



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Krankheit: ein philosophischer Dialog mit der Medizin,
Gesellschaft und Schule.“

Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit.

verfasst von / submitted by

Nilgün Subayaz

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2020/ Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt/
degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 190 333 299

Studienrichtung lt. Studienblatt/
Degree programme as it appears on the student
record sheet:

Lehramtsstudium UF Deutsch
UF Psychologie und Philosophie

Betreut von/ Supervisor:

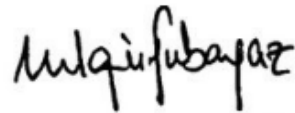
Dr. Donata Romizi, M. A.

Eidesstaatliche Erklärung

Ich, Nilgün Subayaz, erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeit zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Die eingereichte Diplomarbeit ist nicht anderweitig als Prüfungsleistung verwendet worden oder in deutscher oder in einer anderen Sprache als Veröffentlichung erschienen.

Wien, Januar 2020



Unterschrift Nilgün Subayaz

Gender-Hinweis:

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Diplomarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Art der Verwendung geschlechtsunabhängig und wertfrei für alle Geschlechter zu verstehen sein soll.

DANKSAGUNG

Vorab gilt mein Dank Frau Dr. Donata Romizi für die Unterstützung, die klärenden Gespräche und den fachlichen Austausch zu dieser Arbeit.

Ich danke meinen Freunden und meiner Familie, möchte aber besonders meinem Ehemann Ayhan, meinen Eltern Ayşe und Duran, meinen Nichten Melissa, Irem und Ecem, meinem Neffen Tolga und meinem Bruder Tamer danken für den emotionalen Rückhalt während meines Studiums und der Erstellung dieser Diplomarbeit.

Mein besonderer Dank gilt jedoch meiner verstorbenen Schwester Nilüfer, der ich diese Diplomarbeit widme, aus zweierlei Gründen: (1) Sie hat in mir ein Bewusstsein darüber geschaffen, was es bedeutet, eine kranke Person zu begleiten. (2) Sie hat mich dazu bewegt, zu einer Krebsvorsorgeuntersuchung zu gehen, was zu meiner Krebsdiagnose im Anfangsstadium führte. Die Folge daraus war, ein Bewusstsein auch davon zu gewinnen, selbst krank zu sein und mit einer chronischen Krankheit gut leben zu können.

Final möchte ich mit meiner Danksagung allen Menschen danken, die mich auf dem Weg des Studiums und der Anfertigung dieser Diplomarbeit begleitet und unterstützt haben.

Nilgün Subayaz

Wien, Januar 2020

Inhaltsverzeichnis:

1. EINLEITUNG	9
1.1 Thematische Einführung.....	9
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	12
1.3 Aufbau und Methodik	13
2. KRANKHEIT: WAS KANN ICH WISSEN?.....	16
2.1 Krankheitsdefinitionen.....	17
2.1.1 Krankheit im philosophisch-historischen Sinn.....	17
2.1.2 Allgemeine Krankheits- und Gesundheitsdefinition.....	29
2.1.3 Krankheit in der Medizin	36
2.1.4 Krankheit in der Gesellschaft und Schule	41
2.1.5 Zusammenhang der Krankheitsdefinitionen	44
2.2 Didaktische Umsetzung	47
2.2.1 Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung	47
2.2.2 Konkrete didaktische Umsetzung	48
2.2.3 Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methoden.....	53
2.2.3.1 Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik	54
2.2.3.2 Relevanz der Methoden für die Thematik	57
3. UMGANG: WAS SOLL ICH TUN?	60
3.1 Umgang mit Krankheiten.....	60
3.1.1 Umgang mit Krankheit in der Medizin	61
3.1.1.1 Umgang mit kranken Menschen durch das medizinische Personal	61
3.1.1.2 Umgang des kranken Menschen mit dem medizinischen System	67
3.1.2 Umgang mit Krankheit in der Gesellschaft und Schule.....	69
3.2 Didaktische Umsetzung	78
3.2.1 Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung	78
3.2.2 Konkrete didaktische Umsetzung	79

3.2.3	Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methoden	85
3.2.3.1	Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik.....	85
3.2.3.2	Relevanz der Methoden für die Thematik	88
4.	„ICH BIN KRANK!“: WAS DARF ICH HOFFEN?	90
4.1	Wirkung und Folgen des Krankseins.....	90
4.1.1	Akzeptanz des Krankseins.....	91
4.1.2	Unsichere Zukunftsfragen und -ängste	94
4.1.3	Zukunftsoptionen	99
4.2	Ein neuer Umgang mit Krankheit und Kranksein	104
4.2.1	Krankheit als Teil des Seins aller Menschen.....	105
4.2.2	Bewältigungsstrategien des kranken Menschen	106
4.2.3	Unterstützung durch Gesellschaft und Medizin	113
4.3	Didaktische Umsetzung	123
4.3.1	Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung	124
4.3.2	Konkrete didaktische Umsetzung	124
4.3.3	Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methoden	127
4.3.3.1	Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik.....	128
4.3.3.2	Relevanz der Methoden für die Thematik	130
5.	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	131
6.	LITERATURVERZEICHNIS	138
7.	ANHANG	144
8.	ABSTRACT	157

1. Einleitung

1.1 Thematische Einführung

Krankheit und Kranksein gehören zum menschlichen Leben und tangieren alle Mitglieder der Gesellschaft, denn wo der Mensch ist, ist auch Krankheit. So stellt Dirk Lanzerath treffend fest, dass die Frage nach Krankheit so alt sei wie die Menschheit selbst und jeder Mensch im Laufe seines Lebens Krankheit oder kranken Menschen begegnet. Daher sei Krankheit als eine existentielle Grunderfahrung einzustufen.¹

Gesundheit ist im Vergleich zur Krankheit eher ein Teil des öffentlichen Diskurses, da die Medien, sowohl im Print als auch Online, mit Ratschlägen zur Erhaltung der Gesundheit versehen sind.

Neben bestimmten Krankheitsbildern, die zumeist vereinzelt oder nur in bestimmten Medienangeboten dargestellt oder thematisiert werden, gibt es eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Inhalte, die in den Medien nahezu allgegenwärtig sind. In der Regel handelt es sich um Themen, die selbstverständlicher Bestandteil des Alltags sind, wie z. B. Ernährung.²

Schwere chronische Krankheiten, wie z. B. Krebs, werden weniger thematisiert als akute und schnell therapierbare Krankheiten, wie eine grippale Infektion. So beschreiben Bleicher und Lampert mit Bezugnahme des Mediziners und Bild-Redakteurs Christoph Fischer, dass schwerwiegende chronische Krankheiten eher personalisiert werden müssen, indem sie mit einer Heldengeschichte oder einer prominenten Person verbunden werden.³ Die Frage danach, was Krankheit und Gesundheit tatsächlich sind, und die Reflexion dieser Begriffe findet man im öffentlichen Diskurs kaum.

Auf den ersten Blick erscheinen die Definitionen von Krankheit und Gesundheit eindeutig und univok, sind jedoch bei näherer Betrachtung stark abhängig von der Auffassung, mit der man auf die Begriffe und ihre Bedeutungen blickt. So unterscheidet man drei unterschiedliche Deutungsebenen der menschlichen Krankheit: (1) *Disease*, (2) *Illness* und (3) *Sickness*. So versteht man unter *Disease* jene Auffassung von Krankheit, die in der Medizin objektiv mit medizinisch-technischen Methoden diagnostiziert wird,

¹Vgl. Lanzerath, Dirk: Krankheitsbegriff, Anthropotechnik und die Grenzen ärztlichen Handelns. In: Maio, Giovanni/ Clause, Jens/ Müller Oliver (Hg.): Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik. Freiburg/ München: Karl Alber 2008, S. 155.

² Bleicher, Joan K./ Lampert, Claudia: Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft – eine Einleitung. In: Medien und Kommunikationswissenschaft (M&K) 51. Jahrgang 3-4 (2003), S. 349.

³ Bleicher/ Lampert: Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft – eine Einleitung 2003, S. 350.

um final zur Diagnose und zur Therapie zu gelangen. *Illness* hingegen bewegt sich auf der personalen Ebene bei der erkrankten Person. Es geht primär um die subjektive Erfahrung des Krankseins. *Sickness* kann im gesamtgesellschaftlichen Bereich eingeordnet werden und ist intersubjektiv. Ziel der Intersubjektivität ist eine gerechte Verteilung der Ressourcen und die Möglichkeit der Finanzierung.⁴

Geht man der Annahme nach, dass sich die Medizin als eine Naturwissenschaft auffasst, so folgt daraus, dass Krankheit in der Medizin als *disease* verstanden wird. Die erkrankte Person hingegen steht in direkter Kommunikation mit dem medizinischen Personal und empfindet die Krankheit im Sinne der *illness*, die jedoch für die Diagnose des medizinischen Personals nicht relevant erscheint, da sie nicht objektivierbar ist. Das Resultat aus diesen zwei unterschiedlichen Krankheitsauffassungen ist ein Nicht-Verstanden-Sein bei der erkrankten Person und ein Ohnmachtsgefühl, welchem sie sich nicht entziehen können. Aus der *sickness*-Deutung wird versucht ein Rahmen für die erkrankte Person zu schaffen, um sie finanziell und aus den täglichen Pflichten, wie z. B. Arbeit, zu entlasten. Jedoch bewirkt diese Auffassung auch eine Stigmatisierung der erkrankten Personen. All diese negativen Bewegungen prahlen auf die erkrankte Person auf, während die Krankheit ihr ganzes Leben auf den Kopf stellt. Sie wird als Objekt der Medizin wahrgenommen und gilt als ein leistungsunfähiges Mitglied der Gesellschaft.

Die fehlende Auseinandersetzung mit Krankheiten und ihren unterschiedlichen Bedeutungsebenen führen zu einem Ungleichgewicht. Folglich ist es wichtig, sich mit den Krankheitsdefinitionen, ihren Folgen und dem Umgang mit Krankheit in den Bereichen Medizin, Gesellschaft und Schule zu beschäftigen. Dabei dient die Philosophie als Brücke, um Einblick zu gewinnen, was es bedeutet, krank zu sein, und wie man einen wertschätzenden Umgang mit Krankheit und Kranksein fördern kann. Die Philosophie fungiert also als Mittler zwischen den Bereichen Medizin, Gesellschaft und Schule, um mit den geeigneten philosophiedidaktischen Methoden einen Dialog zu schaffen. Grundlegend für diesen Anspruch, sich mit Krankheit und dem Umgang auseinanderzusetzen, ist, dass jeder Mensch zu jeder Zeit altersunabhängig selbst schwer erkranken kann oder eine schwer erkrankte Person in seinem nahen Umfeld haben kann.

⁴ Vgl. Hofmann: Bjørn: Disease, Illness, and Sickness. In: Solomon, Miriam/ Simon, Jeremy R./ Kincaid, Harold (Hg.): The Routledge Companion to Philosophy of Medicine. New York: Routledge 2017, S. 18.

Im schulischen Bereich kann gezeigt werden, dass das Thema Krankheit und der Umgang damit nur dann angesprochen wird, wenn konkret jemand erkrankt ist. Dieses Verhalten steht für den Großteil der Gesellschaft, der sich erst mit Krankheit und dem Umgang damit beschäftigt, wenn er selbst erkrankt ist. Bis zu diesem Zeitpunkt ignoriert er die Tatsache, dass er erkranken kann. Akashe-Böhme und Böhme führen dies darauf zurück, dass eine falsche Beziehung zur Krankheit besteht und Krankheit verleugnet wird, bis sie eintritt.⁵

Dabei ist die Schule der Ort innerhalb der Gesellschaft, in dem die mündigen Mitglieder der zukünftigen Gesellschaft ausgebildet werden. Daraus lässt sich die wichtige Rolle der Schule auch auf das Thema Krankheit ableiten. Einerseits kann im schulischen Rahmen mit Philosophie und ihren didaktischen Methoden Wissen über die Thematik gewonnen werden und andererseits können Reflexionen angestoßen werden, die zu einem Bewusstsein über Krankheiten führen. Nicht zu unterschätzen sind weiters auch die Leitvorstellungen im Lehrplan für allgemeinbildende höhere Schulen, dem nach (1) die Schülerinnen und Schüler befähigt werden sollen, sach- und wertbezogene Urteile zu bilden und soziale Verantwortung zu tragen im Sinne einer demokratischen Mitsprache- und Mitgestaltungsmöglichkeit in allen Lebens- und Gesellschaftsbereichen, (2) „Die Würde jedes Menschen, seine Freiheit und Integrität, die Gleichheit aller Menschen sowie die Solidarität mit den Schwachen und am Rande Stehenden sind wichtige Werte und Erziehungsziele der Schule“.⁶ Hierin wird deutlich, dass die Schule die Aufgabe hat, sich Themenkomplexen wie der Krankheit zu öffnen, um tatsächlich den Leitvorstellungen im Lehrplan gerecht zu werden. Die Philosophie fungiert dabei als Schnittstelle diverser Bereiche und kann mit den geeigneten philosophiedidaktischen Methoden die wesentliche Basis für Dialoge schaffen.

