wer-

59 GEWIRTH' Terminus „self-esteem“ wird hier etwas ungenau mit „Selbstwertschätzung“ übersetzt statt wie sonst üblich mit „Selbstachtung“, weil GEWIRTH zwischen den Zusatzgütern „self-respect“ und „self-esteem“ unterscheidet. „Self-respect“ beinhaltet bei ihm die moralische Pflicht, die konstitutiven Rechte anderer zu berücksichtigen. Vgl. A. GEWIRTH: *The Community of Rights* (1996), S. 79.

60 Vgl. A. GEWIRTH: *Self-Fulfillment* (1998), S. 80, 95.

den. Stattdessen sind wieder begründete Abstufungen zu suchen: Menschen mit einer Querschnittslähmung sind im Allgemeinen in ihrer Fähigkeit zur Zielverfolgung eingeschränkt und deshalb häufig auch in ihrer Selbstwertschätzung bedroht. Wie sieht es aus bei geringfügigeren Einschränkungen? Die Überzeugung, dass die eigenen Ziele und Pläne es wert sind, verfolgt zu werden, speist sich nicht zuletzt aus sozialer Anerkennung, welche wiederum auf sehr unterschiedlichen Charakteristika (Aussehen, Fähigkeiten) beruht. Versteht sich also jemand z. B. als Sportkanone und bezog bislang fast ausschließlich über sportliche Erfolge seine soziale Anerkennung, beeinträchtigt ihn eine Meniskusabnutzung weit stärker als einen Hobbymusiker. Umgekehrtes gälte für den Hobbymusiker mit einem leichten Tinnitus, der im Chor und bei der Kammermusik bisher viele Komplimente für sein gutes Gehör erntete. Allerdings wäre in diesen Fällen erst zu bestimmen, inwieweit sich eine derartige Beeinträchtigung tatsächlich nachhaltig und nicht kompensierbar auf das handlungsnotwendige Zuwachsgut „Selbstwertschätzung“ auswirkt und, davon abgesehen, nicht doch andere Begleiterscheinungen wie Schmerzen oder Hörverlust den Krankheitswert bestimmen, weil sie notwendige Elementar- und Nichtverminderungsgüter beeinträchtigen. Auch beim Zusatzgut „Selbstwertschätzung“ bleibt die Forderung bestehen, dass es sich zum einen um auch für andere als nur die betroffene Person feststellbare, etwa durch Anhaltspunkte in Biographie oder Lebensführung nachvollziehbare Einschränkungen und zum Zweiten um Einschränkungen der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit handelt. Klage ein Betroffener etwa nach einer Blinddarmoperation über Minderwertigkeitsgefühle gegenüber anderen, die noch alle Organe besitzen, wäre dies für Außenstehende schwerlich nachvollziehbar und der Wunsch nach einer Blinddarmtransplantation müsste ungehört verhallen. Abgesehen von diesem Beispiel wird es, wie oben angedeutet, offensichtlich schwieriger, bei den notwendigen Zuwachsgütern und speziell beim Gut „Selbstwertschätzung“ intersubjektiv nachvollziehbare und feststellbare Tendenzen auszumachen.

Nicht nur die Zuwachsgüter, sondern auch die anderen handlungsnotwendigen Güter hängen in gewisser Weise vom familiären und gesellschaftlichen Umfeld ab. Dies führt unter anderem zur Frage nach dem Zusammenhang zwischen Krankheit, gesellschaftlichen Bedingungen und gesellschaftlicher Diskriminierung. Inwiefern wird das Ausmaß einer Beeinträchtigung handlungsnotwendiger Güter nicht nur von unabänderlichen, sondern auch gesellschaftlich beeinflussbaren Faktoren bestimmt?

