

GESUNDHEIT – KRANKHEIT – Die Termini G. und K. bezeichnen voneinander unterscheidbare Zustände des menschlichen wie auch jedes organismischen Lebens, deren inhaltliche Bestimmungen im Entwicklungsgang der Kultur und der medizinischen Erkenntnis mannigfache Wandlungen erfahren haben, jedoch stets aufeinander bezogen blieben, in einem korrelativen Verhältnis zueinander standen. Systematische Reflexionen über die G. des Menschen als erstrebenswertem Zustand des ungestörten Vollzugs aller Lebensprozesse, der Fähigkeit zur aktiven Lebensgestaltung und des damit verbundenen subjektiven Wohlbefindens traten zuerst in der antiken Medizin auf. G. (gr. *hygieia*; lat. *sanitas*) beruhte nach den damaligen Vorstellungen auf der ausgewogenen Zusammensetzung der Körpersubstanzen und dem geordneten Ablauf der physiologischen Funktionen, wobei deren Erhaltung durch diätetische Lebensregeln (der Ernährung, der Maßverhältnisse zwischen Arbeit und Erholung) gefördert werden sollte (Harig/Kollesch 1981). In der dann folgenden jahrhundertelangen Tradierung die[443]ser Grundvorstellungen traten nur geringfügige Modifizierungen einzelner Momente auf, wobei vor allem im Mittelalter die Erhaltung der natürlichen Lebensordnung (lat. *constitutio*) mit einer den religiösen Überzeugungen entsprechenden Lebensweise verbunden wurde, diätetische sowie hygienische Normen weitere Differenzierungen erfuhren und in Grundregeln der gesunden Lebensführung ihren Ausdruck fanden (Schipperges 1978).

Im Zusammenhang mit der den Aufstieg der kapitalistischen Produktionsweise begleitenden Aufklärungsbewegung des 18. Jahrhunderts und Reaktion auf die vielfältiger werdenden Möglichkeiten des individuellen Lebensgenusses sowie der Vereinseitigung der Lebensgestaltung im Gefolge der Industrialisierung und der Urbanisierung entstanden bedeutsame neue Momente in den medizinischen Reflexionen zum Thema G., u. a. eine entschiedenere Betonung der Eigenverantwortung der Individuen, eine präzisere Kennzeichnung der für die Gesundheitsförderung wesentlichen Bedingungen der sozialen Hygiene und der Arbeit sowie eine stärkere Orientierung an normativen Vorstellungen von erstrebenswerten Lebenshaltungen wie Leistung, Fleiß, Mäßigkeit und Anpassungsvermögen. Neben durch Erfahrung begründeten sinnvollen Empfehlungen wurden dabei allerdings auch mit zivilisations-pessimistischen Haltungen verbundene utopische Ideale einer Rückkehr zu ‚natürlichen‘ Lebensweisen propagiert und auch z. T. sehr rigide Normen für menschliche Verhaltensweisen verfochten, die beispielsweise im Zuge der Medizinalisierung der Irrenbetreuung zur Verschärfung von Ausgrenzungsbestrebungen beigetragen haben (Tutzke 1981; Castel 1979).

Während des 19. Jh. erfuhr die Auseinandersetzung mit dem Thema G. und den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung weitere Wandlungen, wobei die entschiedene Zuwendung der Medizin zu naturwissenschaftlichen Arbeitsmethoden in der Forschung und in der ärztlichen Praxis zwar genauere Einsichten in die für das Gesundsein wesentlichen physiologischen Prozesse ermöglichte, jedoch in erster Linie die Pathologie und die Klinik befruchtete und dazu beitrug, G. vor allem als Zustand des Fehlens von objektivierbaren pathologischen Abweichungen zu betrachten. Praktische Bedeutung für die Gesundheitsvorsorge erlangten vor allem neue Erkenntnisse der Hygiene, mit deren Hilfe ab dem Ausgang des 19. Jh. eine rasche Eindämmung epidemisch auftretender Infektionskrankheiten möglich wurde. Sozialpolitisch engagierte Ärzte haben auch in dieser Zeit versucht, gesundheitschädigende Lebensbedingungen mit schwerwiegenden Folgen für die Masse der arbeitenden Bevölkerung genauer zu bestimmen und den Staat zu regulierenden Eingriffen zu veranlassen (etwa zur Einschränkung der Kinderarbeit, zur Verkürzung der Durchschnittsarbeitszeit u. a.), mußten sich dabei jedoch in politische Auseinandersetzungen einlassen, die für die Mehrheit der auf curatives Handeln orientierten Ärzteschaft als belastend galten und deshalb wenig Unterstützung erfuhren (Rosen 1975). Die Arbeitsmedizin und die Gewerbehygiene blieben auch in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts randständige Wirkungsfelder der Medizin und erlangten (auch) keine Anerkennung als eigenständige Disziplin (Milles/Müller 1985).

