

Gesundheitsmaße oder: wie gesund wollen (können) wir sein?

Jürgen Mittelstraß

Gesundheit, was ist das? Die Frage scheint überflüssig zu sein. Schließlich empfinden wir Gesundheit als Normalität, Krankheit als Störung derselben; und schließlich ist die Welt voller guter Ratschläge, wie wir leben sollen, um gesund zu sein oder zu bleiben. Oder ist doch etwas dran an dem medizinischen Kalauer, dass Gesundsein nur bedeutet, nicht hinreichend gründlich untersucht worden zu sein? Ist Krankheit die Normalität? Auch trifft der hier nach Klarheit suchende Blick in Enzyklopädien und Lexika häufig nur auf einen Hinweis auf Krankheit. Gesundheit – siehe Krankheit. Ist, wie so oft, vor dem philosophischen Blick das Selbstverständliche das in Wahrheit Unverständliche, Erklärungsbedürftige? Vieles spricht im Falle von Gesundheit dafür. Was aber bedeutet dies für unser Selbstverständnis von Gesundheit und Krankheit und für ein Gesundheitssystem, das vielleicht gar nicht weiß, was Gesundheit ist?

Im Folgenden einige kurze Bemerkungen zum Verhältnis von Gesundheit und Krankheit und zur Frage eines Maßes der Gesundheit – unter einer anthropologischen und gesundheitspolitischen Perspektive.

Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit, nicht nur in der Lebenswelt nah, sondern auch im Mittelpunkt der medizinischen

Kunst und der medizinischen Forschung stehend, sind schwierige Begriffe – eben weil sie lebensweltlich so vertraut sind.¹ Tatsächlich ist allen Definitionen von Gesundheit, die auf einen absoluten Gegensatz zu Krankheit, und allen Definitionen von Krankheit, die auf einen absoluten Gegensatz zu Gesundheit zielen, zu misstrauen. Und dies nicht etwa nur deshalb, weil gesund kein ‚objektiver‘ Zustand ist, der sich mit naturwissenschaftlicher Sicherheit bestimmen ließe, sondern weil die Vorstellung, Gesundheit sei das Normale und Krankheit ein Defekt, der um der Normalität willen wieder beseitigt werden müsse, selbst von einem gravierenden Missverständnis zeugt.

Die Wahrheit, nicht nur die wissenschaftliche Wahrheit, ist, dass uns Gesundheit wie Krankheit in allen Phasen unseres natürlichen Lebens begleiten, dass Krankheit ebenso natürlich ist wie Gesundheit, d. h., dass beide zu unserer biologischen Natur gehören wie zur Natur eines jeden Lebewesens. Wären wir gesund im Sinne von perfekt gesund, hätten wir unsere biologische Natur verlassen, nicht etwa – im Sinne einer tieferen Bestimmung unseres biologischen Wesens – erfüllt. Wir wären zu den Göttern, zumindest den Halbgöttern, übergewechselt, wären wie Achill, der zwar nicht unsterblich, aber – bis zu seinem Tode – konstant jung, medizinisch gesprochen: konstant gesund auf höchstmöglichem jugendlichen Niveau, war. Nun sind wir aber keine Götter und auch keine Halbgötter, weshalb der Biologe auch im Blick auf das relative Verhältnis von Gesundheit und Krankheit von biologischer Normalität sprechen wird.

Dieser Normalität, dem Umstand, daß wir selten völlig gesund und – gottlob – selten völlig krank sind, und beides häufig auch noch wahrnehmungsabhängig ist, entspricht denn auch kein absoluter, sondern ein *pragmatischer* (nicht unbedingt relativer) Gesundheitsbegriff. Um mit Bestimmtheit sagen zu können, was Gesundheit ist, müssten

wir, auch wenn das paradox klingen mag, schon wissen, wie gesund wir sein wollen. Schließlich gibt es, noch einmal, keine wirklich objektiven und damit absoluten Gesundheitsstandards.