⁵ Akashe-Böhme, Farideh/ Böhme, Gernot: Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen. München: Beck 2005, S. 56.

⁶ Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung: Gesamte Rechtsvorschrift für Lehrpläne – allgemeinbildende höhere Schulen, Fassung vom 23.07.2019, Anlage A, Lehrplan der allgemeinbildenden Höheren Schule, Erster Teil, Allgemeines Bildungsziel unter dem dritten Punkt „Leitvorstellungen“ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008568> (letzter Aufruf 23.07.2019)

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Das Thema der Diplomarbeit setzt bei den Krankheitsdefinitionen an, um Krankheit und Kranksein und den Umgang mit diesen besser verstehen zu können und multiperspektivisch Einblick in die Thematik zu erhalten. Anhand vorhandener Krankheitsdefinitionen soll der Status quo ermittelt werden, um weiterführend den Umgang mit Krankheit in Medizin, Gesellschaft und Schule zu thematisieren. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Kranksein und dem Umgang damit, mit dem besonderen Fokus des eigenen Krankseins. Aus diesen Inhalten werden philosophiedidaktische Konzepte entwickelt, die in der Schule und außerschulisch genutzt werden können. Unterschiedliche Perspektiven werden erarbeitet, um einen Gesamtüberblick zu erhalten. Drei philosophiedidaktischer Methoden kommen zum Einsatz, um vorzeigen zu können, wie adressatenangemessen und abwechslungsreich das Thema umzusetzen ist. Die Erfahrungen und Vorstellungen der Schülerinnen und Schüler werden berücksichtigt, da sie Mitglieder der Gesellschaft sind und folglich einen wichtigen Beitrag zum Thema leisten. Es handelt sich dabei nicht um eine reine Wissensvermittlung, sondern explizit um eine philosophische Auseinandersetzung mit der Thematik.

Folgende inhaltliche Annahmen gilt es in der Diplomarbeit zu belegen:

1. Krankheitsdefinitionen sind zeit-, kultur- und gesellschaftsabhängig. Die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit beeinflussen das Krankheitsverständnis und die Krankheitsdefinition stark, was sich einerseits im philosophisch-historischen Sinne und in der allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsdefinition und andererseits in der Medizin, Gesellschaft und Schule nachweisen lässt.
2. Die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von Krankheit bedingen jeweils für sich eine spezifische Form der Darstellung und des Umgangs mit Krankheit und Kranksein, die in der Medizin, Gesellschaft und in der Schule aufzufinden sind.
3. Kranksein, seine Wirkung und Folgen erfordern Handlungen von den erkrankten Personen, aber auch eindeutig von Medizin, Gesellschaft und Schule, um die negativen

Konsequenzen für erkrankte Menschen zu minimieren und einen wertschätzenden Umgang zu fördern.

Diese Hauptannahmen sollen im Folgenden untermauert werden und die Inhalte, die sich aus den Annahmen ergeben, zu philosophiedidaktischen Konzepten entwickelt werden, die im Philosophieunterricht und außerhalb verwendet werden können. Die Philosophie wird in zweifacher Hinsicht fruchtbar: (1) die philosophiedidaktischen Konzepte bewirken einen Wissenserwerb der Schülerinnen und Schüler zur Thematik und (2) das Philosophieren beleuchtet die erworbenen Inhalte, u.a. durch die Reflexion ihrer ersten Vorstellungen zur Thematik. Das Thema soll aus der Abwesenheit in die Mitte der Gesellschaft zurückgeholt werden, um eine aktive Auseinandersetzung zu beginnen. Am Thema der Krankheit soll gezeigt werden, dass sie als Beispiel für viele Bereiche der Philosophie und der Lebenswelt dienen kann. Philosophiedidaktische Methoden sollen in der Auseinandersetzung mit Krankheit dazu verhelfen, dass Krankheit in ihrem mehrschichtigem Charakteristikum verstanden und begriffen wird, dass Krankheit als Teil des Lebens für alle Menschen akzeptiert wird, dass eine Haltung gewonnen und ein Bewusstsein geschärft wird, dass die Nichteindeutigkeit von Definitionen hinterfragt wird, dass eine Grundlage zum Reflektieren durch die Philosophie geschaffen wird und dass Ängste und Unsicherheiten, die mit Krankheiten verbunden sind, mit Bewältigungsstrategien teilweise überwunden werden können.

Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Inwiefern beeinflussen die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit das Krankheitsverständnis und die Krankheitsdefinition? Welcher Umgang folgt aus diesen Krankheitsdefinitionen für die Medizin, Schule und Gesellschaft? Welche Folgen hat dies auf erkrankte Personen und welche Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit kann man daraus ableiten? Welche philosophiedidaktischen Methoden unterstützen diesen Prozess einer Etablierung eines neuen Umgangs mit Krankheit in der konkreten Umsetzung?

1.3 Aufbau und Methodik

Die Diplomarbeit behandelt den Themenkomplex anhand der drei Grundfragen der Philosophie nach Immanuel Kant. Jedes Kapitel besteht aus zwei wesentlichen Teilen:

dem Inhalt und der didaktischen Umsetzung. Dieses Prinzip wird in den Kapiteln zwei, drei und vier eingehalten.

Das zweite Kapitel geht der Frage nach „Was kann ich wissen?“ zum Thema Krankheit. Inhaltlich werden Krankheitsdefinitionen im philosophisch-historischen Sinn, im Allgemeinen und weiterführend Krankheit in der Medizin, der Gesellschaft und in der Schule dargestellt. In diesem Zusammenhang wird geklärt, welche Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit vorhanden ist, welche Deutungsebenen existieren und ggf. dominieren, wie sich die Krankheitsdefinition in der Medizin von dem Selbstverständnis der Medizin abhängig macht, was Krankheit im Schulkontext und in der Gesellschaft bedeutet, wie Krankheit als das Übel per se betrachtet wird und welche Krankheitsdefinitionen es im Laufe der Geschichte gegeben hat.

Das dritte Kapitel geht der Frage nach „Was soll ich tun?“ und thematisiert den Umgang mit Krankheit und Kranksein. Inhaltlich wird dabei einerseits der Umgang in der Medizin und andererseits der Umgang in der Schule und Gesellschaft betrachtet. Was die Medizin betrifft, wird differenziert, wie die Medizin mit erkrankten Menschen umgeht, u.a. am Beispiel der Arzt-Patienten-Beziehung, und wie der erkrankte Mensch als Patient mit dem medizinischen System umgeht. Was den Umgang mit Krankheit in der Gesellschaft und Medizin betrifft, wird einerseits die Darstellung und der Umgang der erkrankten Person in diesen Bereichen skizziert und andererseits die Folgen dessen dargestellt.

Das vierte Kapitel geht der Frage nach „Was darf ich hoffen?“, wenn ich selbst krank bin. Inhaltlich werden einerseits die Wirkung und Folgen des Krankseins und andererseits die Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein herausgestellt. Unter dem Aspekt der Wirkung und Folgen wird zunächst die Relevanz, die Krankheit als eigene Krankheit zu akzeptieren, skizziert, um weiterführend zu zeigen, wie man sich selbst durch Krankheit neu kennenlernt und wie man lernt, eine neue Lebenswelt zu schaffen. Anschließend werden Zukunftsfragen und -ängste thematisiert, u.a. die negativen Konsequenzen des eigenen Krankseins, erlittene Verluste, Misstrauen gegenüber seinem eigenen Körper, die Frage, ob man wieder gesund wird und wie das Leben mit Schmerzen aussieht. In den Zukunftsoptionen wird gefragt, ob man hoffen darf oder ob man glücklich und glückselig sein darf trotz der bestehenden Krankheit. Bei den Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein wird zunächst herauskristallisiert, dass Kranksein Teil des Daseins aller Menschen ist. Anschließend

werden Bewältigungsstrategien für erkrankte Menschen gezeigt, u.a. die Autonomie des Kranken und der Anspruch der Kranken, über Krankheit und Therapiemöglichkeiten informiert zu sein. Weiters wird auf die Unterstützung durch die Bereiche Medizin, Schule, Gesellschaft und Philosophie aufmerksam gemacht, weil durch diese Bereiche Wissen über Krankheiten verbreitet werden kann, um Diskriminierungen entgegen zu wirken, Raum für Dialoge mit Kranken und Nicht-Kranken zu öffnen und ein verändertes öffentliches Krankheitsbild zu etablieren, in dem alle Instanzen mitwirken, gehört ebenfalls in den Aufgabenbereich der Gesamtgesellschaft.

Der Aufbau der didaktischen Umsetzung für die Kapitel zwei, drei und vier erfolgt nach einem ähnlichen Prinzip, wobei alle didaktischen Umsetzungen sich in erster Linie auf den Lernort Schule beziehen. Zunächst werden die Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung skizziert, d.h. die allgemeinen Voraussetzungen, wie die schulische Situation, die Anzahl der vorhandenen Stunden und die Lerngruppe, und die didaktischen Voraussetzungen, d.h. die Vorbereitung der Lehrperson im Hinblick auf den Inhalt und auf die gewählten didaktischen Methoden. Im Anschluss folgt die konkrete didaktische Umsetzung, d.h. die inhaltlichen und kompetenzorientierten Ziele, Stundenbilder und die Einbettung in Bezug auf die notwendigen Vorkenntnisse der Schülerinnen und Schüler, Bezüge zu möglichen zukünftigen Unterrichtsstunden und die Möglichkeit eines fächerübergreifenden Unterrichts. Abgeschlossen wird die didaktische Umsetzung mit der Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methode, welche beinhaltet, dass die gewählte Methode innerhalb der Philosophiedidaktik eingeordnet wird und die Relevanz der Methode für den Inhalt des Themenblocks herausgearbeitet wird. Jedes Kapitel hat bei der didaktischen Umsetzung einen Fokus auf eine bestimmte philosophiedidaktische Methode bzw. einen philosophiedidaktischen Ansatz: im zweiten Kapitel *Krankheit: Was kann ich wissen?* wird das sokratische Gespräch, im dritten Kapitel *Umgang: Was soll ich tun?* das theatrale Philosophieren und im vierten Kapitel *„Ich bin krank!“: Was darf ich hoffen?* der Ansatz der Philosophischen Praxis verwendet.

Das fünfte Kapitel dient der Zusammenfassung und dem Ausblick. In der Zusammenfassung werden die grundlegenden Inhalte skizziert und die verwendeten philosophiedidaktischen Methoden beleuchtet. Im Ausblick werden einerseits Möglichkeiten benannt, wie man die Inhalte auch in außerschulischem Rahmen fruchtbar machen kann, vor allem in altersunspezifischen Lernorten, und andererseits aufgeführt, dass das didaktische Konzept auch auf andere Bereiche der Philosophie umsetzbar ist.