Hierzu nur einige Bemerkungen: Die allgemein notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit jedes Menschen hängen zum einen von den individualsbezogenen physischen und psychischen Zuständen, zum anderen eben auch mehr oder weniger von sozialen Einstellungen und Reaktionen ab. So sind zahlreiche krankheitsbedingte Einschränkungen und Behinderungen mit negativen gesellschaftlichen Reaktionen verbunden, z. B. bei einer AIDS-Erkrankung. Darüber hinaus gibt es auch „Zustände“, die fast ausschließlich deshalb handlungsnotwendige Güter beeinträchtigen, weil sie in der Regel negative soziale Reaktionen hervorrufen, etwa Kleinwuchs oder starke Körperbehaarung bzw. Glatzenbildung bei Frauen. Die Forderung nach feststellbaren und allgemeinen Tendenzen der Ausgrenzung und Benachteiligung vorausgesetzt, ist durchaus denkbar, dass dadurch die Elementargüter „geistiges Gleichgewicht“ und „eine Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erlangen“ oder etwa das Nichtverminderungsgut „Wissen über Fakten, die für die Zukunftsplanung relevant sind“, oder die Zuwachsgüter „Selbstwertschätzung“ und die „Fähigkeit, Einkommen und Vermögen zu erwerben“ beeinträchtigt werden. Obwohl derartige Verletzungen der notwendigen Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit keine „Krankheit“ darstellen, wird sich nur vor dem Hintergrund sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Überlegungen ausmachen lassen, welcher Anteil der Beeinträchtigung überwiegend durch soziale und gesellschaftliche Ablehnung bedingt ist und aus Gründen der Achtung grundlegender Individualrechte verändert werden müsste.

d) Vorzüge und Grenzen eines über die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit bestimmten Krankheitsbegriffs

Der neu gewonnene Krankheitsbegriff lässt sich hinsichtlich seiner Vorzüge und Grenzen wie folgt charakterisieren:

Erstens: In welcher Hinsicht sind nun Grenzziehungen möglich?

Das ethisch-normative Kriterium der notwendigen Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit füllt das Begründungsdefizit anderer Krankheitsbegriffe und stellt ausweisbare Grenzziehungen zwischen Krankheit und Nicht-Krankheit in Aussicht – und zwar für die moralische Dimension, nach der Krankheit für das Handeln eines Menschen relevant ist. Der negativ bestimmte Begriff von Krankheit bezieht sich auf ein Weniger an handlungsnotwendigen Gütern, wodurch sich der „Schweregrad“ verschiedener Krankheiten bestimmen lässt. Gleichwohl beansprucht der so

geartete Krankheitsbegriff keine Vollständigkeit und in jeder Hinsicht überzeitliche Gültigkeit, sondern bezieht sich methodisch reflektiert auf verschiedenen Ebenen auf weiterführende Interpretationen.

Weil der Gegenstandsbereich, auf den sich Krankheit bezieht, nicht exklusiv ist, sondern die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit auch durch andere Faktoren beeinflusst werden, bedarf es der Vorannahme „direkt“ im Individuum liegender physischer und psychischer Ursachen. Nur insofern diese auf Erfahrungswissen aufbauende Unterscheidung zwischen „direkten“ und „indirekten“ Ursachen bei einem Krankheitszustand plausibel ist, sind weitergehende Überlegungen sinnvoll.

Der an den notwendigen allgemeinen Bedingungen der Handlungsfähigkeit ausgerichtete Krankheitsbegriff unterscheidet nicht zwischen Krankheit, Behinderung im Sinne chronischer physischer oder psychischer Beeinträchtigungen⁶¹ und altersbedingten Degenerationserscheinungen. Vielmehr gilt bei jedem Menschen das Kriterium der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit. Statt der moralphilosophisch problematischen Differenzierung zwischen Krankheit und Gesundheit in Abhängigkeit von bestimmten Lebensphasen⁶² sind also die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit zu entfalten.

Es versteht sich von selbst, dass die Beeinträchtigungen, die keine Auswirkungen auf die notwendigen Bedingungen der allgemeinen Handlungsfähigkeit haben, nicht als „Krankheit“ gelten können. Insofern erfasst der auf GEWIRTH' Güterlehre aufbauende Krankheitsbegriff sicherlich nur einen Kernbestand dessen, was im Lichte anderer Krankheitsverständnisse als Krankheit gilt. So ist beispielsweise die medizinische Praxis auch durch (vermutlich nicht moralisch-normativ ausweisbare) individuelle oder gesellschaftliche Wertüberzeugungen motiviert, die sich in Praktiken wie beispielsweise Facelifting, Dopingbehandlung zur Steigerung erwünschter Funktionen niederschlagen oder in humangenetischen Forschungsbemühungen zur Optimierung bevorzugter menschlicher Merkmale. Es liegt darüber hinaus kein positiv formulierter Gesundheitsbegriff vor, der auch Orientierung für Fragen des guten Lebens bieten könnte.