Ein pragmatischer Gesundheitsbegriff wäre ein solcher, der als gesund denjenigen Menschen bezeichnen lässt, der in seiner Leistungsfähigkeit durch körperliche oder psychische Leiden und Gebrechen nicht eingeschränkt ist, jedenfalls nicht so, dass er die seinem Alter entsprechenden üblichen Leistungen nicht zu erbringen imstande wäre. Auch damit ist – abgesehen davon, dass ein derartiger Begriff von mehr Pessimismus als Optimismus zeugen mag – gewiss so etwas wie Normalität beschrieben, aber eben nicht eine solche, die wissenschaftlich definierbar wäre, sondern die den eingespielten und gesellschaftlich akzeptierten Lebensformen und deren erwarteten oder gewünschten individuellen Realisierungen entspricht. Gesundsein bedeutet hier nicht, die Leistungen eines Leistungssportlers erbringen zu müssen, aber eben auch nicht, ein definiertes Maß von Gesundheit zu erfüllen. Oder anders, evolutionsbiologisch formuliert: Da es für keine Spezies, auch nicht für die Spezies Mensch, eine genetisch definierte Norm gibt, die von dem genetisch idealen Menschen zu reden erlaubte, gibt es auch keine durch die Natürlichkeit des Menschen definierte Gesundheitsnorm, die im individuellen Fall dann wohl die perfekte Gesundheit ausmachen müsste. Dennoch ist ein pragmatischer Gesundheitsbegriff nicht der wissenschaftliche oder gebildete Normalfall.

Gegen ihn steht nicht nur die utopisch erscheinende und deswegen auch vielbelächelte WHO-Definition von Gesundheit, die diese als einen „Zustand des umfassenden körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens“ (state of complete physical, social and mental well-being), also nicht lediglich als das „Freisein von Krankheit oder Behin-

derung“ (absence of disease or infirmity), beschreibt², sondern stehen auch geradezu lehrbuchmäßig anmutende Versuche, trotz der genannten Schwierigkeiten einen objektiven Begriff von Gesundheit zu bestimmen. Ein Beispiel dafür ist, wenn Gesundheit als „objektiver, bio-medizinisch überprüfbarer Status“ bezeichnet wird.³ Gemeint ist „der messtechnisch nachweisbare physiologische Status bezogen auf die medizinisch tolerablen Grenzwerte, den ein Individuum nach der ‚herrschenden‘ Lehrmeinung einnehmen muss, wenn es als ‚gesund‘ angesehen werden soll. Krankheit bedeutet die Abweichung von den angegebenen Grenzwerten, d. h. sie ist der Ausdruck einer medizinischen Stigmatisierung körperlichen Verhaltens bzw. eines körperlichen Zustandes. Die Abweichung muss behandelt, der Körper muss wieder eintariert werden“.⁴ Gesundheit wird hier als ein (wieder) herstellbares (biologisches) Gut verstanden, die Medizin als ein gegebenes oder zu erreichendes objektives Wissen.

Der Verwissenschaftlichung der Medizin und ihres Gesundheitsbegriffs scheinen, folgt man diesen Bestimmungen, keine Grenzen gesetzt zu sein. In die gleiche Richtung weist die Bemerkung, Gesundheit sei „eine *herstellbare, beherrschbare* und *berechenbare* Sache geworden“.⁵ Das ist sie, nicht nur aus der Perspektive der kurativen Medizin, mit Sicherheit nicht, was erneut allein schon die Schwierigkeit deutlich macht, genau zu sagen, wie gesund eigentlich der Gesunde sein soll. Denn, noch einmal: Auch die Medizin vermag nicht zu sagen, wie gesund wir leben sollen, sondern nur, wie wir leben sollen, wenn wir schon wissen, wie gesund wir sein wollen. Gesundheit ist eben weder ein „disponibles öffentliches Gut“⁶ – auch wenn die Gesundheitspolitik derart mit ihr umgeht –, noch ein objektiver Begriff, und für den Begriff der Krankheit gilt das gleiche.⁷