Das Maß der Zuwendung der Medizin zu praktischen Aufgaben der Gesundheitsvorsorge ist dabei stets in starkem Maße von sozialökonomischen Strukturen und gesellschaftlichen Interessen bestimmt, wobei soziale Erfordernisse der Erhaltung der Leistungsfähigkeit bestimmter Institutionen, beispielsweise militärischer Potentiale, und die Einsicht, daß rechtzeitig eingeleitete prophylaktische Maßnahmen Kostenaufwendungen für die medizinische Behandlung minimieren können, den

allmählichen Ausbau des Vorsorgesystems in den kapitalistisch organisierten Gesellschaften gefördert haben. In sozialistischen Systemen wird der Gesundheitsvorsorge durch die Medizin eine zentrale Stellung in deren Aufgabenspektrum zugewiesen, wobei institutionelle Konsequenzen und reale Wirkungsmöglichkeiten vom jeweils erreichten Grad der ökonomischen Entwicklung sowie von kulturellen Traditionen in den betreffenden Staaten abhängig sind (Scepin/Caregorodzev/Erochin 1987).

Beim gegenwärtigen Erkenntnisstand der Medizin kann G. als jene Verfassung des individuellen Daseins angesehen werden, die einen geordneten und weitgehend störungsfreien Vollzug der durch die genetische Ausstattung im Prinzip möglichen, von den Umweltbedingungen erforderten und durch die Anpassung der Reaktionsformen an Anforderungsstrukturen der aktiven Lebensgestaltung ausgebildeten Lebensfunktionen ermöglicht. Die biotische Voraussetzung dieses Zustandes des Gesundheitsens ist in der Fähigkeit des Organismus gegeben, das homöostatische Gleichgewicht bei stets wechselnden Umwelteinwirkungen aufrecht zu erhalten und Störungseinflüsse mittels spezifischer Regulationsmechanismen fortwährend zu kompensieren. Die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit der Individuen umfaßt neben der körperlichen auch die psychische Dimension der angemessenen Reaktionen auf Umweltbedingungen und Lebensanforderungen, wobei konstitutionelle Besonderheiten sowie Alter und Geschlecht deren jeweiliges Maß bestimmen und die Fixierung statischer Parameter für die Bewertung der G. ausschließen. Statistisch ermittelte Werte für spezifische Funktionen und Leistungen kennzeichnen Durchschnittsgrößen, die von den Individuen über- oder unterschritten werden können und die deshalb nicht als strenge Grenzen zwischen Normalem und Pathologischem angesehen werden dürfen. Derartige Werte sind noch am ehesten für Körperfunktionen und physische Leistungen zu ermitteln; bei psychischen Vorgängen bleiben sie weitgehend umstritten (Schröder 1984).

Der Zustand der G. ermöglicht die subjektive Verfassung des Wohlbefindens, wobei jedoch auch widerspruchsvolle Beziehungen zu bedenken sind, da nicht alle objektivierbaren Abweichungen von einem Optimum der Funktionstüchtigkeit des Organismus zu subjektiven Beeinträchtigungen der Befindlichkeit führen und andererseits auch Störungen des Wohlbefindens auftreten können, die nicht durch krankhafte Veränderungen im organismischen Lebensgeschehen bedingt sind. Als Idealnorm kann die oft zitierte Gesundheitsbestimmung der WHO gelten, nach der auch das vollständige soziale Wohlbefinden als wesentliche Komponente des Gesundheitsens anzusehen ist.