Zweitens: Inwiefern wird Krankheit „objektiv“ und inwiefern „subjektiv“ bestimmt?

61 Behinderung wird an dieser Stelle ausnahmsweise nicht sozialkritisch als gesellschaftlich bedingte Behinderung und Benachteiligung verstanden, obwohl dies die zentrale Bedeutung des Behinderungsbegriffs ist.

62 Dies fordert beispielsweise N. S. JECKER: Towards a Theory of Age-Group Justice (1989).

Ein großer Vorteil des dargelegten Krankheitsverständnisses ist die klare Abgrenzung gegen einen rein individuell-subjektiv bestimmten Krankheitsbegriff. Nur dann, wenn Güter beeinträchtigt werden, die für die Bedingungen der Handlungsfähigkeit allgemein notwendig sind, soll von Krankheit die Rede sein, d. h. die Skala dessen, was als Krankheit gilt, bleibt nach unten hin nicht offen. Denn die normative Forderung nach Sicherstellung der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit schließt die Möglichkeit aus, jegliches psychische Unbehagen oder jeden individuell unerwünschten körperlichen Zustand als Krankheit zu bezeichnen. Relevant ist das individuelle Erleben von Kranksein, Schmerzen und Einschränkung deshalb nur insoweit, als dies einer allgemeinen Tendenz entspricht, sich auf die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit auszuwirken. Gleichwohl ist ein so gearteter Krankheitsbegriff nicht unsensibel gegenüber vielfältigen Perspektiven und Erfahrungen, unterscheidet sich also beispielsweise auch von Krankheitsbegriffen, die sich auf sozialwissenschaftliche Erkenntnisse über für Menschen im allgemeinen „gute“ Reaktionen und Interaktionen beziehen.⁶³ Dennoch sollte keinesfalls der Eindruck entstehen, dass das subjektive Leiden eines Menschen, seine individuellen Erfahrungen und existentiellen Deutungen bedeutungslos und damit ignorierbar wären. Darüber kann der vorliegende Ansatz aufgrund seiner anders gelagerten Kriterien lediglich nicht befinden.

Zusammenfassend heißt dies, dass aus einer verallgemeinerbaren Begründung eines normativen Kriteriums und einer intersubjektiv nachvollziehbaren Grenzziehung zwischen Krankheit und Nicht-Krankheit nicht zwingend ein „objektivistisches“ Krankheitsverständnis folgt. Weil jedoch für Grenzziehungen die Auswirkungen eines „Krankheitszustands“ auf die handlungsnotwendigen Güter zu interpretieren sind, nimmt mit abnehmender intersubjektiver Nachvollziehbarkeit die Verbindlichkeit der Zuschreibung „Krankheit“ ab. Wo letztlich bei einzelnen physischen und/oder psychischen „Zuständen“ konkret die Grenzen verlaufen, mag deshalb in manchen Fällen strittig bleiben.

Drittens: Welche Disziplinen sind an der Beschreibung von „Krankheitszuständen“ beteiligt?

Ein Krankheitsbegriff nach GEWIRTH muss sowohl physische als auch psychische Dimensionen miteinbeziehen, weil sie gleichermaßen für die

⁶³ Vgl. z. B. R. S. LAZARUS u. a.: Stress, Appraisal, and Coping (1984) oder einen (in diesem Text nicht vorkommenden) Krankheitsbegriff, der seine schwach moralische Normativität z. B. von NUSSBAUMS „capabilities“-Liste her bezöge – vgl. M. NUSSBAUM: Non-relative virtues (1993), S. 265 ff.

notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit relevant sind. Da zahlreiche biophysiological Funktionen durchaus Voraussetzungen für die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit darstellen und in dieser Hinsicht das biologische Funktionieren moralisch wertvoll sein kann, lässt sich der Krankheitsbegriff nach BOORSE an dieser Stelle methodisch angemessen integrieren. Ebenso lassen sich psychosomatische und sozialmedizinische Perspektiven und damit stärker „psycho-sozial“ ausgerichtete Krankheitsverständnisse integrieren. Generell sind Erkenntnisse aus zahlreichen Disziplinen sowie Perspektiven, die physische, psychische und soziale Folgen eines Krankheitszustands aufzeigen können, gefragt. Indem „Beschreibungen“ und Erkenntnisse multidisziplinär erfasst und auf den gemeinsamen Nenner der handlungsnotwendigen Güter hin ausgewertet werden, gewährleistet GEWIRTH‘ normativer Bezugspunkt sozusagen einen vermittelnden und damit interdisziplinären Maßstab.⁶⁴ Da es sich um Wissen aus zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen, ebenso aber um andere Formen von Erfahrungswissen handeln kann, besteht nur mittelbar eine Abhängigkeit vom jeweiligen Diskussions- und Forschungsstand einer Disziplin.