Maße

Bedeutet dies, dass wir von allen begrifflichen Bestimmungen von Gesundheit, auch solchen allgemeiner Art, Abstand nehmen sollten, es folglich auch kein Maß der Gesundheit oder für die Gesundheit gibt? Maß hier verstanden als ein Ordnungsbegriff, der in regulativer Bestimmung im Sinne eines Oberbegriffs etwa zu den Begriffen der Norm und der Regel, aber auch zu allen anderen Handlungen regelnden Begriffen verstanden werden kann. In der Ethik tritt der Begriff des Maßes z. B. in der Bedeutung von Tugend oder, damit verbunden, in Form der so genannten Aristotelischen Mesotes-Lehre, d. h. der Stellung einer Tugend (bzw. Tüchtigkeit) zwischen zwei zueinander polar-konträren Untugenden, auf, in der Erkenntnistheorie z. B. in Form des so genannten Homo-mensura-Satzes, wonach der Mensch das Maß aller Dinge, d. h. die eigentliche ‚maßgebende‘ Instanz, ist. Wo immer wir es mit dem Leben, unserem Leben, zu tun haben, geht es um das richtige Maß, ein Maß, das uns weder unser Wissen um die Naturgesetze, noch Eingebungen höherer Art zu erkennen geben.

Maße, die sich auf die Gesundheit beziehen, scheinen nun ohnehin, wie bemerkt, nur über Krankheitsmaße, in diesem Falle als Abwesenheit von Krankheit, beschreibbar zu sein. Und tatsächlich wird Krankheit in einem ganz anderen, sehr viel konkreteren Sinne als Gesundheit erfahren, und beziehen sich auch das medizinische Wissen und die ärztliche Kunst in erster Linie auf Phänomene der Krankheit, nicht auf Phänomene der Gesundheit. Doch dies ist noch kein ausreichender Grund, um nun auch in systematischer Weise den Gesundheitsbegriff allein über den Krankheitsbegriff zu bestimmen. Wäre Gesundheit tatsächlich nur über die Abwesenheit von Krankheit bestimmbar, hätte dies ja offenbar auch vom Begriff der Freiheit – als Abwesenheit von Zwang bzw. Unfreiheit –

und vom Begriff des Glücks – als Abwesenheit von Not bzw. Unglück – zu gelten. Unsere Schwierigkeiten, diese Begriffe genauer zu bestimmen, lägen dann an der anhand der Begriffe Gesundheit und Krankheit dokumentierten (vermeintlichen) Einsicht, dass an die Stelle einer positiven Bestimmung eine negative Bestimmung zu treten habe, nur die Abwesenheit-von (in diesen Fällen von Unfreiheit und Unglück) das Gegebensein-von (in diesen Fällen von Freiheit und Glück) beschreiben bzw. erklären zu können.

So ist es aber nicht. Bereits die Sprache hebt eine Erinnerung daran auf, daß Orientierungen nicht, jedenfalls nicht in erster Linie, negativ formuliert werden. Neben den genannten Beispielen Freiheit – Unfreiheit, Glück – Unglück ließen sich z. B. nennen: Gerechtigkeit – Ungerechtigkeit, Selbstbestimmung – Fremdbestimmung, Tugend – Untugend, Wissen – Unwissen, Glaube – Unglaube. Das ist auch in anderen Sprachen so, z. B. in der griechischen Sprache, der wir viele unserer theoretischen (philosophischen wie wissenschaftlichen) Unterscheidungen verdanken; hier tritt mit dem α -privativum eine negative Bestimmung an die positive (z. B. in α -θεος, gemeint ist derjenige, der Gott nicht verehrt). Entsprechend befasst sich auch die philosophische und wissenschaftliche Tradition im wesentlichen mit der Herausarbeitung positiver Bestimmungen dieser und anderer Begrifflichkeiten, d. h., sie gibt sich gerade nicht damit zufrieden, das Positive über das Negative zu bestimmen. Sollte es bei Gesundheit und Krankheit anders sein?