Da G. Voraussetzung und Komponente der Persönlichkeitsentwicklung wie auch einer befriedigenden Lebensgestaltung von Individuen ist, verkörpert sie einen bedeutenden individuellen und sozialen Wert, der (auch) die Mitwirkung der Medizin an ihrer Erhaltung und Förderung herausfordert. ‚Gesundheitsvorsorge‘ mit den der Medizin verfügbaren Mitteln umfaßt dabei alle Erkenntnisse und Maßnahmen, mit deren Hilfe gesundheitsschädigende Bedingungen erfaßt und eliminiert werden können, sowie (auch) solche Verfahren, die Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes bei Individuen frühzeitig zu ermitteln erlauben, um deren rechtzeitige Behandlung zu ermöglichen. ‚Gesundheitsförderung‘ setzt demgegenüber Einsichten und Mittel voraus, durch die körperliche und psychische Leistungspotenzen des Menschen systematisch gesteigert werden können, was im Regelfall durch Methoden des Trainings und der Konditionierung angestrebt wird. ‚Gesundheitserziehung‘ zielt immer darauf ab, Individuen durch Kenntnisvermittlung und Appell an die Eigenverantwortung zu befähigen, ihre Lebensweise angemessen zu gestalten, wobei rigide Anforderungen in der Regel wenig Chancen haben, ernst genommen zu werden, und die Stellung des Wertes von G. in der individuellen Hierarchie von bedeutsamen Werten wesentlich darüber entscheidet, wieweit relevante Risiken im persönlichen Interesse vermieden werden. Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sind Aufgaben, die weit über die Wirkungsmöglichkeiten der Medizin hinausreichen und solche gesellschaftlichen Bedingungen erfordern, die den Individuen eine optimale Gestaltung von Lebensvollzügen ermöglichen.

Da die Medizin aus der erfahrungsbegründeten Heilkunde entstand und ihre hauptsächliche Aufgabe deshalb vornehmlich in der heilenden Hilfe für Kranke und Leidende gesehen wurde, besitzt der Begriff der K. für sie eine zentrale Bedeutung. K. (gr. nosos; lat. morbus) bezeichnet dabei zunächst jene Verfassung des individuellen menschlichen Lebens, bei der erhebliche Störungen im Vollzug

der Lebensfunktionen Beeinträchtigungen der Lebensäußerungen und des Wohlbefindens hervorrufen. Die mit dem Betroffensein durch K. verbundenen subjektiven Folgen sind frühzeitig mit spezifischen Termini bezeichnet worden, u. a. als zusätzliche Zustände des Leidens (gr. pathos) oder des Unwohlseins (lat. aegritudo), wobei K. dann den Charakter eines objektiven Prozeßgeschehens zugeschrieben erhielt, das sich unabhängig vom Willen der Betroffenen nach besonderen Regelmäßigkeiten vollzieht und mit oder ohne ärztliche Hilfe in Gesundheit, bleibender Behinderung oder dem Tode enden kann (Seidler 1978; Schipperges 1978). Von den Krankheiten zu unterscheiden sind die Behinderungszustände des menschlichen Daseins, die auch im Gefolge von genetisch bedingten Mißbildungen oder gravierenden Schädigungen im Verlaufe des Lebens entstehen können, und die Verletzungen, die durch plötzliche äußere Gewalteinwirkungen auf den Organismus hervorgerufen werden. Die Grenzziehungen zur K. sind dabei fließend; chronisch verlaufende Erkrankungen können Behinderungszuständen weitgehend gleichen, auch Behinderungen und Verletzungen erfordern und erfahren medizinische Fürsorge und Behandlung.

Die Auffassungen darüber, was Krankheiten ihrem Wesen nach sind, wie sie entstehen, in welchem Maße sie regelhaft oder gesetzmäßig verlaufen und wie sie vermieden oder geheilt werden können, haben sich im Verlaufe der Entwicklungsgeschichte der menschlichen Kul-[445]tur und der medizinischen Erkenntnis vielfach gewandelt. Seit der Entstehung der Medizin als Wissenschaft richtet sich das erkennende Bemühen darauf, methodisch gesicherte Einsichten zu gewinnen und in systematischer Ordnung handlungsorientierend darzustellen, wobei ursächliche Erklärungen (Ätiologie), die Erfassung des Prozeßcharakters von Krankheitsvorgängen (der Pathogenese), die Klassifikation von nach Ursache, Verlauf und Symptomatik gleichartigen Krankheitseinheiten (Nosologie) sowie das Wissen um die bei der Krankheitserkennung (Diagnostik), -behandlung (Therapie) und wiederherstellenden Nachbetreuung (Rehabilitation) einsetzbaren Methoden und Techniken eine fortwährende Differenzierung erfahren haben. Soweit sich derartige Einsichten oder Annahmen logisch miteinander verknüpfen lassen und (auch) auf spezifischen Vorstellungen von den wesentlichen Merkmalen der normalen bzw. ungestörten Lebensvorgänge beruhen, bilden sie in sich geschlossene Krankheitskonzepte, von denen oft mehrere in konkurrierenden Beziehungen nebeneinander existieren und unterschiedliche Formen des ärztlichen Handelns begründen.