3. Moralisch-normative Implikationen: Ausblick auf Rechte und Pflichten in Bezug auf Krankheit

Welche unbedingten moralischen Handlungsnormen, als Rechte und Pflichten kranker und gesunder Individuen sowie gesellschaftlicher Institutionen formuliert, lassen sich nun aus dem dargelegten Verständnis von Krankheit ableiten? Ohne im Rahmen dieses Artikels erschöpfend begründete Antworten geben zu können, sollen zumindest einige Argumentationsrichtungen angedeutet werden.

Mit GEWIRTH lassen sich gemäß dem „Prinzip der Menschenrechte“ an der Hierarchie der Güter ausgerichtete abgestufte Rechte auf Hilfe in Abhängigkeit von den Auswirkungen eines „Krankheitszustands“ auf die handlungsnotwendigen Bedingungen fordern. Da viele „Krankheitszustände“ einen Handlungsfähigen in seinen Rechten auf Freiheit und auf die Elementargüter einschränken, zudem neben der aktuellen auch meist seine zukünftige Handlungsfähigkeit bedrohen, besteht vermutlich in vielen

⁶⁴ Ich unterscheide in Anlehnung an M. DÜWELL (Ethik in den Wissenschaften (2001)) zwischen Multidisziplinarität als bloßer Beteiligung verschiedener Disziplinen und Interdisziplinarität, bei der über eine gemeinsame Fragestellung die verschiedenen Disziplinen in ein Verhältnis zueinander gesetzt werden.

Fällen ein Recht auf Hilfe, um die grundlegendsten allgemeinen Fähigkeiten und Voraussetzungen zu schützen oder wiederherzustellen – sofern der betroffene Mensch dies selbst nicht zu leisten vermag.

Die Grundbedingung des Wissens um den Hilfebedarf einmal vorausgesetzt, ergibt sich aus der Problematik positiver Rechte, dass die entsprechenden Pflichten zur Hilfe aufgrund einer Überforderung einzelner, d. h. aufgrund des Mangels an medizinischen und pflegerischen Fachkenntnissen sowie zeitlichen, finanziellen und technischen Mitteln wichtige positive Pflichten an gesellschaftliche Institutionen delegiert werden müssen, will man eine gerechte Verteilung von Hilfsleistungen, so dass jeder Kranke in der Tat und in der gleichen Weise wie alle anderen in vergleichbarem Zustand Hilfe erhält.⁶⁵ In einer ausführlicheren Argumentation über ein aus gemeinschaftlichen Mitteln finanziertes Krankenversorgungssystem müsste den nach Wichtigkeit für die Handlungsfähigkeit hierarchisch angeordneten Gütern mit Blick auf Krankheitstyp und -verlauf sowie die entsprechenden physischen, psychischen und psycho-sozialen Auswirkungen abgestufte Rechte auf Hilfe zugeordnet werden. Dabei gälte es, neben dem Gut „Freiheit“ und den Elementargütern, auf die zweifelsohne ein besonders starker Anspruch besteht, auch Nichtverminderungs- und Zusatzgüter miteinzubeziehen. Sodann wären die den Gütern entsprechenden Rechte des Kranken mit den Rechten anderer Handlungsfähiger zu konfrontieren. Wie weit allerdings die positiven Pflichten zur Hilfeleistung in Sachen Krankheit reichen, kann in diesem Rahmen nicht beantwortet werden, da die Frage der Berechtigung für jedes notwendige Gut der allgemeinen Handlungsfähigkeit gesondert zu diskutieren ist. Vermutlich lassen sich letztlich auch nicht alle Fragen durch den Ausweis von Hilfsrechten und -pflichten regeln, sondern ab einem bestimmten Punkt stellt sich die Aufgabe, auf anderem Weg – etwa kritisch-hermeneutisch – einige Wertungen im Unterschied zu anderen als plausibel auszuzeichnen.