Entgegen dem üblichen Eindruck und dessen lexikalischer Bestätigung muss dies nicht der Fall sein. Es gibt auch andere Wege, Gesundheit näher zu bestimmen bzw. Gesundheitsmaße anzugeben. Den Ausgangspunkt mag wiederum die belächelte WHO-Definition bilden. Diese sucht ersichtlich einen Zustand zu bestimmen, der so niemals gegeben ist, der uns alle zu Kranken macht und des-

sen Realisierung in den Sternen steht (und da offenbar, wirkungslos für uns Irdische, gut aufgehoben ist). Doch das ist eben nicht alles, was sich hier sagen lässt. Dass ein Zustand (mit Gründen) nicht realisierbar ist, heißt nicht, dass seine nähere Bestimmung sinnlos ist. Wieder sei darauf hingewiesen, dass dies dann auch in den Fällen von Freiheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Glück gelten müsste. Tatsächlich handelt es sich hier (in der Terminologie Kants) um *regulative Ideen*, um reine Vernunftbegriffe. Diese bestimmen ein Ziel, ein Maß, eine Orientierung, die zugleich das Maß einer Annäherung an eine Idee bestimmbar machen – im Unterschied zu *konstitutiven* (Verstandes-)Begriffen, mit denen nach Kant Objekte der Erfahrung durch Anwendung unserer Begriffe auf Erscheinungen konstituiert werden.

Mit anderen Worten: Nicht-Erreichbarkeit, d. h. der Umstand, dass Begriffe in der Rolle von Ideen nicht rein realisiert werden können, in diesem Fall der Begriff bzw. die Idee der Gesundheit, dass ihnen kein reines Korrelat in der Erfahrung gegeben werden kann, bedeutet nicht, dass sie damit ihren Sinn verlieren bzw. nur negativ, als Abwesenheit von definiert werden können. In einer philosophischen Terminologie handelt es sich eben um Ideen, die unser Tun und unser Selbstverständnis bestimmen, und dies durchaus auch in der Form, dass sie sich auf konkrete Zustände, Vorgänge und Regelungsbedürfnisse anwenden lassen. Einschränkungen können hier faktischer Art sein (die Bedingungen sind nicht so) oder eben prinzipieller Art (kein reines Maß ist realisierbar), nur spricht dies, noch einmal, nicht gegen die Wirksamkeit und die nähere Bestimmbarkeit von (regulativen) Ideen.

Im Falle des Begriffs oder, nunmehr genauer, der Idee der Gesundheit betrifft die Aufgabe einer näheren Bestimmung vor allem eine Standardsetzung. Diese wird unter anderem durch ökonomische und gesundheitspolitische Gegeben-

heiten erzwungen und sollte so erfolgen, dass Gesundheitsstandards als anthropologische und gesundheitspolitische Maße aus Prinzipien, d. h. in diesem Falle den auf Gesundheit anwendbaren Prinzipien, über bestimmte Normierungen (Normen) eine Institutionalisierung erfahren. Dabei hätte der Schritt über die Normierung eine Explikation von Gesundheit sowohl im konstitutiven als auch im regulativen Sinne zu leisten. Der Übergang zur Standardisierung betrifft schließlich die Einbettung in einen konkreten gesellschaftlichen Zusammenhang, d. h., es ist der Übergang in einen institutionellen, z. B. gesundheitspolitischen, Kontext. Dieser, nicht die Idee der Gesundheit selbst, erzwingt eine Standardisierung. Im übrigen wird hier deutlich, dass es auch darum gehen wird, Gesundheitsstandards von Krankheitsstandards zu unterscheiden. Von Gesundheit sprechen wir stets im Singular, von Krankheit im Plural. Entsprechend werden Krankheitsstandards *variante* oder *kontingente* Standards sein (jede Krankheit hat ihre Standards), Gesundheitsstandards *absolute* Standards, absolut in dem Sinne, dass es nicht unterschiedliche Gesundheit gibt, sehr wohl aber unterschiedliche Krankheiten. Das schließt natürlich einen historischen Wandel von Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitsstandards nicht aus, insofern diese eben unter anderem, wie die Krankheitsstandards auch, soziale Standards sind, d. h. in bestimmten Hinsichten abhängig von unterschiedlichen kulturellen Gegebenheiten. Absolut hier also nur bezogen auf die Einheit der Idee, wie in unserem Falle die Einheit der Idee der Gesundheit.