Die Erforschung und systematische Erklärung der im menschlichen Krankheitsgeschehen wirksamen Gesetze ist die Aufgabe der Pathologie, die dabei jedoch neben den Ergebnissen ihrer mit naturwissenschaftlichen Forschungstechniken ausgeführten Untersuchungen auch die Erkenntnisse und Erfahrungen anderer Forschungs- und Praxisbereiche der Medizin zu beachten hat; innerhalb der Pathologie wird dabei zwischen der speziellen Pathologie, die spezifische Krankheitsprozesse wie etwa Entzündungen oder Gewebeneubildungen bearbeitet, und der allgemeinen Pathologie mit der Funktion der theoretischen Verallgemeinerung unterschieden. Ein wichtiges Charakteristikum der in der bisherigen Geschichte der Medizin entwickelten Krankheitskonzepte besteht darin, daß sie jeweils als besonders bedeutsam angesehene Aspekte und Dimensionen des organismischen Lebensgeschehens zum Ausgangspunkt der Krankheitserklärung zu nehmen bemüht waren, wovon u. a. die Modelle einer Humoral-, einer Erregungs-, einer Gewebe- und einer Zellulärpathologie zeugen, die in sich vielerlei Modifikationen aufweisen und jeweils über längere Zeiträume Anerkennung fanden (Rothschuh 1978).

Die geschichtliche Aufeinanderfolge solcher Konzepte steht in enger Beziehung zur Entwicklung der methodischen Voraussetzungen zur wissenschaftlichen Erfassung von Lebensvorgängen, wobei die Erweiterung der Möglichkeiten zur Analyse molekularer Strukturen und biochemischer Regulationsvorgänge im subzellulären Bereich gegenwärtig weitere Differenzierungen unserer Einsichten in die biotischen Grundlagen von Erkrankungsprozessen hervorbringt. Seit einigen Jahrzehnten gilt das Hauptinteresse der Pathologie den Bedingungen und Prozessen der homöostatischen Regulation der Organismus-Umwelt-Beziehungen, die durch spezifische Systeme der hormonalen und der nervalen Steuerung von Adaptationsvorgängen im Organismus realisiert werden. Vorübergehende oder dauerhafte Beeinträchtigungen dieser adaptiven Reaktionsmöglichkeit im Gefolge von genetisch bedingten oder sonstigen inneren oder äußeren Einflüssen führen dann zu Destabilisierungen des geordneten

Zusammenwirkens organismischer Lebensfunktionen und damit zu spezifischen pathologischen Reaktionen, deren Wirkungen als Symptome von Erkrankungen in Erscheinung treten. Als ein typisches Beispiel solcher Zusammenhänge kann die durch Viren hervorgerufene Schwächung der natürlichen immunologischen Abwehrreaktionen auf verschiedene äußere Krankheitserreger gelten, deren Existenz die unter normalen Bedingungen einsetzenden Kompensationsfunktionen bei Infektionen ausbleiben läßt und damit spezifische Krankheitsverläufe bedingt.

Auf der Ebene des organismischen Lebensgeschehens kann K. demnach als gesetzmäßige Abfolge metabolischer und struktureller Reaktionen und Veränderungen aufgefaßt werden, die im Ergebnis der Einwirkung pathogener Faktoren und als Ausdruck bedeutsamer Störungen von Regulationsmechanismen auftreten und eine spezifische Pathogenese konstituieren. Da die relevanten Regulationsvorgänge des organismischen Lebens individuell verschiedenartige Ausprägungen mit partiell unterschiedlichen Toleranzgrenzen besitzen, bestimmen sie auch das Maß der pathogenen Bedeutung von Störungsfaktoren, deren Wirksamkeit in dem einen Falle ohne Schwierigkeiten kompensiert werden kann und in einem anderen Falle folgenschwere Destabilisierungen auszulösen vermag (Hecht u. a. 1982).