2. Krankheit: Was kann ich wissen?

Bevor der Umgang mit Krankheit und Kranksein thematisiert werden kann, ist es notwendig, sich Wissen über Krankheit anzueignen. Dabei besteht der erste Schritt darin, eine Definition für das Phänomen Krankheit in Erfahrung zu bringen und folglich zu bestimmen, was der Gegenstand ist und was man eben zu diesem Gegenstand wissen kann. Die Antwort auf die Frage, was Krankheit ist, scheint im ersten Moment einfach zu finden oder ist oft in Relation zum Begriff Gesundheit leicht zu skizzieren. Lenz führt diesbezüglich aus, dass die Diagnose als Grenze zwischen Gesunden und Erkrankten zu verstehen ist und die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit zeichnet.⁷ Daraus wird eigentlich deutlich, dass häufig die Anwesenheit einer Krankheitsdiagnose als Krankheit und gleichzeitig als Abwesenheit der Gesundheit interpretiert wird. Solch eine oberflächliche Annäherung an die Begriffe ist nicht dienlich, wenn eine tatsächliche Auseinandersetzung vorgenommen werden soll, aber dennoch sie ist hilfreich, um einen Einstieg zur Thematik zu beginnen. Vor allen Dingen scheint es wichtig zu sein, darauf hinzuweisen, dass es unabhängig von diesem Kontext keine Definitionen par excellence gibt, die vollständig einen Zustand oder eine Sache definieren. Es werden stets aus einer Perspektive heraus Definitionen vorgenommen und sie gehen stets mit einer Grenzziehung einher. Im Verlauf der Philosophiegeschichte wird dies als Problem des Essentialismus bezeichnet und es ist bekannt, dass essentialistische Positionen zu großen Problemen führen. Etymologisch wird die Definition folgendermaßen definiert:

definieren⁸ swV. ‘bestimmen, abgrenzen’. Im 15. Jh. entlehnt aus gleichbedeutend 1. *definire* (wörtlich: ‘abgrenzen’), einer Ableitung von 1. *finis* ‘Grenze’ [...]. Einen Begriff definieren heißt demnach, die Grenzen seines Geltungsbereiches festlegen (und ihn inhaltlich von anderen [ähnlichen] abgrenzen).⁹

Ausgehend von dieser Definition scheint es notwendig, die Grenzen des Geltungsbereiches des Begriffs Krankheit zu ziehen, um sie im Anschluss didaktisch aufzubereiten. Die Antwort auf die Frage „Was kann ich wissen?“ wird in doppelter Hinsicht gegeben, einerseits mit dem Wissen über Krankheit und andererseits mit dem Wissen, dass Definitionen einen relativen Charakter haben. Daran schließt sich die erste Hauptannahme dieser Arbeit an: Krankheitsdefinitionen sind zeit-, kultur- und

⁷ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin. Wiesbaden; J. B. Metzler 2018, S. 97.

⁸ Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

⁹ Kluge, Friedrich: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Unter Mithilfe von Max Bürgisser u. Bernd Gregor völlig neu bearbeitet von Elmar Seebold. 22. Aufl. Berlin/ New York: de Gruyter 1989, S. 130-131.

gesellschaftsabhängig. Die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit beeinflussen das Krankheitsverständnis und Krankheitsdefinition stark, was sich einerseits im philosophisch-historischen Sinne und in der allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsdefinition und andererseits in der Medizin, Gesellschaft und Schule nachweisen lässt. Folglich werden in diesem Kapitel den Fragen nachgegangen, wie die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit das Krankheitsverständnis beeinflussen und wie man mit dem Einsatz des philosophiedidaktischen Ansatzes, Sokratischen Gespräch, Möglichkeiten schaffen kann, um den Inhalt zu vermitteln.

2.1 Krankheitsdefinitionen

Ausgehend von der oben erwähnten Hauptannahme, wird in diesem Kapitel folgende Forschungsfrage zu beantworten versucht:

Inwiefern beeinflussen die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit das Krankheitsverständnis und die Krankheitsdefinition?

Anzumerken ist, dass der Fokus im Rahmen dieser Diplomarbeit stärker auf den physischen Krankheiten liegt, jedoch psychische Erkrankungen auch erwähnt werden.

2.1.1 Krankheit im philosophisch-historischen Sinn

Lanzerath betont, dass hinter Krankheitsvorstellungen anthropologische Grundannahmen liegen, die sich auf unser Verhältnis von Körper und Leib beziehen¹⁰. Dies ist zumindest eine erste Annahme, die man beachten muss, wenn man unterschiedliche Krankheitsdefinitionen betrachtet. Jede Definition steht in einem bestimmten Komplex und ist daher relativ anzusehen. Um einen Einblick in die Krankheit im philosophisch-historischen Sinn zu gewinnen, wird zunächst der Krankheitsbegriff von der Antike bis in die Gegenwart historisch kurz beleuchtet und in seinen Charakteristika dargestellt. Im Anschluss erfolgt eine historisch-philosophische Systematisierung des Krankheitsbegriffs und ein Definitions- und Einordnungsversuch der drei Deutungsebenen *disease*, *illness* und *sickness* aus philosophischer Sicht. Daran

¹⁰ Vgl. Lanzerath, Dirk: Krankheitsbegriff, Anthropotechnik und die Grenzen ärztlichen Handelns 2008, S. 155.

anschließend wird eine Differenzierung des naturalistischen und normativen Krankheitsbegriffs vorgenommen.

Da der Krankheitsbegriff ein wandelbarer Begriff ist, scheint es unabdingbar, einen Blick in die historische Entwicklung der Definition zu werfen. Petra Lenz hat einen sehr überschaubaren historischen Überblick erarbeitet:

(1) *Das Zeitalter der neutralitas*: Das ist die Epoche der griechisch-römischen Antike, in der das Krankheitsverständnis entwickelt wurde, welches die Medizin bis in die Gegenwart prägt. Gekennzeichnet ist diese Epoche durch zwei neu entwickelte Krankheitsverständnisse: das Krankheitsverständnis von Homer und das Krankheitsverständnis im *Corpus Hippocraticum*. Homer unterschied zwei Krankheitskategorien, die Traumatische und die Nichttraumatische. Traumatische Krankheiten sind deutlich erkennbare und von außen verursachte Krankheiten, wie z. B. Wunden, während nichttraumatische Krankheiten solche sind, die sich im Inneren des Körpers befinden und etwas Mysteriöses innehaben, da es mit den Möglichkeiten jener Zeit nicht zu bestimmen war. Krankheiten, die ohne erkennbare Ursache auftreten, nannte Homer „Übel“. Das Krankheitsverständnis im *Corpus Hippocraticum* hingegen erforschte Krankheitsursachen, besonders bei nichttraumatischen Krankheiten, und versuchte diese zu entmystifizieren. Wesentlich für dieses Krankheitsverständnis war, dass Krankheit nicht als Funktionsstörung eines Körperteils begriffen wurde, sondern den ganzen Menschen betraf.¹¹

Mit Homers Krankheitsverständnis wurde eine erste Kategorisierung von Krankheiten getroffen, aber auch die Annahme Homers, dass Krankheit ein Übel sei, hat sich bis in die Gegenwart gehalten. Äußere Verletzungen des lebenden Gewebes werden heute noch als traumatische Verletzungen bezeichnet, wie z. B. das Schädel-Hirn-Trauma, bei dem durch Gewalteinwirkungen Verletzungen auf dem Schädel und im Gehirn entstanden sind. Durch die Forschung im *Corpus Hippocraticum* entwickelte sich ein Verständnis, das aktiv versuchte, nichttraumatische Krankheiten zu erklären. Folglich kann man es als den Beginn der Krankheitsforschung bezeichnen, der sich nicht auf äußerliche Verletzungen beschränkt. Der Name dieses Zeitalters *neutralitas* leitet sich aus einem dritten Zustand zwischen gesund und krank ab. Es handelt sich um einen Zustand zwischen Krankheit und Gesundheit, der durch eine diätetische Lebensführung gehalten

¹¹Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 11-16.

werden könne. In diesem Zustand ist man weder krank noch gesund, sondern es spiegelt den Ist-Zustand des Menschen wider.¹²

(2): *Das Zeitalter der Gesundheit*: Dies ist die Epoche des Mittelalters, welches von drei Merkmalen geprägt war: dem Eindringen der christlichen Theologie, dem Krankheitsbegriff gegen Ende der Klostermedizin und dem griechisch-arabischen Einfluss auf Krankheit und Gesundheit. Mit dem Eindringen der christlichen Theologie wurde Krankheit iatrotheologisch verstanden, d. h. Christus wurde als Arzt und Heiler gedeutet, und die zentrale Fragestellung lautete, ob man Menschen überhaupt heilen kann oder darf. Es kam in Folge zu einer Spaltung innerhalb der Medizin, so dass Menschen, die nichttraumatische Krankheiten behandeln, als *physicus* bezeichnet wurden, und Menschen, die traumatische Krankheiten behandeln, als *chirurgicus* bezeichnet und als Handwerker eingestuft wurden.¹³ Gegen Ende der Klostermedizin gab es drei Bedeutungszusammenhänge im Krankheitskontext, die sich wechselseitig durchdrangen: (a) Krankheit ist ein von Gott gesandtes Phänomen, welches den ganzen Menschen erfasst, (b) Krankheit ist ein von Hexerei hervorgerufenes mystisch-magisches Phänomen und (c) Krankheit ist ein Zeichen einer bestimmten Konstitution in einer empirisch-rationalen Kausalität.¹⁴ Der griechisch-arabische Einfluss auf die Idee von Gesundheit und Krankheit entwickelte sich mit den Auslegungen von Aristoteles Ideen durch arabische Gelehrte, wie Al-Ghazali und Ibn Sina (Avicenna), die die Grundlagen der mittelalterlichen Medizin in Theorie und Praxis bildeten und Standardwerke universitärer Medizin schrieben. Krankheit wurde als Phänomen der unmittelbaren Lebenswelt verstanden und innerhalb der Gesellschaft waren kranke und gesunde Menschen gleichwertige Mitglieder.¹⁵

Prägend für das Mittelalter sind zwei verbreitete Fragen, ob es grundsätzlich möglich ist, dass ein Mensch Heilung erfährt, und welche Gründe für Erkrankungen vorhanden sind. Die erste Frage stand stets unter dem Einfluss der christlichen Religiosität, während die zweite Frage unter Verwendung unterschiedlicher Ansätze versucht wurde zu lösen. Die Ursache für Krankheit lag für einen Teil der Gesellschaft im Göttlichen oder Mystischen.

¹² Vgl. Bauer, W. Axel: Gesundheit als normatives Konzept in medizintheoretischer und medizinhistorischer Perspektive. In: Biendarra, Ilona/ Weeren, Marc (Hg.): Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Würzburg: Königshausen& Neumann 2009, S. 36.

¹³ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 29-32.

¹⁴ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 34-35.

¹⁵ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 36-38.

Ein anderer Teil der Gesellschaft wählte einen rationalen Zugang und versucht die Ursache mit gegebenen Daten zu ermitteln und in einen kausalen Zusammenhang zu bringen. Das griechisch-arabische Krankheitsverständnis hingegen zeigt deutlich, dass Krankheit nicht als reines Übel einzuordnen ist, was den Menschen innerhalb der Gesellschaft degradieren sollte, sondern als etwas einzustufen ist, was naturgegeben jedem Menschen widerfahren kann und nichts an seinem Status als Mitglied in der Gesellschaft ändert. Ferner sind die Grundsteine der akademischen Auseinandersetzung mit Krankheit in dem Zusammenhang entstanden. Gesundheit hat sich in diesem Zeitalter als Grundbegriff der Medizin etabliert, wobei es theologisch aufgeladen war. So bedeutete Gesundheit nicht nur das Frei-Sein von Krankheit, sondern auch ein Heil-Sein.¹⁶

(3) *Das Zeitalter der Krankheit:* Dieses Zeitalter lässt sich grob in drei Abschnitte aufteilen: (a) Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin: Erkenntnisse der Naturwissenschaft, besonders Physik und Chemie, fanden ab der Renaissance Eingang in die Medizin. Die Anatomie wurde zur Leitwissenschaft der Medizin und durch Sektionen menschlicher Körper wurde Wissen erworben.¹⁷ (b) Krankheiten unter dem Einfluss der Aufklärung: Die Herausbildung der Klinik fällt in diesen Zeitraum als Zeichen der naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin.¹⁸ (c) Das „Goldene Zeitalter der Medizin“: Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gab es eine Reihe von wissenschaftlichen Entdeckungen, u. a. Kausalzusammenhänge zwischen Mikroorganismen und Krankheiten und die Entdeckung von Penicillin als medizinische Wunderwaffe.¹⁹ In diesem Zeitalter war es prägend, dass Krankheiten naturwissenschaftliche Objekte waren und die Subjektanbindung verloren ging. Krankheit wurde der Grundbegriff der Medizin.²⁰

Deutlich wird in diesem Zeitalter der Einzug der Naturwissenschaft in die Medizin. Krankheit wird nun als etwas Messbares und naturwissenschaftlich Ermittlbares eingestuft und in die Medizin und Gesellschaft eingebettet. Mit der Gründung des Krankenhauses wurde ein steriler und unpersönlicher Raum geschaffen, um Krankheit im objektivierenden Sinne erforschen zu können. Diese Tendenz ist auch in der

¹⁶ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 42.