Gehen wir nun davon aus, dass ein kranker Mensch, der sich nicht selbst helfen kann, in der Regel ein Recht auf Hilfe durch andere hat und in einer Gesellschaft lebt, in der die Aufgaben der Hilfeleistung an Institutionen und Fachleute delegiert wurden: Besteht für diesen Notleidenden *vice versa* die Pflicht, „Hilfe“ in Anspruch zu nehmen, ja sogar bestimmte Formen der Behandlung mit sich geschehen zu lassen, d. h. hat er gewissermaßen eine Pflicht zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Erweiterung der für die allgemeine Handlungsfähigkeit notwendigen Fähigkeiten und

65 Vgl. K. STEIGLEDER: Die Begründung des moralischen Sollens (1992), S. 271.

Voraussetzungen? Aus der Perspektive eines Handlungsfähigen wäre es widersprüchlich, einer Beschränkung seines Rechts auf Freiheit durch andere zuzustimmen, wenn er selbst keinen Wert auf Wiederherstellung oder Erhalt seines gesundheitlichen Zustands legt. Vorausgesetzt, es können keine berechtigten Zweifel an der Freiwilligkeit und Entscheidungsfähigkeit dieses Menschen vorgebracht werden, gebietet es folglich sein Recht auf Freiheit, sich nicht einzumischen, es sei denn, der Betreffende beeinträchtigt oder gefährdet andere. Die Frage, ob jemand gegen seinen Willen zu diagnostischen (z. B. genetischen) Untersuchungen oder Behandlungen verpflichtet werden kann, wenn keine wesentlichen individuellen Rechte anderer verletzt sind, ist folglich zu verneinen.

Aus dem „*Prinzip der Menschenrechte*“ ergibt sich selbstredend auch, dass in keinem Fall die elementaren Rechte individueller Handlungsfähiger mit geringfügigeren Interessen eines Kollektivs verrechnet werden dürfen. Konkurrierende, durch das oberste Moralprinzip ausgewiesene Rechte mehrerer Handlungsfähiger müssten über das Gewichtungskriterium der ‚Notwendigkeit für die Handlungsfähigkeit‘ gegeneinander abgewogen werden. Jede zwangsweise Maßnahme der Krankheitsbehandlung (z. B. im Fall einer ansteckenden lebensgefährlichen Infektion) oder der individuellen Gesundheitsprophylaxe wäre auf diese Weise auf ihre Berechtigung hin zu prüfen. Entscheidend bei diesem Vorgehen ist jedoch, dass alle Konflikte in die Sprache der individuellen Rechte und Pflichten zu übersetzen sind, sich somit utilitaristische Nutzenmaximierungserwägungen verbieten.

Wie verhält es sich allerdings mit Hilfeansprüchen Kranker, wenn es wissenschaftlich belegte Indizien dafür gibt, dass der Zustand aufgrund der Lebensführung des Betroffenen zum Großteil „selbstverschuldet“ ist? Hier ist einerseits sehr genau zu erkunden, wie gesichert derartige Aussagen über Ursache-Wirkungszusammenhänge tatsächlich sind,⁶⁶ andererseits ist zu erkunden, inwieweit seitens des Betroffenen wirklich ein freiwilliges und absichtsvolles Handeln vorlag.⁶⁷

Wie bereits erwähnt, bringt das Ansetzen beim handlungsfähigen Individuum zwangsläufig eine Unbestimmtheit hinsichtlich noch nicht handlungsfähiger oder nie (mehr) handlungsfähiger menschlicher Wesen mit

66 Dabei ist die Gesichertheit wissenschaftlicher Erkenntnisse zu berücksichtigen, die u. a. davon abhängt, ob Kausalitäts- oder Korrelationsaussagen (mit ihrem je unterschiedlichen wissenschaftlichen Geltungsanspruch) zugrunde liegen, ob es bereits ein Erklärungsmodell gibt etc.