Bei einem ausreichend weiten Verständnis der Komplexität der menschlichen Lebensfunktionen können in die derzeit anerkannten Konzeptualisierungen der modernen funktionellen Biopathologie auch psychische Regulationsprozesse integriert werden, wobei vor allem emotionale Reaktionen auf spezifische Umwelteinwirkungen aus dem sozialen Lebensraum über komplizierte und bislang nicht vollständig aufgeklärte physiologische Vermittlungsglieder in pathogenetische Prozesse einmünden können und damit relativ eigenständige psychosomatische Erkrankungen auszulösen vermögen. Über den Charakter solcher Prozesse, die dabei hauptsächlich wirksamen pathogenen Faktoren und die sich für solche Erkrankungen ergebenden Konsequenzen der Behandlung existieren jedoch sehr unterschiedliche Auffassungen, weshalb (auch) neben neueren integrativen Krankheitskonzepten solche weiter Anerkennung finden, die K. ausschließlich als somatisches Geschehen betrachten, wie auch solche, die der psychischen Verursachung menschlichen Krankheitsgeschehens eine herausragende Bedeutung beimessen (Uexküll/Wesiack 1988).

Einen besonders komplizierten Problembereich jeder allgemeinen Krankheitslehre bilden die psychischen Erkrankungen, die sich in gravierenden Abwandlungen der Erlebnisweisen und einer dadurch bedingten Einschränkung der Fähigkeiten von Personen zur eigenständigen Lebensgestaltung in der Entscheidungs-, Kommunikations- und Handlungssphäre äußern und die eine spezifische Entwicklungsdynamik psychopathologischer Reaktionsformen aufweisen. Die dieser Gruppe menschlicher Erkrankungen zugehörenden Formen von Störungen werden hinsichtlich ihrer Eigenartigkeit und ihrer Verursachung sehr verschiedenartig beurteilt, wobei in vielen Fällen sehr unscharfe Grenzen zwischen den als krankhaft bewerteten Zuständen und den vorwiegend aus sozial-normativen Perspektiven als ‚abweichend‘ oder ‚unnormale‘ angesehenen Verhaltensbesonderheiten zu beachten sind und der ätiologische Erkenntnisstand im wesentlichen als noch unzureichend gelten muß. Ebenso wie bei den psychosomatischen Erkrankungsformen bleiben auch in diesem Bereich wirksame Wandlungen der psychischen Funktionen an die Leiblichkeit des Menschen gebunden, da sie durch Organe und Prozesse des Nervensystems getragen werden; die sozialen und individuell-lebensgeschichtlichen Bedingungen verdienen hier jedoch besondere Beachtung, da sie die konkreten psychopathologischen Reaktionen weitgehend determinieren (Simon 1988).

Für alle menschlichen Erkrankungen gilt schließlich nicht nur, daß für sie eine objektiv erfaßbare regelhafte Verlaufsform und je spezifische Symptomkonstellationen charakteristisch sind, die im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses steht, sondern auch, daß sie menschliche Leidenszustände darstellen, auf die in je individuellen Weisen von den betroffenen Subjekten reagiert wird und die in einer humanen Medizin ausdrücklich Aufmerksamkeit finden müssen. In dem besonderen Terminus ‚Kranksein‘ wurde versucht, dieses Betroffensein auszudrücken, wobei für die damit verbundenen subjektiven Reaktionen Regelmäßigkeiten angenommen werden – etwa für die Aneignung und den Einsatz von charakteristischen ‚Bewältigungsstrategien‘ –, die im besonderen von der Medizinischen Psychologie untersucht werden und inzwischen auch im internationalen Maßstab Eingang in die ärztliche Ausbildung gefunden haben. Auch auf dieser Ebene sind die sozialen und

kulturellen Existenzbedingungen der Menschen von großer Bedeutung für die dominierenden psychischen Reaktionsmuster, bedingen sie doch vor allem, welche Sorgen sich mit den durch K. bewirkten Veränderungen in den sozialen Rollen verbinden, welche Handlungsspielräume den betroffenen Individuen verbleiben, welches Maß an menschlicher Fürsorge und Zuwendung auch bei langdauernden und mit erheblichen Leistungsbeeinträchtigungen verbundenen Erkrankungen erwartet werden kann und welche Toleranzgrenzen gegenüber bleibenden Behinderungen oder der Andersartigkeit des Verhaltens wirksam werden.