Anthropologische Grundsituation

Es dürfte auf dem Hintergrund der zu Beginn gemachten Bemerkung über die biologische Normalität von Gesund-

heit und Krankheit, ganz gleich, welcher Art die Maße sind, mit denen man Gesundheit (und Krankheit) näher zu bestimmen sucht, klar geworden sein, dass die Vorstellung, dass es ein (menschliches) Leben ohne Krankheit geben könne, nicht nur an science fiction erinnert, damit möglicherweise doch eine Zukunft hat, sondern auch *anthropologischen* Einsichten widerspricht. Diese beziehen sich, wie bereits angedeutet, auf Erfahrungen der Kontingenz (niemand vermag ‚nach Plan‘, unter Einbeziehung aller Umstände, zu leben), der Begrenztheit (niemand kann sein Leben, oder Teile seines Lebens, auf Dauer stellen) und der Unverfügbarkeit (niemand hat alle Bedingungen seines Lebens in der Hand). Es sind Erfahrungen, die die *Endlichkeit* des Menschen ausmachen, in der deshalb auch die eigentliche (anthropologische) Grundsituation, die *conditio humana*, zum Ausdruck kommt. Zu eben dieser Grundsituation gehören auch Gesundheit und Krankheit. Gesundheit kann nicht auf Dauer bewahrt, Krankheit nicht auf Dauer überwunden werden. Gesundheit schließt Anfälligkeit (für Krankheit) nicht aus, Krankheit ist kein bloßer Defekt, auch wenn sie so erfahren werden mag.

Aus der Endlichkeit des menschlichen Lebens, die auch dessen Bedürftigkeit ausmacht, d. h. aus der so beschriebenen *conditio humana* folgt nicht zwangsläufig ein Anrecht auf die Erfüllung von Bedürfnissen. Wer dies dennoch meint, begeht, wie die Philosophen sagen, einen naturalistischen Fehlschluss, d. h., er schließt von einem Sein, hier der Bedürftigkeit des Menschen, auf ein Sollen, hier bezogen auf die Erfüllung von Bedürfnissen. Dies gilt, zunächst einmal, auch im Falle von Gesundheit und Krankheit. Das heißt, wenn Gesundheit ein Bedürfnis ist und die Heilung von Krankheit auch, dann ist damit nicht von vornherein ein Anspruch auf Erfüllung dieser Bedürfnisse an den Anderen oder die Anderen, in diesem Falle an die Gesellschaft, impliziert – und damit eben auch ein *Sollen*. Dieses

ergibt sich vielmehr erst über ein *Moralprinzip*, etwa in Form der von Wilhelm Kamlah formulierten ‚praktischen Grundnorm‘: „Beachte, dass die Anderen bedürftige Menschen sind, wie Du selbst, und handle demgemäss!“⁸ Erst wenn ein derartiges Prinzip etabliert ist und auf Gesundheit und Krankheit als Formen der Bedürftigkeit angewendet wird, wird es zu einem *Solidarprinzip* – mit entsprechenden Konsequenzen für ein Gesundheitssystem.

Freiheit und Gleichheit

Kern eines Gesundheitssystems, das auf einem Solidarprinzip beruht, ist die Gegenseitigkeit der Ansprüche. Hier gehen, unter dem Gesichtspunkt des individuellen wie des gemeinsamen Nutzens, ‚gleiche‘ Individuen eine vertragliche Bindung ein, die auch Angehörige zukünftiger Generationen einschließt. Zugleich entsteht aus dem wechselseitigen Anspruch ein Anspruch an das Sozialsystem.