67 Hier schließen sich Fragen nach Autonomiekonzept und Mindestkriterien autonomer Entscheidung an.

sich. Mit diesen, aus der Begrenzung des Geltungsbereichs einer moralischen Theorie resultierenden, offenen Fragen steht GEWIRTH zwar nicht allein, gleichwohl wären hier weitere Überlegungen zur Handlungsfähigkeit und zum moralischen Status von Menschen am Lebensanfang oder Lebensende anzustellen. Keinesfalls sollte in diesen Fällen von vornherein von einer Nicht-Zuschreibbarkeit moralischer Rechte ausgegangen werden.⁶⁸

Bisher blieb, indem pauschal von Hilfeleistungen die Rede war, offen, auf welche Weise, d. h. durch welche Mittel und Wege krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit zu beheben seien. Ohne Zweifel hat ein gemäß den vorgestellten Kriterien Kranker Anspruch auf optimale Behandlung, Linderung, Pflege oder Rehabilitation. Darunter fallen u. a. psychologische Hilfen zur Verarbeitung des Krankheitszustandes, denn auch auf diesem Weg können sich eingeschränkte Bedingungen der Handlungsfähigkeit wieder bessern.

Es versteht sich darüber hinaus fast von selbst, dass ein Kranker entsprechend GEWIRTH' „Prinzip der Menschenrechte“ auch Anspruch darauf hat, nicht aufgrund eines vorliegenden Krankheitszustandes benachteiligt zu werden. Da die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit allerdings mit materialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen interagieren, wird es manchmal z. B. hinsichtlich der Güter „geistiges Gleichgewicht“, „Grundzuversicht in das eigene Vermögen, seine Ziele zu erreichen“ und „Selbstwertschätzung“ schwierig sein, zwischen unmittelbar durch den physischen und psychischen Zustand bedingten primären Einschränkungen und den sekundären Einschränkungen zu unterscheiden, die durch die Antizipierung negativer sozialer Reaktionen hervorgerufen werden. Wie weitgehend über das Verbot eindeutiger Benachteiligungen hinaus außerdem Ansprüche darauf bestehen, die materiale Umwelt sowie gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen so zu verändern, dass sie die notwendigen Bedingungen der Handlungsfähigkeit bleibend eingeschränkter, d. h. chronisch kranker, behinderter oder älterer Menschen fördern, deren physischer oder psychischer Zustand mit medizinischen und anderweitig therapeutischen Mitteln eben nicht mehr verbessert werden kann, muss ebenso wie zahlreiche andere Fragen weitergehenden ethischen Diskussionen überantwortet werden.⁶⁹

68 Vgl. für eine Diskussion dieser Fragen K. STEIGLEDER: *The Moral Status of Potential Persons* (1998).

69 Für Diskussionen und Verbesserungsvorschläge danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Interfakultären Zentrums für Ethik in den Wissenschaften, insbesondere Marcus Düwell und Micha H. Werner.

Zusammenfassung

BOBBERT, Monika: Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluss an die Moralphilosophie von Alan Gewirth, *ETHICA*; 8 (2000) 4, 405 – 440

Im ersten Teil werden in der Literatur vertretene Möglichkeiten der Zuschreibung von „Krankheit“ in der Medizin dargestellt. Es wird u. a. ausgeführt, warum es keinen wertneutralen (natur-)wissenschaftlichen Krankheitsbegriff geben kann. Im zweiten Teil wird ein moralisch-normativer Krankheitsbegriff vorgestellt, der auf der ethischen Theorie des amerikanischen Philosophen Alan Gewirth aufbaut und von dem behauptet wird, er lasse sich über eine rationale ethische Argumentation ausweisen. Abschließend werden die Konsequenzen, die ein solcher Krankheitsbegriff für das individuelle und institutionelle Handeln mit sich bringt, skizziert.

Krankheitsbegriff/Krankheitskonzept
Krankheit als evaluativer Begriff
Krankheitsbegriff, normativer
Gewirth, Alan
Handlungsfähigkeit
Hierarchie notwendiger Güter
Moralische Rechte, positive and negative

Summary

BOBBERT, Monika: The problem of conceptualizing „disease“ and the draft of a morally normative concept of disease following the moral philosophy of Alan Gewirth, *ETHICA*; 8 (2000) 4, 405 – 440

In the first part the different possibilities of conceptualizing „disease“ in medicine, that are advocated in literature, are being discussed. It is shown, e. g., why there can't be a value-neutral scientific concept of disease. In the second part a morally normative concept of disease is presented which is based on the ethical theory of the American philosopher Alan Gewirth and which is said to be provable by rational ethical argumentation. And finally, the consequences brought about by such a concept of disease for individual as well as institutional action are outlined.