Die in der Medizin zu jedem historischen Zeitpunkt existierenden theoretischen Vorstellungen über die Phänomene der G. und K. knüpfen in verschiedener Weise auch an philosophische Auffassungen von den Wesensbestimmungen des menschlichen Lebensgeschehens an, wobei in früheren Zeiten die von der Philosophie und von der Theologie entworfenen Menschenbilder einen weitaus stärkeren Einfluß auf das medizinische Denken ausübten als in der Gegenwart (Diepgen u. a. 1969). Besonders deutlich sind solche Beziehungen bei der Interpretation der Zweckmäßigkeit bzw. der teleonomischen Verfassung des organismischen Lebens, bei der Bewertung des prinzipiellen Gewichts psychischer und sozialer Komponenten des Lebensgeschehens sowie bei allen Stellungnahmen zur Sinnhaftigkeit und zu Wertfragen beim Krankheitsgeschehen (Rothschuh 1976; Hartmann 1973).

Systematische Erörterungen der mit diesen Themen verbundenen Fragen sind in der philosophischen Literatur der Gegenwart relativ selten; soweit sie vorliegen, stammen sie überwiegend von Medizinern, die die philosophischen Voraussetzungen und Konsequenzen ihrer Auffassungen zu Grundsatzfragen der Pathologie ge-[447]sondert zu erfassen bemüht sind. Besondere Bezugnahmen auf die bedeutenderen eigenständigen Schulen des philosophischen Denkens sind dabei kaum erkennbar. Größere Aufmerksamkeit fanden in den letzten Jahren in der theoretischen Debatte die mit dem Gebrauch der Begriffe G. und K. verbundenen sozialen Wertungen sowie die sich daraus ergebenden Fragen der Handhabung der Medizin als sozialer Ordnungsmacht, beispielsweise auch im Hinblick auf die unbestreitbare Kontrollfunktion psychosozialer Dienste und Versorgungseinrichtungen gegenüber als sozial problematisch angesehenem Verhalten (Timm 1987; Keupp 1987). Diese Themen werden weiterhin aktuell bleiben und in dem Maße an Relevanz gewinnen, wie der Ausbau des Versorgungssystems Entscheidungsfragen zu Prioritäten aufwirft und die Betonung der Eigenverantwortung der Individuen für die Gesunderhaltung in der Gefahr steht, mit unbilligen Schuldzuweisungen und restriktiven Eingriffen bei Erkrankungen mit angenommenen Risiken für die soziale Gemeinschaft verkoppelt zu werden.

Aus der Sicht der marxistischen Weltanschauung sind Stellungnahmen zu den theoretischen Grundsatzfragen der ‚Allgemeinen Krankheitslehre‘ in den letzten zwei Jahrzehnten häufiger erfolgt, wobei jedoch auch hier die Positionen unterschiedlich beschaffen sind und noch keinen Konsens in der Bewertung von Einzelfragen ersichtlich werden lassen (Hecht 1987). Als dominierender Trend solcher mit heuristischer Intention vorgestellten Positionen kann jedoch die Kritik an allen Krankheitskonzepten angesehen werden, die der Subjektivität und der sozialen Existenzform des menschlichen Lebens keinen Raum geben, wie auch die kritische Beurteilung solcher Annahmen, die als spekulativ gelten müssen, beispielsweise dann, wenn sie jeder Art von Krankheitsgeschehen einen verborgenen subjektiven Sinn zuschreiben (Thorn/Weise 1974; Löther 1974; Serschantow u. a. 1980). Da sich die marxistische Philosophie als Weltanschauung begreift, die mit dem Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis und mit dem Wandel der sozialen Lebensformen und menschlichen Bedürfnisse (auch) selbst Bereicherungen und Modifikationen wichtiger Annahmen erfahren muß, wird die Beziehung zur Allgemeinen Krankheitslehre der Medizin und deren Fragen ein offenes Reflexionsfeld bleiben, in dem unterschiedliche Standpunkte auch in Zukunft zur Geltung kommen werden. Philosophische Beiträge zum theoretischen Fortschritt und zu den schwierigen Problemen der humanen Gestaltung medizinischen Wirkens werden im interdisziplinären Diskurs dazu beitragen können, einseitige Urteilsbildungen und problematische Praxisformen zu minimieren und neue Zugänge zur Lösung tradierter Probleme zu finden; sie setzen jedoch eingehende Sachkenntnis der relevanten medizinischen Problemsituationen und deren historischer Entwicklungen voraus und sind insofern nicht ohne systematische Forschungsarbeit zu gewinnen.