¹⁷ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 48-49.

¹⁸ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 52.

¹⁹ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 65-66.

²⁰ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 81.

gegenwärtigen Medizin noch prägend. Besonders durch die Entdeckungen im „Goldenen Zeitalter der Medizin“ wurde die Anerkennung durch die Gesellschaft auch erhöht, da effektive Therapien mit dieser Methode entwickelt wurden. Zu würdigen sind die Errungenschaften in dieser Zeit, jedoch hatte die Entwicklung, Krankheit rein wissenschaftlich zu ermitteln, zur Folge, dass der Mensch, den die Krankheit konkret betrifft, und sein subjektives Verständnis von Krankheit stark in den Hintergrund gerückt wurde.

Thomas Schramme hat eine historisch-philosophische Systematisierung des Krankheitsbegriffes vorgenommen: (1) *Lokalisierung von Krankheiten*: In der Antike war die ganze Person Ort der Krankheit, während in der Neuzeit die DNA als potentieller Ort gilt. (2) *Der ontologische Status von Krankheiten*: Die Unterscheidung von Krankheitseinheit und Krankheitsentität. Die Krankheitseinheit meint dabei, dass Krankheiten in Typen geformt werden, die kohärent differenzierbar sind. Die individuellen Vorkommnisse der Krankheit werden wie Exemplare der Krankheit verstanden und verweisen auf eine Einheit hin. Krankheitsentität hingegen ist eine Krankheit, die unabhängig von Patienten existiert. Die Krankheit existiert z. B. aufgrund der Entdeckung von Keimen, die als fremde Entität die Krankheit ausmachen. (3) *Rolle von Dispositionen und der Umgebung bei der Entstehung von Krankheiten*: In der Antike glaubte man, individuenbezogene und umweltbezogene Umstände interagieren bei der Herausbildung von Krankheiten. Heute nimmt man an, dass Umgebungen nicht pathologisch, sondern pathogen sind, also erst in Abhängigkeit vom Organismus, der dort lebt, den Ausbruch einer Krankheit wahrscheinlicher machen können. Der wesentliche Unterschied liegt darin, dass heute die Umgebung nur als instrumentell ungesund gilt, während ihr in der Antike eine wesentliche Rolle bei der Krankheitsentstehung zugesprochen wurde. (4) *Unterscheidung von Krankheit und Kranksein*: Krankheit ist der festgestellte pathologische Zustand, also *disease*, und Kranksein wird als Erlebnis einer unangenehmen oder einschränkenden Verfassung, also *illness*, verstanden. (5) *Relation zwischen somatischer und psychischer Krankheit*: So werden die somatische Medizin und die Psychiatrie unterschieden. Dieser Unterscheidung liegt zugrunde, dass Geist und Körper unabhängige Entitäten sind und führt zu dem philosophisch ungelösten Leib-Seele-Problem.²¹

²¹ Vgl Schramme, Thomas: Einleitung: Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der philosophischen Diskussion. In: Schramme, Thomas (Hg.): *Krankheitstheorien*. 1.Aufl. Berlin: Suhrkamp 2015, S. 17-24.

Durch diese Systematisierung wird die Wandelbarkeit des Krankheitsbegriffs auf unterschiedlichen Ebenen deutlich. Der Vergleich zwischen der Antike und Heute zeigt, wie das Phänomen Krankheit angesichts des Wissenstandes der jeweiligen Zeitepoche unterschiedlich verstanden wird. Die Entdeckung der DNA-Stränge in der Neuzeit führt bei der Lokalisierung der Krankheit dazu, dass diese als Ort der Krankheit angenommen werden, im Vergleich zur Vorstellung der Antike, in der der ganze Körper als Ort verstanden wurde. Die Unterscheidung von Krankheitseinheit und Krankheitsentität stellt für den Definitionsversuch von Krankheit zwei weitere Verständnisebenen dar. Eine veränderte Bedeutung von der Antike in die Neuzeit kommt auch der Umwelt zu im Kontext der Krankheitsentstehung. In der Unterscheidung von Krankheit und Kranksein steckt der Versuch, Krankheit aus objektiver und subjektiver Sicht zu verstehen. Somatische und psychische Krankheitsauslegungen führen zu einer weiteren Auslegung des Krankheitsverständnisses.

Dass das Krankheitsverständnis so unterschiedlich aufgefasst wird, hängt in erster Linie auch damit zusammen, dass hinter dem Begriff unterschiedliche Bedeutungen liegen. Diesen semantischen Bedeutungen können bestimmte Perspektiven zugeschrieben werden. Im Folgenden wird der Begriff Krankheit anhand drei englischsprachiger Begriffe (1) *disease*, (2) *illness* und (3) *sickness* betrachtet. Durch die Verwendung der englischsprachigen Begriffe und ihrer Definitionen werden die semantischen Bedeutungen des Begriffes Krankheit auch im Deutschen deutlich.

Hofmann fasst den Begriff *disease* folgendermaßen zusammen:

However, there is substantial agreement that physiological, biochemical, genetic, and mental entities and events are the basic phenomena of *disease*²², and most definitions contend that disease can be observed, examined, mediated, and measured, and is objective in this sense. It is also the target of health professionals who want to classify, detect, control, and treat disease, ultimately in order to cure.²³

Disease zeigt eine objektive Herangehensweise an den Begriff Krankheit, der sich in vor allem in seiner Messbarkeit mit Hilfe von medizinisch-technischen Mitteln nachweisen lässt. Krankheit wird aus der Perspektive der Medizin als ein Objekt angenommen, welches mit Verwendung naturwissenschaftlicher Methoden zu diagnostizieren ist. Das primäre Ziel in diesem Krankheitsverständnis ist die Heilung der Krankheit. So betrachtet der Arzt in einem bestimmten Fall die Blutwerte des Patienten, hört sich mit

²² Textmarkierung sind aus dem Original übernommen.

²³ Hofmann: Bjørn: *Disease, Illness, and Sickness* 2017, S. 17.

dem Stethoskop die Lungen an und wird in Folge auf eine Diagnose, wie z. B. Bronchitis, gelangen, die mit einem dafür vorgesehenen Medikament behandelt wird. Der Fokus liegt im Erfassen der Parameter, die auf eine Krankheit deuten, und die Behandlung dieser Krankheit, also dem festgestellten pathologischen Zustand.

The term „*disease*“²⁴ is used to indicate the biological dimension of nonhealthy, which has come to be the focus of medicine in the past two centuries. [...] It is what happens to individuals when their physiological functioning departs from “normal” or they become hosts to other organism which limit life expectancy or capacities.²⁵

Hieran wird deutlich, dass sich der Begriff *disease* auf die biologische Perspektive von Krankheit bezieht, welches messbar außerhalb des Normbereiches liegt.

*Illness*²⁶, on the other hand, has emotions and experience, such as anxiety, fear, pain, and suffering, as its basic phenomena. Although *illness* is in this sense subjective, it can be argued that we can have access to another person’s illness through his or her verbal reports of introspection [...], through a common language [...], through brain states. For example, illness is characterized in terms of bodily and/or mental awareness and a feeling of estrangement, unpleasantness, or uncanniness.²⁷

Bei *illness* erfolgt eine subjektive Herangehensweise an Krankheit, die sich in erster Linie mit der konkret erlebten Erfahrung Ausdruck verschafft. Ein Individuum erlebt Krankheit am eigenen Leibe, drückt dies in Worten aus und schafft damit einen Einblick in das Erleben des Krankseins. Zielführend bei diesem Krankheitsverständnis ist es, die gelebte Realität auszudrücken und Mitgefühl zu erleben. Was erlebt und fühlt ein Patient in seinem Krankheitsverlauf, wenn eine schwere chronische Krankheit diagnostiziert wurde? Welche Ängste und Unsicherheiten hat er? Wie drückt er diese aus? Wie ist es selbst krank sein und die Krankheit aus der ersten Perspektive zu erleben? Das sind einige Fragen, die der Krankheitsauffassung *illness* zuzuordnen sind.

„*Illness*“²⁸ refers to the more subjective or psychological dimensions of non-health that are generally of more immediate concern to the people experiencing them. These include pain, weakness, dizziness, numbness, or some other “symptom” that has them worried either because of immediate discomforts, its effects on capacities for social functioning; or what they think it may portend.²⁹

²⁴ Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

²⁵ Twaddle, Andrew C.: Sickness and the Sickness Career: Some Implications. In: Eisenberg, Leon/Kleinman, Arthur (Hg.): The Relevance of Social Science for Medicine. Culture, Illness, and healing 1. Dordrecht: D. Reidel 1981, S. 111-112.

²⁶ Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

²⁷ Hofmann: Bjørn: Disease, Illness, and Sickness 2017, S. 17.

²⁸ Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

²⁹ Twaddle, Andrew C.: Sickness and the Sickness Career 1981, S.112.

Hieran wird deutlich, dass sich der Begriff *illness* auf die psychologisch-subjektive Perspektive von Krankheit bezieht, welches unmittelbar durch das Subjekt erlebt wird.

*Sickness*³⁰, on the other hand, has expectations, conventions, policies, and social norms and roles as a basic phenomena. Its criteria are discovered through social interaction, participation, and social studies. Accordingly, the knowledge about sickness is inter-subjektive (i.e., it is knowledge shared by a social group). *Sickness* determines whether a person is entitled to treatment and economic rights, exemption from social duties, such as work (sick leave), but also whether a person is legally accountable for his or her actions. In such matters, *sickness* is established and governed by formal structures, such as social institutions (including laws). However, sickness can also be framed by overt or covert norms, which give diseases different prestige and render them stigmatizing or discriminating.³¹

Bei *sickness* erfolgt eine intersubjektive Herangehensweise an Krankheit, die sich vordergründig im sozialen Miteinander zeigt. Einerseits schließt *sickness* die Rechte und die gesetzlichen Grundlagen ein, dem nach eine erkrankte Person finanziell abgesichert ist und eine medizinische Behandlung nutzen kann, und andererseits finden sich in *sickness* auch die sozialen Konventionen wieder im Umgang mit Krankheit, u.a. die Stigmatisierung von erkrankten Menschen innerhalb der Gesellschaft. Zielführend ist eine richtige und gerechte Ressourcenverteilung. *Sickness* zeigt sich in unserer Gesellschaft darin, dass eine erkrankte Person aufgrund der gesetzlichen Krankenversicherung Untersuchungen und Therapien wahrnehmen kann, ohne die Kosten selbst zu tragen. Weiters ist die erkrankte Person von ihren Pflichten bei ihrer Arbeit befreit, ohne Angst auf sofortige Kündigung. *Sickness* zeigt sich jedoch auch in unserer Gesellschaft darin, dass eine erkrankte Person gesellschaftlich ausgeschlossen und diskriminiert wird, weil sie aufgrund der Erkrankung nicht „normal“ aussieht, z.B. in Folge der Chemotherapie eine Glatze hat.

„*Sickness*“³² refers to the social dimension: the ability to meet obligations of group living. It is the result of being defined by others as “unhealthy”. It generally results from having one’s failure to meet social obligations defined by others as the result of disease or illness.³³

Hieran wird deutlich, dass *sickness* die soziale Perspektive auf das Phänomen Krankheit ist, welches sich im Miteinander innerhalb der Gesellschaft zusammenstellt.