Concept of disease
Disease as evaluative concept
Disease as normative concept
Gewirth, Alan
Capacity for action
Hierarchy of necessary goods
Moral rights, positive and negative

L i t e r a t u r

- BOORSE, Christopher: On the Distinction between Disease and Illness. In: *Philos. and Public Affairs*; 5 (1975) 1, 49 – 68.
- BOORSE, Christopher: Health as a Theoretical Concept. In: *Phil. of Science*; 44 (1977), 542 – 573.
- BROCKHAUS, Die Enzyklopädie, Stichw. „Gesundheit“. – 19. Aufl. – Mannheim: Bröckhaus, 1989.
- CANGUILHEM, Georges: Krankheit, Genesung, Gesundheit. In: Karl E. ROTHSCHUH (Hg.): *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung*. – Darmstadt: Wiss. Buchges., 1975, S. 154 – 174.
- CAPLAN, Arthur L.: *The Concepts of Health, Illness and Disease*. In: Robert VEATCH (Hg.): *Medical Ethics*. – 2. Aufl. – Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers, 1997, S. 57 – 74.
- DANIELS, Norman: *Just Health Care*. – Cambridge: Cambridge Univ. Press., 1985.
- DÜWELL, Marcus: Ethik in den Wissenschaften. In: Julia DIETRICH / Frank-Thomas HELLWIG (Hg.): *Wissenschaftsethik – Leitideen für Schule und Bildung, 2001* (in Vorbereitung).
- ENGEL, George L.: *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*. In: *Science*; 196 (1977), 129 – 136.
- ENGELHARDT, Dietrich von: Stichwort „Krankheit“. In: Albin ESER/Markus von LUTTEROTTI / Paul SPORKEN (Hg.): *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. – Freiburg: Herder, 1989, S. 646 – 659.
- ENGELHARDT, H. T.: *The Concepts of Health and Disease*. In: Arthur L. CAPLAN / H. Tristram ENGELHARDT (Hg.): *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Reading. – Mass.: Addison-Wesley, 1981, S. 31 – 46.
- ENGELHARDT, H. Tristram/WILDES, Kevin W.: *Health and Disease. Philosophical Perspectives*. In: Warren Th. REICH (Hg.): *Encycl. of Bioethics*. – New York: Macmillan, ²1995, S. 1101 – 1106.
- ENGELHARDT, H. T.: *The Foundation of Bioethics*. – New York / Oxford: Oxf. Univ. Press, ²1996.
- EPSTEIN, Julia: *Altered Conditions. Disease, Medicine, and Storytelling*. – New York: Routledge, 1995.
- FULFORD, K. William M.: *Moral Theory and Medical Practice*. – Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- GERT, Bernard/CULVER, Charles M./CLOUSER, Danner K.: *Bioethics: A Return to Fundamentals*. – New York: Oxford University Press, 1997.
- GEWIRTH, Alan: *Reason and Morality*. – Chicago: Univ. of Chicago Press, 1978.