Dies ist auch die gegenwärtige Situation, allerdings so, dass die Grenzen der Leistungsfähigkeit dieses Systems, in Form des Gesundheitswesens, immer deutlicher hervortreten. Dieses System leistet schon lange nicht mehr, was man von ihm ‚idealerweise‘ erwarten könnte, nämlich die Erfüllung aller Bedürfnisse im Rahmen von Gesundheit und Krankheit. Grenzen (der Leistungsfähigkeit) des Gesundheitssystems werden zu Grenzen individueller Erwartungen und Freiheiten. Diese wiederum haben, wie gezeigt, auch ein anthropologisches Fundament, insofern in der Bedürftigkeit selbst eine unauflösbare Einschränkung, individueller wie kollektiver Art, gegeben ist. Endlichkeit, als Ausdruck der *conditio humana*, schließt Gleichheitsgrenzen ein. Das ist im Falle eines Gesundheitssystems trivial, als Reflexion auf die anthropologischen (und ethischen) Grundlagen eines Nachdenkens über Gesundheit und

Krankheit keineswegs. Hier geht es schließlich um vernünftige Maße im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, die auch vernünftige Maße für ein Gesundheitssystem sein könnten.

Zu diesen Maßen gehört nicht nur ein richtig verstandenes Solidarprinzip – richtig verstanden in dem Sinne, dass es auch mit differenzierten Formen von Gleichheit und Ungleichheit bzw. Ungleichheiten zwischen Gleichen umzugehen versteht –, sondern auch das Prinzip der *Eigenverantwortung*. Dieses muss denn auch wieder zum Mittelpunkt eines Gesundheitssystems werden, das das Prinzip der Solidarität nicht aus dem Auge verliert, dieses aber nicht, zu Lasten von Verantwortung und Freiheit, damit auch von verantworteter Freiheit, zum institutionellen Gleichmacher verkehrt.

Damit sind wir zugleich an den Fundamenten der modernen (bürgerlichen) Gesellschaft angelangt. Diese Fundamente bilden die Prinzipien der Gleichheit und der Freiheit.⁹ Während das *Prinzip Gleichheit* dem Postulat ‚sei gleich!‘ bzw. ‚verwirkliche den allgemeinen Willen!‘ Ausdruck verleiht, drückt sich im *Prinzip Freiheit* das Postulat ‚sei verschieden!‘ bzw. ‚verwirkliche den individuellen Willen!‘ aus. In diesem Sinne lässt sich, mit Blick auf eine differenzierte Gleichheit, auch zwischen einem *Prinzip Gerechtigkeit*, das „die eine Sozialität erst ermöglichende Gleichheit der Menschen“ befördern soll, und einem *Prinzip Freiheit*, das „die eine Individualität erst verwirklichende Verschiedenheit der Menschen“ schützen soll, unterscheiden.¹⁰ Es ist die Konkurrenz beider Prinzipien, durch die die bürgerliche Gesellschaft entsteht, insofern deren Profil eben nicht nur politisch gleiche, sondern auch ungleich individuierte Bürger bestimmen. Und diese Konkurrenz ist eine *dialektische* bzw. das Verhältnis der Prinzipien Freiheit und Gleichheit untereinander ist ein dialektisches, weil sich beide Prinzipien zu widerstreiten, logisch

einen Widerspruch zu bilden scheinen, obgleich sie – und nicht etwa die Auflösung der Dialektik und des Widerspruchs zugunsten des einen oder des anderen Prinzips – die bürgerliche Gesellschaft, und dann auch moderne demokratische Gesellschaften, konstituieren. Wo diese Dialektik zugunsten des Prinzips Gleichheit aufgehoben wird, entsteht die sozialistische Gesellschaft (in einer uns nur allzu vertrauten geschichtlichen Wirklichkeit); wo sie zugunsten des Prinzips Freiheit aufgehoben wird, entsteht die anarchische Gesellschaft, die sich zugleich als Gesellschaft selbst aufheben würde (weshalb es auch in der neueren Geschichte keine wirklich anarchischen Gesellschaften gibt).