³⁰ Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

³¹ Hofmann: Bjørn: Disease, Illness, and Sickness 2017, S. 17.

³² Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

³³ Twaddle, Andrew C.: Sickness and the Sickness Career 1981, S.112.

Hofmann hat zu diesen drei Perspektiven der Krankheit eine Tabelle erstellt, die im Überblick die wesentlichen Unterschiede klar aufzeigt:

Table 2.1 Different perspectives of human malady: Disease, illness, and sickness investigated

	<i>Disease</i>	<i>Illness</i>	<i>Sickness</i>
Field, Area, Primary agents/ stakeholders	Profession, medical and other health care professions	Personal, (experiential, existential)	Society, social institutions, health policy makers, lawyers
Basic phenomena	Physiological, mental, genetic, environmental entities or events	Subjective experience, first-person negative experience, suffering, pain	Social conventions, norms, roles (including social prejudice)
Access to phenomena through:	Observations, examinations, measurements (by the natural sciences and by the use of technology)	Introspection, intuition (phenomenology), interaction (language), mental states (psychology)	Participation, interaction, social (science) studies
Knowledge status	Objective	Subjective	Inter-subjective
Altruistic approach	Cure	Care	Resource allocation, justice
Entitles to: Results in:	Examination, diagnostics, treatment	Attention, support, moral and social excuse, reduced accountability	Economic support and compensation, sick leave, but may also result in discrimination and stigmatization

Abbildung 1: Tabelle von Bjørn Hofmann³⁴

Um einen Überblick in den philosophischen Krankheitsbegriff zu erhalten, erscheint die Auswertung von Helmut Plessner zum Krankheitsbegriff, ausgeführt durch Petra Lenz, sehr treffend: Krankheit wird hierbei in drei Sphären eingeteilt, die Innenwelt, die Außenwelt und die Mitwelt. Der Begriff *disease* wird als körpergebundene Krankheit mit dem Fokus der Außenwelt bewertet, während der Begriff *illness* die Wirklichkeit des Krankheitserlebens in der Innenwelt aufzeigt. Folglich seien *disease* und *illness* zwei unterschiedliche Wahrheiten einer Sache, die wir Krankheit nennen. Gesundheit und Krankheit müsse man in einem gemeinsamen Verständnis der Mitwelt betrachten, da Krankheit auch einen sozialen Stellenwert besitzt.³⁵ Hierin wird deutlich, dass die englischen Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* einen relativ guten Einblick in das Phänomen Krankheit erlauben. *Sickness* ist zwar durch Lenz nicht benannt, aber

³⁴ Hofmann: Bjørn: Disease, Illness, and Sickness. 2017, S. 18.

³⁵ Vgl. Lenz, Petra Was ist Krankheit? Ein Antwortversuch mit der Anthropologie von Helmut Plessner. In: Ebke, Thomas/ Schloßberger, Matthias: Dezentrierungen. Zur Konfrontation von Philosophischer Anthropologie, Strukturalismus und Poststrukturalismus. In: Accarina, Bruno/ de Mul, Jos/ Krüger, Hans-Peter (Hg.): Internationales Jahrbuch für Philosophische Anthropologie. Band 3 2011/2012. Berlin: Akademie 2012, S. 322-323.

entspricht ziemlich genau dem sozialen Stellenwert von Krankheit. Folglich muss man sich dessen bewusst sein, dass Krankheit in der Zusammensetzung dieser drei Begriffe annähernd fassbar wird. Betrachtet man die Definition der Gesundheit durch die WHO³⁶ wird deutlich, dass lediglich die semantische Bedeutung von Krankheit im Sinne von *disease* relevant ist. Daraus folgt, dass die Gesundheitsdefinition der WHO nur einen eingeschränkten Blick in die Gesamtthematik wirft.

In der philosophischen Diskussion um den Krankheitsbegriff werden immer wieder zwei Krankheitsbegriffe genannt, der naturalistische und der normative Krankheitsbegriff. Der naturalistische Krankheitsbegriff wird als biostatische Theorie bezeichnet, deren berühmter Vertreter Christopher Boorse ist. In diesem Krankheitsverständnis ist *illness* lediglich eine Unterklasse des theoretisch-objektiven Krankheitsbegriffs *disease*. Krankheit ist dann festzustellen, wenn die Funktion einer Person im Vergleich zu den Referenzwerten eine Anomalität vorweist.³⁷ Die normativen Krankheitstheorien verstehen Krankheit als Übel und Gesundheit als Glück. Die Malady-Theorie von Clouser, Culver und Gert verwendet den Begriff *Malady* als Oberbegriff für verwandte Phänomene wie Krankheit, Erkrankung, Übelkeit und Funktionsstörung. *Malady* bezeichnet einen Zustand, in dem mit einer Person etwas nicht in Ordnung ist. Lennard Nordenfelt hingegen hat einen holistischen Ansatz von Gesundheit, um die Begriffe Gesundheit und Krankheit zu schärfen. Für Nordenfelt ist Krankheit als Zustand oder Prozess zu verstehen, der dazu neigt, ein Organ in einer Weise zu betreffen, dass in Folge die Gesundheit der ganzen Person beeinträchtigt ist. Gesund ist für ihn eine Person, die unter gegebenen Standardbedingungen fähig ist, die selbstgesteckten Ziele zu erreichen, die für das Erreichen eines minimalen Glücks notwendig sind.³⁸ So wird deutlich, dass der naturalistische Krankheitsbegriff eine starke Fokussierung auf den naturwissenschaftlichen Charakter der Medizin hat und die Definition streng nach messbaren und ermittelbaren Kriterien erfolgen sollte, während der normative Krankheitsbegriff den subjektiven Charakter der kranken Person in den Mittelpunkt stellt und davon ausgehend die Krankheit als etwas definiert, was im und um den Menschen passiert.

³⁶ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Verweis auf Kapitel 2.1.2 Allgemeine Krankheits- und Gesundheitsdefinition.

³⁷ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 107-112.

³⁸ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 115- 118.

Ausgehend von der Forschungsfrage, inwiefern die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit das Krankheitsverständnis und die Krankheitsdefinition beeinflussen, und der Hauptannahme, dass Krankheitsdefinitionen zeit-, kultur- und gesellschaftsabhängig sind, konnte im philosophisch-historischem Sinne Einiges nachgewiesen werden.

Im historischen Überblick von Petra Lenz wurde deutlich, dass jedes Zeitalter ein eigenes Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis hervorbrachte, was stark an die jeweilige gesellschaftliche Situation angelehnt war. Im *Zeitalter der neutralitas* (Antike) entwickelte sich ein Verständnis, demnach Krankheit den ganzen Menschen betrifft und nicht etwas Mystisches ist, sondern ein Phänomen ist, was fassbar ist. Vor allem in der Unterscheidung von traumatischen und nicht-traumatischen Krankheiten wurde gezeigt, dass ein erster Versuch gestartet wurde, Krankheit zu kategorisieren. Die Entmystifizierung ermöglichte es zu dieser Zeit erstmalig, dass Krankheit und Krankheitsursachen erforscht wurden. Im *Zeitalter der Gesundheit* (Mittelalter) floss in das theologisch-spirituelle Krankheitsverständnis nun auch ein physisches Grundverständnis ein. Die mittelalterliche Gesellschaft war geprägt von Religiosität, was sich auch im Krankheitsverständnis niederschlägt. Im *Zeitalter der Krankheit* (Neuzeit) konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung von technischen Mitteln das Krankheitsverständnis nachhaltig beeinflusst hat. Die Naturwissenschaft war gesellschaftlich anerkannt und Krankheiten wurden in Folge mehr als medizinisches Objekt wahrgenommen und weniger als Etwas, was den Menschen subjektiv betrifft. An diesem Überblick wird deutlich, dass der Krankheitsbegriff im Laufe der Zeit unterschiedliche Bedeutungen angenommen hat, jedoch auch innerhalb einer Zeitspanne verschiedene Auffassungen von Krankheit aufzufinden waren. Am Beispiel des Mittelalters wird dies besonders klar, denn innerhalb der europäischen Gesellschaft wurde Krankheit als gottgegeben, mystisch oder empirisch-rational aufgefasst. Vergleicht man das europäische Krankheitsverständnis im Mittelalter mit dem griechisch-arabischen Krankheitsverständnis kann nachgewiesen werden, dass Krankheit auch kulturell anders aufgefasst wird. Im griechisch-arabischen Raum wurde Krankheit als ein Phänomen des Lebens aufgenommen, was durch den Menschen behandelbar ist.

In der historisch-philosophischen Systematisierung des Krankheitsbegriff von Thomas Schramme konnte gezeigt werden, dass die Entdeckung von neuen naturwissenschaftlich-technischen Methoden den Krankheitsbegriff geprägt haben. Deutlich wurde dies im

Vergleich der Neuzeit mit der Antike, besonders in der Vorstellung, dass in der Antike der ganze Mensch Ort der Krankheit war und in der Neuzeit die DNA als potentieller Ort gesehen wird. Die Entdeckung der DNA-Stränge als Symbol für die naturwissenschaftlich-technische Entwicklung der Neuzeit spiegelt sich im Krankheitsverständnis wider. Krankheit wurde in der Neuzeit als etwas Objektives aufgefasst, was messbar wurde.

Die englischen Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* bezeichnen drei verbreitete Krankheitsauffassungen. Im Verlauf der Zeit wurde deutlich, dass das Krankheitsverständnis von *illness* mit der Entwicklung der Technologien immer mehr zu *disease* wurde. Mit der gesellschaftlich-gesetzlichen Krankenversicherungsgesetze kam das Krankheitsverständnis von *sickness* hinzu. *Sickness* im Sinne der Stigmatisierung gab es schon vor den genannten gesellschaftlichen Gesetzesumsetzungen. Das Mittelalter zeigte bereits, dass Krankheit im europäischen Raum eher als ein Übel aufgefasst wurde und im arabischen Raum als Teil des Lebens verstanden wurde. Durch die Auswertung von Helmut Plessner wurde deutlich, dass Krankheit in drei Sphären eingeteilt werden kann: (1) die Innenwelt, verstanden als *illness*. (2) die Außenwelt verstanden als *disease* und (3) die Mitwelt verstanden als *sickness*. Diese drei Blickwinkel und die drei Krankheitsauffassungen auf das Phänomen Krankheit variieren stark voneinander. Trotzdem ist es möglich mit diesen drei Auffassungen Krankheit in seinen unterschiedlichen Facetten zu skizzieren. Dabei finden sich diese Auffassungen in der Zeit, Kultur und in der Gesellschaft. So wird in der philosophischen Diskussion der normative und der naturalistische Krankheitsbegriff thematisiert. In dem naturalistischen Krankheitsbegriff liegt das Krankheitsverständnis *disease*, was ausgeprägt auf den naturwissenschaftlichen Charakter der Medizin verweist. In der normativen Krankheitstheorie ein *illness*-Verständnis vorhanden ist, welches den subjektiven Charakter in den Mittelpunkt stellt.

Somit konnte nachgewiesen werden, dass Krankheitsdefinitionen von vielen Faktoren abhängen und eine Wandelbarkeit des Begriffs in der Zeit, Kultur und Gesellschaft vorhanden ist.

2.1.2 Allgemeine Krankheits- und Gesundheitsdefinition

Nachdem im vorherigen Kapitel gezeigt werden konnte, dass das Krankheitsverständnis sowohl in der historischen Entwicklung, v.a. durch die technische Entwicklung, als auch innerhalb der Gesellschaft unterschiedlich aufgefasst wird, geht es nun in diesem Kapitel darum Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen im Allgemeinen zu betrachten. Dabei wird das Multiperspektivische des Begriffspaares erläutert und die Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit skizziert. In Abgrenzung zur Krankheit werden vier Komponenten des Gesundheitsbegriffes ausgeführt. Daran wird sich eine sprachliche Annäherung an die Begriffe anschließen, um final drei unterschiedliche Perspektiven auf den Krankheitsbegriff zu werfen.