- GEWIRTH, A.: Human Rights. Essays on Justification and Applications. – Chicago: University of Chicago Press, 1982.
- GEWIRTH, A.: Die rationalen Grundlagen der Ethik. In: Klaus STEIGLEDER/Dietmar MIETH (Hg.): Ethik in den Wissenschaften. Ariadnefaden im technischen Labyrinth? – Tübingen: Attempto, 1989, S. 3 – 36.
- GEWIRTH, A.: The Community of Rights. – Chicago: Univ. of Chicago Press, 1996.
- GEWIRTH, A.: Self-Fulfillment. – Princeton: Princeton University Press, 1998.
- HABERMAS, Jürgen: Vom pragmatischen, ethischen und moralischen Gebrauch der praktischen Vernunft. In: Ders.: Erläuterungen zur Diskursethik. – Frankfurt a. M., 1991, S. 100 – 118.
- HESSELOW, Germund: Do we need a Concept of Disease? In: Theor Med; 14 (1993), 1 – 4.
- HONNEFELDER, Ludger: Humangenetik und Pränataldiagnostik. Die normative Funktion des Krankheits- und Behinderungsbegriffs: Ethische Aspekte. In: Carl-Friedrich GETHMANN/L. HONNEFELDER (Hg.): Jahrb. f. Wissenschaft und Ethik, Bd. 1. – Berlin: de Gruyter, 1996, S. 121 – 127.
- HUCKLENBROICH, Peter: Künstliche Intelligenz und medizinisches Wissen. Wissenschaftstheoretische Grundfragen von Expertensystemen und wissensbasierter Programmierung. – Universität Münster, Habilitationsschrift, 1989.
- JECKER, Nancy S.: Towards a Theory of Age-Group Justice. In: J Med & Philos; 14, (1989), 655 – 676.
- KUHN, Thomas S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. – Frankf./M.: Suhrkamp, 1976.
- LANZERATH, Dirk/HONNEFELDER, Ludger: Krankheitsbegriff und ärztliche Anwendung der Humangenetik. In: Marcus DÜWELL/Dietmar MIETH (Hg.): Ethik in der Humangenetik. Die neueren Entwicklungen der genetischen Frühdiagnostik aus ethischer Perspektive. – Tübingen: Francke, 1998, S. 51 – 77.
- LAZARUS, Richard S./FOLKMAN, Susan: Stress, Appraisal, and Coping. – N. York: Springer 1984.
- MARGOLIS, Joseph: The Concept of Disease. In: J Med & Philos; 1 (1976) 3, 238 – 255.
- MILTNER, Wolfgang/BIRBAUMER, Niels/GERBER, Wolf-Dieter: Verhaltensmedizin. – Berlin: Springer, 1986.
- NORDENFELT, Lennart: On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach. – 2. Aufl. – Dordrecht: Riedel Publishing Company, 1995.
- NUSSBAUM, Martha: Non-relative virtues: An Aristotelian Approach. In: Dies./SEN, Amartya (Hg.): The Quality of Life. – New York: Oxford Univ. Press, 1993, S. 242 – 269.
- ROTHSCHUH, Karl E. (Hg.): Der Krankheitsbegriff. In: Ders.: Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. – Darmstadt: Wiss. Buchgesell., 1975, S. 397 – 421.
- SCADDING, J. G.: Health and Disease: What can Medicine do for Philosophy? In: J Med Eth; 14 (1988), 118 – 124.
- STEIGLEDER, Klaus: Die Begründung des moralischen Sollens. Studien zur Möglichkeit einer normativen Ethik. – Tübingen: Attempto, 1992. Überarb. Neuauflage des 2. Teils zu A. Gewirth: Ders.: Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth. – Freiburg i. Br.: Alber, 1999.
- STEIGLEDER, Klaus: Gewirth und die Begründung der normativen Ethik. In: Z f philos. Forschung; 51 (1997) 2, 251 – 267.
- STEIGLEDER, K.: The Moral Status of Potential Persons. In: Elisabeth HILDT/Dietmar MIETH (Hg.): In Vitro Fertilisation in the 1990s. Toward a Medical, Social, and Ethical Evaluation. – Aldershot: Ashgate, 1998, S. 239 – 246.
- SZASZ, Thomas S.: The Myth of Mental Illness. In: American Psychologist; 15 (1960), 113 – 118.
- UEXKÜLL, Thure von/WESIACK, Wolfgang: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. – 3. Aufl. – München u. a.: Urban und Schwarzenberg, 1998. Themenheft „Health and Disease“ des J Med Philos; 20 (1995).
- VIRCHOW, Rudolf: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd.1: Allgemeine Störungen, Abschn. I-III. – Erlangen, 1854, zit. Nach: Karl E. ROTHSCHUH: Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. – Stuttgart: Hippokrates, 1978, S. 430.
- WALTERS, LeRoy/GAGE PALMER, Julie: The Ethics of Human Gene Therapy. – New York: Oxford Univ. Press, 1997.
- WIELAND, Wolfgang: Strukturwandel der Medizin u. ärztliche Ethik. Philos. Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. – Heidelberg: Winter Universitätsverlag, 1986, S. 38 ff.
- WIESING, Urban: Kann Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten?. In: Z Med Eth; 44 (1998), 83 – 97.
- ZITTERBARTH, Walter: Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion. In: Rainer LUTZ/Norbert MARK (Hg.): Wie gesund sind Kranke? – Göttingen: Hogrefe, 1995, S. 27 – 40.