CASTEL, R., 1979, Die psychiatrische Ordnung. Das Goldene Zeitalter des Irrenwesens, Frankfurt/M. DIEPGEN, P./G. B. Grober/H. Schadewaldt, 1969, Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik. In: Handbuch der Allgemeinen Pathologie, Bd. 1., Berlin/Heidelberg/New York. HARIG, G./J. Kollesch, 1981, Gesellschaftliche Aspekte der antiken Diätetik. In: D. Tutzke (Hg.), Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte, Jena. HARTMANN, F., 1973, Ärztliche Anthropologie. Das Problem des Menschen in der Medizin der Neuzeit, Bremen. HECHT, A., 1987, Zur Dialektik des Krankheitsbegriff. In: Zentralbl. allg. Pathol. pathol. Anat. 133, H. 1. HECHT, A./A. Thom/K. Weise, 1982, Zur Wesensbestimmung der Krankheit. In: Dtsch. Gesundh. Wesen 37, H. 43. KEOPP, H., 1987, Psychosoziale Versorgung. In: H. Eyferth/H.U. Otto/H. Thiersch (Hg.), Handbuch zur Sozialarbeit – Sozialpädagogik, Neuwied/Darmstadt. LÖTHER, R. (Hg.), 1974, Medizin, Menschenbild und sozialbiologisches Problem, Berlin. MILLES, D./R. Müller (Hg.), 1985, Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt/M./New York. ROSEN, G., 1975, Die Entwicklung der sozialen Medizin. In: H. Deppe/M. Regus (Hg.), Seminar Medizin, Gesellschaft, Geschichte, Frankfurt/M. ROTHSCUH, K. E., 1976, ‚Krankheit‘. In: J. Ritter/K. Gründer (Hg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 4, Basel/Stuttgart. ROTHSCUH, K.E., 1978, Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart, Stuttgart. SCEPIN, O./G. I. Caregorodzev/W. Erochin, 1987, Medizin im Sozialismus. Theoretische Positionen und gesellschaftliche Grundlagen in der UdSSR, Berlin. SCHIPPERGES, H., 1978, Antike und Mittelalter. In: H. Schipperges/E. Seidler/P.U. Unschuld (Hg.), Krankheit, Heilkunst, Heilung, Freiburg/München. SCHIPPERGES, H., 1978, Motivation und Legitimation des ärztlichen Handelns. In: ebd. SCHRÖDER, H., 1984, Medizinisch-psychologische und philosophisch-ethische Aspekte der Bewertung menschlichen Leistungsverhaltens in der sozialistischen Gesellschaft, Z. gesamte Hyg. 30, H. 10. SEIDLER, E., 1978, Primärerfahrung von Not und Hilfe. In: H. Schipperges u. a. (Hg.), Krankheit, Heilkunst, Heilung, Freiburg/München. SERSHANTOW, W./P. Makkawejski, 1980, Organismus–Persönlichkeit–Krankheit. Ein Beitrag zu den philosophischen und biologischen Grundlagen der Medizin, Jena. SIMON, F. B., 1988, Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik, Berlin/W./Heidelberg/New York. THOM, A./K. Weise, 1974, Medizin und Weltanschauung, Leipzig/Jena/Berlin. TIMM, W., 1987, ‚Gesundheit und Krankheit‘. In: H. Eyferth/H. U. Otto/H. Thiersch (Hg.), Handbuch zur Sozialarbeit–Sozialpädagogik, Neuwied/Darmstadt. TUTZKE, D., 1981, Inhaltliche und methodische Entwick-[448]lungstrends der Gesundheits-erziehung von der Renaissance bis zum 19. Jahrhundert. In: Tutzke, D. (Hg.), Zur gesellschaftlichen Bedingtheit der Medizin in der Geschichte, Jena. UEXKÜLL, Th. v./W. Wesiack, 1988, Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München/Wien/Baltimore. VONESSEN, K., 1974, ‚Gesund, Gesundheit‘. In: J. Ritter/K. Gründer (Hg.), Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 3, Basel/Stuttgart.

Achim Thom, Leipzig

Quelle: Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften. Hrsg. v. Hans Jörg Sandkühler. Band 2 F–K, Felix Meiner Verlag Hamburg 1990.