Krankheit ist ein äquivoker Begriff, d. h. es existieren verschiedene Definitionen für das Phänomen Krankheit, die entsprechend der eingenommenen Perspektiven einen gezielten Blick zum Phänomen geben. Erst in der Betrachtung der unterschiedlichen Definitionen entsteht einerseits eine Annäherung an das Phänomen selbst und ein Gesamtüberblick zum Phänomen. Thomas Schramme betont, dass verschiedene Menschen in unterschiedlichen Zeiten auch verschiedene Krankheitsbegriffe hatten, und verweist darauf, dass solche multiperspektivischen Konzeptionen auch für Verwirrungen sorgen können.³⁹ Die unterschiedlichen Krankheitsbegriffe wurden im vorherigen Kapitel bereits erläutert, jedoch gilt es nun, sich dem Multiperspektivischen des Krankheitsbegriffs zu nähern. Dass der Begriff wandelbar ist, wurde mehrfach nachgewiesen und das zeigt sich in den Krankheitsauffassungen *disease*, *illness* und *sickness*. Daraus resultiert, dass es zum Begriff Krankheit nicht eine allgemeingültige Definition mit einem klaren Inhalt gibt, sondern viele Komponenten zusammenkommen. Daher scheint es sinnvoll zu sein, viele Auffassungen gemeinsam zu betrachten. Engelhardt Jr. verweist in dem Zusammenhang darauf, dass genetische, infektiöse, metabolische, psychologische und soziale Perspektiven ein Ursachengeflecht bilden würden, die von unterschiedlichen nomologischen Strukturen begrenzt werden.⁴⁰ Hierin wird deutlich, dass der Begriff erst mit der Vernetzung der unterschiedlichen Perspektiven zu einem Ganzen wird.

³⁹Vgl. Schramme, Thomas: Einleitung: Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der philosophischen Diskussion 2015, S. 12-14.

⁴⁰Vgl. Engelhardt Jr., H. Tristram: Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“. In: Schramme, Thomas (Hg.): Krankheitstheorien. 1.Aufl. Berlin: Suhrkamp 2015, S. 52.

Der Wunsch, Krankheit zu definieren, ist „so alt wie die Menschheit selbst“⁴¹, stellt Lanzerath fest und verweist auf den existentiellen Charakter dieser Grunderfahrung. Betrachtet man diese Aussage unter dem Aspekt der unterschiedlichen Entwicklungsstufen der Menschheit, wird deutlich, dass Krankheitsdefinitionen abhängig sind von den Mitteln, die eine Kultur oder Gemeinschaft zur Verfügung hat, um Phänomene zu definieren. Daher betont Cornelius Borck, dass Krankheitskonzepte immer kulturgebunden sind.⁴² Diese Annahme wird bildlich mit der Betrachtung der sogenannten heiligen Krankheit, Epilepsie. In der Antike wurde die Epilepsie als eine Krankheit angesehen, bei der Menschen von einem Dämon oder Gott besessen waren. Heute würde kein rational denkender Mensch der Aussage Glauben schenken, dass Epilepsie eine göttliche oder heilige Krankheit sei, deren Ursache in der Besessenheit durch einen Dämon begründet liegt. Die damalige Gesellschaft hatte dieser Art von Erklärung geglaubt, da die Lebensumstände durch Begriffe und Dinge der Gegenwart geprägt sind. Aus diesem Beispiel lässt sich weiterführend auch feststellen, dass unsere jetzigen Erklärungsversuche und Definitionen in Zukunft ebenso veraltet erscheinen werden, wie die in der Antike für uns heute. Das veranschaulicht, dass keine Definition für die Ewigkeit gilt und stets Erneuerungen widerfährt. Die äquivoke Verwendungsweise des Krankheitsbegriffs ist weiterhin auch im Folgenden begründet:

Nun handelt es sich bei dem Krankheitsbegriff nicht um eine einfache Zustandsbeschreibung, sondern um ein komplexes semantisches Gebilde, bei dem jede einfache Definition – wie immer bei Grundbegriffen – naturgemäß scheitern muss.⁴³

Daran wird klar, dass Komplexe sich nicht mit einfachen Aussagen über den aktuellen Status quo definieren lassen und mehr erfordern. Im konkreten Fall wird eine multiperspektivische Betrachtungsweise in Bezug auf Zeit, Kultur und Gesellschaft benötigt. Auch innerhalb einer bestimmten Zeit und Gesellschaft gibt es häufig noch weitere Auffassungen als nur eine Allgemeingültige.

Will man den Begriff Krankheit in Abgrenzung zur Gesundheit definieren, ist es notwendig, die gängigste Definition von Gesundheit zu betrachten. Die Definition der World Health Organization⁴⁴ lautet:

⁴¹ Lanzerath, Dirk: Krankheitsbegriff, Anthropotechnik und die Grenzen ärztlichen Handelns 2008, S. 155.

⁴² Vgl. Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung. Hamburg: Junius 2016, S.35.

⁴³ Lanzerath, Dirk: Krankheitsbegriff, Anthropotechnik und die Grenzen ärztlichen Handelns 2008, S. 155.

⁴⁴ Im weiteren Verlauf der Diplomarbeit mit „WHO“ abgekürzt.

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.⁴⁵

Somit wird Gesundheit als ein Zustand beschrieben, der sich aus dem vollständigen Wohlergehen in physischer, mentaler und sozialer Hinsicht zusammensetzt und der nicht nur aus dem Ausbleiben von Krankheit oder Gebrechen besteht. Folglich wird klar, dass die gängige Meinung zu der Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit nicht allein aus dem Kriterium besteht, dass das Nichtvorhandensein von Krankheit automatisch Gesundheit bedeutet. Dieses benannte Kriterium wird mit dem Wohlergehen der Person in körperlicher, seelischer und gesellschaftlicher Hinsicht erweitert. Ob diese Erweiterung der Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit gerecht wird, ist diskutierbar, denn Gesundheit wird zunächst mit einem Idealzustand identifiziert. Weiters steht offen, wie solch ein vollständiges Wohlergehen in physischer, mentaler und sozialer Hinsicht aussieht und bei welchen Menschen solch ein vollständiges Wohlergehen überhaupt möglich ist. Es wird erneut deutlich, dass sich mit einfachen Definitionen komplexe Sachverhalte nicht einfach fassen lassen.

Ein weiterer Zusammenhang, der zwischen Gesundheit und Krankheit oft angenommen wird, lautet, dass man eine umfassende Gesundheit hat, aber nicht eine umfassende Krankheit. So benennt auch Engelhard Jr., dass es viele Krankheiten gibt, jedoch nur eine Gesundheit.⁴⁶ Petra Lenz macht dies deutlich, indem sie betont, dass eine Person an einer spezifischen Krankheit leiden kann, aber sich nicht an einer spezifischen Gesundheit erfreuen kann. Darauf aufbauend kommt sie zur Annahme, dass Gesundheit bedeutet, dass eine bestimmte Krankheit diagnostisch ausgeschlossen ist, jedoch der Verdacht auf weitere Krankheiten besteht. Beide Begriffe seien Oberbegriffe, unter welchen verschiedene Zustände subsumiert werden können, die entweder dem Gesunden oder Kranken zugeordnet sind.⁴⁷

Es wird bereits in der WHO-Definition von Gesundheit deutlich, dass Krankheit und Gesundheit sich nicht einfach nur gegenüberstehen, sondern dass das Erleben der Person, also *illness*, eine entscheidende Rolle einnimmt. So wie Krankheit und Kranksein sich

⁴⁵ World Health Organization: Constitution. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (letzter Aufruf 23.07.2019) Bibliographie nach eigenen Angaben der WHO: Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no.2, p.100) and entered into force on 7 April 1948.

⁴⁶ Vgl. Engelhardt Jr., H. Tristram: Die Begriffe „Gesundheit“ und Krankheit“ 2015, S. 62.

⁴⁷ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin. Wiesbaden: J. B. Metzler 2018, S. 92-93.

zueinander verhalten, verhält sich Gesundheit zu Gesundsein. Die Frage, ob man krank ist oder eine Krankheit hat, ist so offen, wie die Frage danach, ob man gesund ist oder die ultimative Gesundheit hat. Denn bis *disease* diagnostiziert wird durch die Medizin, ist man nicht offiziell krank, aber man kann durchaus sich krank fühlen im Sinne von *illness*. Beide Begriffe lassen sich nicht ultimativ festhalten, weil sie etwas Zeitliches in sich tragen. Eine Person, die Krebs im Anfangsstadium hat, wird sich bis zur Diagnose noch gesund fühlen und bis zum Zeitpunkt der Diagnose wird sie auch von der Medizin und der Gesellschaft als gesund befunden. Mit dem Zeitpunkt der Diagnose wird aus dem Oberbegriff Krankheit dann auch spezifisch der Krankheitsname, in dem Fall Krebs. An dem Beispiel wird auch deutlich, dass sowohl Kranksein und Krankheit als auch Gesundsein und Gesundheit nicht bloß subjektiv von der Person empfunden werden können, sondern teilweise auch von außen an sie herangetragen werden, wie z. B. durch eine Diagnose. Cornelius Borck betont, dass Gesundheit und Krankheit nicht auf gleicher Ebene seien, Gesundheit die Differenz von Krankheit und Kranksein sei und Gesundheit nicht auf das Funktionieren des menschlichen Organismus reduziert werden dürfe.⁴⁸ Damit möchte er verdeutlichen, dass die Gesundheit kein objektiver Gegenstand ist und in der Differenz von Krankheit und Kranksein die subjektive Erfahrung des Menschen miteinspielt und erst aus dieser Relation Gesundheit einzuordnen ist. Folglich existieren Krankheit und Gesundheit zunächst in den Personen und werden teilweise durch die Medizin festgestellt. Daraus ergibt sich, dass Krankheit weder nur als *disease* noch nur als *illness* verstanden werden darf. Es handelt sich dabei um zwei Krankheitsauffassungen, die beide ihre Berechtigung haben, aber keineswegs das alleinige Geltungsrecht besitzen.

Giovanni Maio benennt vier Komponenten der Gesundheit, die reflektiert werden müssen: (1) *Gesundheit als „Ganzheit“*, (2) *Gesundheit als dispositionaler Begriff*, (3) *Gesundheit als soziale Normvorstellung* und (4) *Gesundheit als Bewältigungspotenzial*.⁴⁹ Im ersten Punkt wird deutlich, dass Gesundheit nicht eine spezielle Eigenschaft beschreibt, sondern auf den ganzen Menschen bezogen ist.⁵⁰ Den Menschen in seiner Ganzheit für die Gesundheitsbestimmung zu betrachten ist wichtig, da seine subjektive Erfahrung in die Gesundheit einfließt. Angenommen die Gesundheit wäre auf eine

⁴⁸ Vgl. Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung 2016, S. 63-64.

⁴⁹Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege. 2. überarbeit. u. erweitert. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2017, S. 132-134.

⁵⁰Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 132.

spezielle Eigenschaft bezogen, dann würde dies im Kontext mit Krankheit bedeuten, dass Gesundheit vollständig erlischt, sobald Krankheit einsetzt. Erweitert müsste auch in Betracht gezogen werden, ob jemand mit einer Hörbeeinträchtigung noch als gesund einzustufen ist. Mit dem zweiten Punkt wird dargestellt, dass Gesundheit kein objektiver Zustand ist, den man problemlos feststellen kann, sondern ein dispositionaler Begriff ist, der erst im direkten Vergleich zum Vorschein kommt.⁵¹ Daran wird deutlich, dass man Gesundheit nicht nur mit objektiven Mitteln ermitteln kann, sondern dieser sich im Vergleich zeigt. Wenn eine Person sich krank fühlt, sich untersuchen lässt und der Arzt keine *disease* feststellen kann, gilt die Person als gesund, auch wenn sie weiterhin *illness* verspürt. Im dritten Punkt wird Gesundheit neben naturwissenschaftlichen Normen auch von Sozialnormen abhängig gemacht.⁵² Folglich steht nicht nur die Funktionsfähigkeit des Organismus im naturwissenschaftlichen Sinne für die Normeinstufung im Fokus, sondern auch die Funktionsfähigkeit im gesellschaftlichen Gefüge, inklusive den Erwartungen an die Mitglieder der Gesellschaft, also neben *disease* auch *sickness*. Im vierten Punkt wird deutlich, dass Gesundheit und Krankheit keine Begriffe sind, die sich ausschließen, und daher Gesundheit auch ein Bewältigungspotential ist.⁵³ Das zeigt offensichtlich, dass es Menschen geben kann, die bestimmte Einschränkungen aufgrund von Krankheit haben können, dies jedoch durchaus damit einhergehen kann, sich gesund zu fühlen. Der verstärkte Fokus liegt eben in der Fähigkeit des Menschen, mit Problemen und Hindernissen umzugehen.