Dieser Umstand sollte sich auch in einem Gesundheitssystem spiegeln, zumal in einem solchen, das an seine ökonomischen und institutionellen Grenzen stößt. Schließlich ist es nicht Sache eines kollektiven Systems, die Bedürfnisse des Einzelnen, auch die nach der Bewahrung von Gesundheit und der Überwindung von Krankheit, zu verwalten; und schließlich ist es Sache des Einzelnen, der Gesundheit, seiner Gesundheit, im System seiner Bedürfnisse und seiner Interessen den richtigen Platz einzuräumen bzw. die richtige Bedeutung zu geben – in ökonomischer wie in anthropologischer Hinsicht.

Anmerkungen

¹ Die folgenden Bemerkungen in direktem Anschluß an *Mittelstraß, J.:* Ethische Probleme auf dem Weg zur High-Tech-Medizin, Atemwegs- und Lungenkrankheiten. Zeitschrift für Diagnostik und Therapie 28 (2002), S. 426–434.

² Constitution of the World Health Organization, <http://policy.who.int>.

³ Nach *Erben, R. u. a.:* Die Ökologie des Körpers. Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In: Wenzel, E. (Ed.): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt 1986, S. 64.

⁴ Kickbusch, I. / Wenzel, E.: Risikoverhalten – die alltägliche Gesundheitsbewegung. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik, H. 17 (1981), S. 33.

⁵ Baier, H.: Gesundheit – öffentliches oder privates Gut? Über die Entfremdung des Arztberufes im Sozialstaat. In: Schaefer, H. u. a. (Eds.): Gesundheitspolitik. Historische und zeitkritische Analysen. Köln 1984, S. 147.

⁶ Baier, H., ebd.

⁷ Vgl. Gethmann, C. F.: Heilen: Können und Wissen. Zu den philosophischen Grundlagen der wissenschaftlichen Medizin. In: Beckmann, J. P. (Ed.): Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik. Berlin/New York 1995, S. 85ff.

⁸ Kamlah, W.: Philosophische Anthropologie. Sprachliche Grundlegung und Ethik. Mannheim 1973, S. 95.

⁹ Vgl. Mittelstraß, J.: Freiheit und Verantwortung. Der Bürger in der zivilen Gesellschaft. In: Sauberzweig, D. / Laitenberger, W. (Eds.): Stadt der Zukunft – Zukunft der Stadt. Baden-Baden 1998, S. 131–139.

¹⁰ Lorenz, K.: Vom Sein und vom Sollen. In: F. Hiller (Ed.): Normen und Werte. Heidelberg 1982, S. 16.

Gesundheit zwischen Anspruch und Realität – aus der Sicht des Psychiaters

Hanfried Helmchen

Der Anspruch des gesunden Menschen auf selbstbestimmte soziale Teilhabe und Unabhängigkeit wird durch psychische Krankheit oft erheblich beeinträchtigt oder gar zunichte gemacht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die psychische Krankheit früh beginnt und den jungen Menschen vor Abschluss seiner beruflichen Etablierung trifft, oder wenn lange Dauer oder häufige Rückfälle zum Verlust des Arbeitsplatzes und zu sozialer Diskriminierung oder gar zu Hilfsbedürftigkeit und völliger Abhängigkeit von anderen führen. Durch umfassende Unterstützung bei der Überwindung seiner Krankheit sowie im Umgang mit ihr und ihren Folgen sucht die Psychiatrie dem psychisch Kranken dabei zu helfen den Anspruch jedes Gesunden zu realisieren.

Damit ist neben dem Anspruch des psychisch Kranken auch der Anspruch der Psychiatrie genannt. Sie hat sich in den letzten 200, vor allem aber in den letzten 50 Jahren von einer fürsorgenden (und auch verwahrenden) zu einer therapeutisch und präventiv erfolgreichen Disziplin entwickelt. Insbesondere können (1) *akute* psychische Krisen und *Erkrankungen* – so wie auch sonst in der Akutmedizin – heute kurativ gut beherrscht werden. Auch vermag (2) die wirksame und deshalb heute als Standard angesehene Kombination von medikamentös-symptomsuppressiven, psychotherapeutisch-supportiven und rehabilitativ-kompensierenden Interventionen, *Rückfällen*, zu der viele psychische Krankheiten neigen, und auch deren *Chronifi-*