Eine Annäherung an die Begriffe *Gesundheit* und *Krankheit* kann auch sprachlich erfolgen. Betrachtet man hierfür das Etymologische Wörterbuch der deutschen Sprache wird deutlich, dass der Begriff *krank* zunächst schwach, hinfällig und gering⁵⁴ bedeutete, während der Begriff *gesund* mächtig und stark in seiner Ausgangsbedeutung⁵⁵ inne hatte. Hierin wird bereits deutlich, wie der Begriff *Krankheit* einen ausgeprägt negativen und der Begriff *Gesundheit* einen stark positiven Bedeutungsursprung hat. Dieser Bedeutungsursprung hat sich auch in den allgemeinen Sprachgebrauch dieser Begriffe etabliert. Die Bedeutungsebenen im aktuellen Gebrauch des Begriffes *Krankheit* werden besonders deutlich, wenn man die englischen Pendanten zum Begriff betrachtet. Lenz

⁵¹ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 133.

⁵² Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 134.

⁵³ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 134.

⁵⁴ Vgl. Kluge, Friedrich: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache 1989, S. 409-410.

⁵⁵ Vgl. Kluge, Friedrich: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache 1989, S. 264.

benennt, auf Rothschild Bezug nehmend, dass im Englischen die Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* für Krankheit verwendet werden. Diesbezüglich definiert sie, *disease* als das Leid, die Not, das Unbehagen und den Ärger, unabhängig von der Tatsache, ob die Person die Krankheit bemerkt oder nicht. *Illness* bezeichnet die Krankheit unter dem subjektiven Leiden, während *sickness* den sozialen Status und die soziale Interaktionen des Kranken bezeichnet.⁵⁶ So kann man dem Begriff *disease* das deutsche Wort Krankheit zuordnen, da es sich eher auf die gestellte Diagnose bezieht, und der Begriff *illness* bezieht sich eher auf das deutsche Wort Kranksein und dem Empfinden des Phänomens Krankheit in der Person. Lenz definiert dabei den Begriff *disease* jedoch nicht, wie er in dieser Diplomarbeit definiert wurde, also als pathologische Diagnose, sondern erweitert den Begriff mit Charakteristika aus dem Begriff *illness*. Mit dem konkreten Krankheitsbegriff verbindet Engelhardt Jr. die Annahme, dass es nicht nur Beschreibung und Erklärung ist, sondern auch Handlung bestimmt. Der Begriff umfasse Bewertungskriterien, die bestimmte Sachverhalte als erstrebenswert und andere als zu vermeiden einstufen.⁵⁷ So entsteht aus dem konkreten Krankheitsbegriff das Erstrebenswerte und „Normale“, also die Gesundheit, und aus dem Gegenteil die Krankheit.

Möchte man sich der Frage nähern, welche Auffassungen existieren und welche dominieren, sollte man drei Perspektiven näher betrachten. Maio benennt drei Zugänge zur Frage: (1) Biostatistische Komponente des Krankheitsbegriffs, demnach Krankheit als natürliche Entität, als Tatsache eingestuft wird, die man in der Natur finden und naturwissenschaftlich präzise beschreiben kann. Krankheit wird in diesem Zusammenhang als Abweichung von der physiologischen Norm bezeichnet.⁵⁸ (2) Soziokulturelle Komponente des Krankheitsbegriffs, demnach Krankheit nicht nur eine objektivierbare Funktionsstörung ist, sondern etwas ist, das die Gesellschaft aufgrund bestimmter Vorstellungen eines guten Lebens als Krankheit definiert.⁵⁹ (3) Subjektive Komponente des Krankheitsbegriffs, demnach nicht nur biologische und soziale Faktoren, sondern am stärksten die Empfindung des kranken Menschen die Krankheit definiert.⁶⁰ Die biostatistische Komponente findet vor allem in der Medizin, die sich als Naturwissenschaft versteht, ihren Anspruch. So werden Krankheiten z. B. auf Grundlage

⁵⁶ Vgl. Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin 2018, S. 87.

⁵⁷ Vgl. Engelhardt Jr., H. Tristram: Die Begriffe „Gesundheit“ und Krankheit“ 2015, S. 44.

⁵⁸ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 123.

⁵⁹ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 127.

⁶⁰ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 128.

von Blutbildern erstellt, deren Werte an gewissen Stellen so stark von der Normalkurve abweichen, dass eine Krankheit zu diagnostizieren ist. Somit scheint die biostatistische Komponente am ehesten dem Krankheitsverständnis von *disease* zu entsprechen. Die soziokulturelle Komponente hingegen macht deutlich, dass die Gesellschaft festlegt, wie ein gutes Leben zu sein habe, folglich auch die Werte und Ansprüche festlegt, die verlangt werden. Eine Person wird als krank eingestuft, weil die Leistung nicht in dem Maß vorhanden ist, wie es gesellschaftlich erwartet wird. Diese Komponente entspricht dem Krankheitsverständnis von *sickness*. Die subjektive Komponente, also das Krankheitsverständnis *illness*, ist wesentlich, da die Person sich selbst als krank oder nicht-krank einstuft. Michael Imhof verweist darauf, dass Krankheiten und Medizin wirkmächtige Schwungräder sowohl in der Ontogenese des einzelnen Individuums als auch im Gesamtrahmen der Natur- und Geistesgeschichte der Menschheit sind.⁶¹ So kann man einen starken Einfluss der Medizin auf den Krankheitsbegriff annehmen. Dies ist auch daran erkenntlich, dass häufig ein Krankheitsverständnis verbreitet ist, was dem Bedeutungsspektrum des Begriffes *disease* entspricht.

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage und der Hauptannahme dieses Kapitel konnte herausgestellt werden, dass Krankheit nicht mit einer einzigen Definition festgelegt werden kann, sondern einer Vernetzung verschiedener Auffassungen benötigt. In der Hauptannahme wurde dies deutlich gemacht, in dem darauf hingewiesen wird, dass Krankheitsdefinitionen von der Zeit, Kultur und Gesellschaft abhängig sind. Ähnlich verhält es sich auch zur Gesundheitsdefinition, die häufig im Kontrast zur Krankheit zu definieren versucht wird. Es lässt sich jedoch logisch ableiten, dass das Gegenteil von Krankheit nicht Gesundheit sein kann, da Krankheit bereits nicht eindeutig mit einer allgemeinen Definition zu fassen ist. Häufig wird eine Auffassung von Krankheit gewählt, nämlich *disease*, und davon ausgehend wird auch Gesundheit definiert. Dies zeigt offensichtlich, dass das Krankheitsverständnis *disease* sehr verbreitet ist und sich im Verständnis von Krankheit innerhalb der jetzigen Gesellschaft niederschlägt. Deutlich wird dies in der WHO-Definition von Gesundheit, in der explizit nur *disease* erwähnt wird. Durch die Erläuterung der Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit wurde gezeigt, dass es eine sogenannte umfassende Gesundheit gibt, jedoch keine umfassende Krankheit, da die unterschiedlichen Auffassungen bei Krankheit in einer größeren

⁶¹ Vgl. Imhof, Michael: Krankheit und Zeit. Eine Philosophie der Medizin. Lengerich: Pabst Science Publishers 2018, S. 226.

Vielzahl vorhanden sind als im Vergleich zu den vorhandenen Gesundheitsauffassungen. Gesundheit wird häufig als etwas verstanden, was den ganzen Menschen betrifft, während Krankheit in der Regel nur ein bestimmtes Organ betrifft. Obwohl Gesundheit nicht als objektiver Zustand eingestuft wird, besteht eine Abhängigkeit zu *disease* und *sickness*. *Illness*, was sich gerade in seiner Subjektivität ausdrückt, wird eher ignoriert. Dies zeigt die Tendenz der aktuellen Gesellschaft, dass *illness* weniger in Erfahrung gebracht wird als die anderen zwei Auffassungen. Durch das Aufzeigen der drei Perspektiven auf Krankheit durch Maio wurde deutlich, dass die biostatistische Komponente, also *disease*, seinen Ursprung in der technischen Entwicklung und in den Naturwissenschaften hat, die durch ihre Erfolge, u.a. durch gezielte Behandlungen, ein Ansehen innerhalb der Gesellschaft errungen hat. Die soziokulturelle Komponente des Krankheitsbegriff hat sich in den Gesetzen und sozialen Normen der Gesellschaft niedergeschlagen und entspricht der Auffassung *sickness*. Diese haben, mitunter weil sie auch einen Schutz für die erkrankten Menschen bieten, eine gesellschaftliche Anerkennung. Die subjektive Komponente des Krankheitsbegriffs, also *illness*, hingegen wird gesellschaftlich nicht wertgeschätzt, sondern beschränkt sich auf private Gespräche zwischen Erkrankten und Familienangehörigen. So wird offenkundig, dass man *illness* in der breiten Gesellschaft und in der Medizin Gehör verschaffen sollte. Denn *disease* führt zur Anerkennung der Medizin, *sickness* zur Anerkennung der Gesetze, während *illness* zur Anerkennung der erkrankten Menschen führt, was aktuell gesellschaftlich eher im Hintergrund gehalten wird. In der etymologischen Annäherung wurde gezeigt, dass im Allgemeinen Krankheit negativ und Gesundheit positiv assoziiert wird. Dies erklärt u.a. die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Krankheit, da Sprache einen signifikanten Einfluss auf die Einstellungen der einzelnen Mitglieder hat.

2.1.3 Krankheit in der Medizin

Bei den Krankheitsdefinitionen in der Medizin wird deutlich, dass die jeweilige Definition stark von dem Eigenverständnis der Medizin abhängt. Daher wird zunächst ausgeführt, dass es auch in der Medizin unterschiedliche Krankheitsauffassungen gibt. Im Anschluss wird gezeigt, dass das gelebte Krankheitsverständnis innerhalb der Medizin eher *disease* zuzuordnen ist und dass sich die Medizin häufig als Naturwissenschaft auffasst.

Krankheit kann als Grundbegriff der Medizin angenommen werden, jedoch variiert die Auslegung des Begriffs auch innerhalb der Medizin. Petra Gelhaus betont, dass Krankheit als Grundbegriff in der Medizin ihr Selbstverständnis mitbestimmt, da zahlreiche praktische Auswirkungen auf den Krankheitsbegriff zurückzuführen seien. Zunächst würde die Gesellschaft Funktionsausfälle und unerwünschtes Verhalten entschuldigen, wenn sie durch Krankheit verursacht seien. Ferner akzeptiere die Gesellschaft die solidarische Hilfsverpflichtung gegenüber Kranken, welche sich im Gesundheitssystem widerspiegelt. Weiters beeinflusse die Hilfsbedürftigkeit des Kranken das moralische Selbstverständnis von Ärzten, was sich im Berufsethos ausdrücke.⁶² Daran wird ersichtlich, dass der Krankheitsbegriff auf viele Bereiche Einfluss nimmt. Dreh- und Angelpunkt der Medizin ist die Krankheit, denn einerseits gilt es, Krankheiten heilen zu wollen, andererseits Gesundheit zu fördern. In dem Selbstverständnis der Medizin, Krankheiten heilen zu wollen, steckt weiterführend auch, Gründe für Erkrankungen zu identifizieren, Möglichkeiten zu schaffen, damit keine Erkrankungen mehr eintreten und geeignete Therapieformen entwickelt werden. Angenommen, der Mensch wäre zu keinem Zeitpunkt von Krankheit betroffen, weder physisch noch psychisch, dann hätte dies zur Folge, dass die Medizin ihren Selbstanspruch verliert und das Phänomen Krankheit nicht mehr existent wäre. Zu betonen bleibt jedoch, dass sowohl die Krankheit das Selbstverständnis der Medizin mitbestimmt als auch das Selbstverständnis der Medizin Einfluss auf die Krankheitsdefinition hat. Matthias Beck verweist auf das vorherrschende Krankheitsverständnis innerhalb der Medizin, demnach Krankheit als Mangel angenommen wird, dessen Gründe organischer, psychischer und geistiger Art sein können.⁶³ Wenn von Mangel gesprochen wird, sollte es auch eine Möglichkeit zur Behebung des Mangels geben und somit eine Wiederherstellung der ursprünglichen Situation. Der Behebung des Mangels entsprechen in der naturwissenschaftlichen Medizin Therapiemöglichkeiten, die u.a. Medikamente, Operationen psychotherapeutische Angebote einschließen. Daraus lässt sich eben ableiten, dass die Medizin sich als Naturwissenschaft versteht, was das Problem, also die Krankheit,

⁶² Vgl. Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Eine Skizze. In: Rothhaar, Markus/ Freweg, Andreas (Hg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Stuttgart: Franz Steiner, 2012, S. 133.

⁶³ Vgl. Beck, Matthias: Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn/ München/ Wien/ Zürich: Schöningh 2000, S. 282.

messbar macht, um gezielt die Lösung zu erbringen, ganz als würde man eine mathematische Gleichung lösen.

Innerhalb der Medizin werden Krankheiten festgestellt, aber die Frage lautet nun, wie diese Feststellung erfolgt. Imhof beschreibt eingehend, dass Daten vom Patienten an den Arzt übermittelt werden, dabei eingeschlossen sind einerseits die persönlichen Daten, wie z. B. Alter, Geschlecht, und andererseits technisch erworbene Daten, wie z. B. Laborbefunde oder die Befunde aus der Magnetresonanztomographie (MRT). Der Arzt muss nun auf Grundlage dieser Daten eine Bedeutung im Sinne einer Abweichung von der Norm zuordnen, um Hinweise zur Entschlüsselung der tatsächlichen Krankheit zu erhalten.⁶⁴ Dieser beschriebene Prozess ist der Diagnoseprozess und mit diesem werden innerhalb der Medizin Symptomen Krankheitsnamen verliehen, ganz im Sinne des Begriffs *disease*. Lenz nennt den Bereich Krankheit, der mit der Mitteilung der Diagnose beginnt. Der unmarkierte Bereich, also alles vor Mitteilung der Diagnose, wird als Gesundheit bezeichnet.⁶⁵ Folglich wird deutlich, wie die Feststellung der Krankheit das Verständnis von Krankheit und Gesundheit verschiebt. Missachtet wird hierbei, dass Menschen sich krank fühlen, aber die Medizin keinerlei Diagnose stellen kann, d.h. *illness* ist vorhanden, aber kein *disease* und folglich auch kein *sickness*.

Das Selbstverständnis der Medizin als Naturwissenschaft hat einen anderen Einfluss auf den Krankheitsbegriff als ein Selbstverständnis der Medizin als Geisteswissenschaft. Ludwig Fleck macht darauf aufmerksam, dass die Rolle der statistischen Beobachtungen in der naturwissenschaftlich verstandenen Medizin eine enorme Rolle eingenommen habe.⁶⁶ Daraus lässt sich schon verstehen, dass naturwissenschaftliche Methoden Einklang in der Medizin gefunden haben und eine starke Präsenz besitzen. Dies bewirkt auch das Krankheitsverständnis, welches sich in erster Linie auf messbare Werte konzentriert. Fleck betont jedoch, dass neben diesem naturwissenschaftlichen Charakter der Medizin das Schöpferisch-Synthetische und das Sozialhistorische nicht in Vergessenheit geraten dürfe.⁶⁷ Für den Krankheitsbegriff bedeutet dies eben auch, dass neben den statistischen Werten auch weitere persönliche Werte eingebunden werden müssen. Fleck verweist mit dieser Erklärung darauf hin, dass die Naturwissenschaften

⁶⁴Vgl. Imhof, Michael: Krankheit und Zeit 2018, S. 254-255.

⁶⁵Vgl. Lenz, Petra: Was ist Krankheit? 2012, S. 308.

⁶⁶Vgl. Fleck, Ludwig: Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Mit einer Einleitung hrsg. von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Berlin: Suhrkamp 1983, S. 38.

⁶⁷ Vgl. Fleck, Ludwig: Erfahrung und Tatsache 1983, S. 54.

den Anspruch haben, dass sie das absolute Wissen besitzen und außer Acht lassen, dass es kein solches Wissen gibt. Vielmehr versucht er darauf zu verweisen, dass in der Forschung auch viele kreative Arbeit steckt und nicht alles auf dem Papier mit logischen Schlüssen zu lösen ist. Bezogen auf Krankheit und Medizin bedeutet dies eben, dass Krankheit für die jetzigen Konditionen größtenteils von der Medizin als *disease* verstanden wird, aber Auffassungen wie z.B. *illness* ebenfalls einfließen sollten, um den kreativen Faktor gewährleisten zu können. Cornelius Borck verweist darauf, dass die Krankheit sich für die Medizin wie ein Rätsel darstellt, welches durch die Medizin gleich oder zukünftig gelöst wird. Dieser Antrieb für die biomedizinische Forschung habe jedoch einen wesentlichen Nachteil, es werden keine anderen Sichtweisen mit einbezogen.⁶⁸ Mit der Aussage von Borck verstärkt sich erneut die Sichtweise, dass die Medizin sich zunehmend als rein naturwissenschaftlich einstuft und folglich ihre Flexibilität verliert, was einen entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsbegriff und in Folge für den Umgang mit Krankheit und Kranksein in der Medizin hat. Lukas Kaelin betont, dass die Medizin eine praxisorientierte Erfahrungswissenschaft ist, die sich sowohl als Natur- als auch als Geisteswissenschaft verstehen sollte. Er benennt einen binären Code für die Medizin, bestehend aus Krankheit und Gesundheit. Das erste Merkmal besteht darin, dass der medizinische Code sich anormal zu den Codes in anderen Teilsystemen der Gesellschaft verhält. Krankheit wird als positiver Pol und Gesundheit als negativer Pol eingestuft. Anormal sei in diesem Kontext, dass versucht wird, den positiven Pol zu vermeiden. Das zweite Merkmal gilt als Sekundärkode und unterscheidet Krankheiten in heilbar oder unheilbar, in permanente oder vorübergehende Einschränkung oder in akute oder chronische Krankheiten. Das dritte Merkmal bezieht sich nicht nur auf krank oder gesund, sondern zeigt Überschneidungen des medizinischen Systems mit anderen Systemen, wie z. B. die Rolle der Medizin in der Forschung als Teil des Wissenschaftssystems oder die Rolle der Medizin in der Medizinethik als Teil des moralischen Systems.⁶⁹ Anhand dieser Codierung wird deutlich, welche Kriterien in der Medizin relevant sind für den Krankheitsbegriff. Wenn sich die Medizin nur auf ihren naturwissenschaftlichen Teil bezieht, wird nur ein Teil des Krankheitsbegriffs wahrgenommen, nämlich *disease*. Gerade die Medizin hat viele Überschneidungen mit

⁶⁸ Vgl. Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung 2016, S. 48.

⁶⁹ Vgl. Kaelin, Lukas: Adornos Begriff der Autonomie und die Medizin. In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M., Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014, S. 19- 21.

anderen Systemen, wie oben erwähnt wurde, daher ist es auch notwendig, unterschiedliche Krankheitsauffassungen in die Medizin einfließen zu lassen und eine Vernetzung zu erzielen. Ein Selbstverständnis der Medizin als Natur- und Geisteswissenschaft würde zu einem breiteren Krankheitsverständnis führen und ein breiteres Krankheitsverständnis würde ein breiteres Selbstverständnis der Medizin fördern.

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage und der Hauptannahme wurde in diesem Kapitel gezeigt, dass das Krankheitsverständnis auch innerhalb der Medizin variiert. Grundlegend hierfür ist, dass das Selbstverständnis der Medizin und das Krankheitsverständnis wechselseitig beeinflussen. Daraus folgt, dass das Selbstverständnis der Medizin als Naturwissenschaft zu einem verstärkten Verständnis von Krankheit als *disease* führt. Durch die erfolgreichen Entwicklungen im medizinischen Bereich, besonders durch effektive Therapien, wurde der Gesellschaft suggeriert, dass Krankheit nur in diesem Sinn verstanden werden kann. Die daraus resultierende Anerkennung innerhalb der Gesellschaft ab Beginn der Neuzeit führte zu einer Bestätigung der Medizin als Naturwissenschaft. Ein Problem entsteht an dem Punkt, so sich die Medizin rein naturwissenschaftlich versteht, da das Objekt der Forschung der Mensch ist. Es ist nicht vergleichbar mit der Mathematik, in der die Lösung eines Problems auf dem Papier vollzogen wird und die eingesetzten Variablen stets konstant sind. Da der Mensch und die menschliche Krankheit im Fokus stehen, scheint es unabdingbar auch das Krankheitsverständnis *illness* in die Medizin zurückzuführen. Die Krankheitsdefinition ist eine Vernetzung aus unterschiedlichen Perspektiven und keine mathematische Konstante und die Medizin hat viele Überschneidungen mit unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen, wie z.B. der Physik, der Mathematik, der Ethik etc. Allein aus diesen Überschneidungen heraus ist es notwendig, den geisteswissenschaftlichen Anteil der Medizin zu aktivieren. Am Beispiel der üblichen Krankheitsfeststellung wird die Tendenz gezeigt, dass die harten Fakten, wie z.B. Alter, Gewicht u.a., mit den messbaren Daten, wie z.B. Blutwerte u.a., zusammengeführt, um zu einer Diagnose zu gelangen. Das subjektive Krankheitsverständnis des Patienten spielt keine große Rolle. Missachtet wird dabei, dass ein Mensch krank sein kann, obwohl all seine Werte im Normbereich liegen. Um einen angemessenen Umgang mit kranken Menschen zu schaffen, scheint es nicht zu umgehen, dass das subjektive

Krankheitsverständnis Einklang in der Medizin findet und vielleicht in Folge auch in der Gesellschaft.

2.1.4 Krankheit in der Gesellschaft und Schule

Um der Frage nachzugehen, wie sich Krankheit in der Gesellschaft und weiterführend in der Schule abzeichnet, erfolgt eine Betrachtung der Krankheit im gesellschaftlichen Bereich. Daher wird zunächst herausgestellt, dass Krankheit jedes Mitglied der Gesellschaft betreffen kann. Es wird im Anschluss dargestellt, dass Krankheit in der Gesellschaft eine negative Konnotation besitzt. Die Annahme, dass im Schulkontext Krankheit häufig mit der Entbindung der schulischen Pflichten verstanden wird, wird final beleuchtet.

In Bezug auf die Annahme, dass Krankheit jedes Mitglied der Gesellschaft betreffen kann, stellt Arthur Jores folgende Konstellation vor: der Mensch ist ein Glied in einem Ganzen der Welt und ist mit diesem durch ein enges Beziehungssystem verbunden. Man könne dem Menschen und seiner Krankheit nur gerecht werden, wenn man ihn nicht nur in seiner Besonderheit, sondern in seiner allgemeinen Verknüpfung mit dem Lebensprozess betrachtet. Jores folgert daraus, dass Krankheit zunächst ein Phänomen sei, das man bei allen Lebendigen und damit auch beim Menschen antreffen kann.⁷⁰ Das erwähnte Beziehungssystem ist die Gesellschaft und folglich ist es unabdingbar, dass Krankheit als Teil des menschlichen Daseins zunächst akzeptiert wird. Gelhaus betont, dass in der Gesellschaft auf Krankheit, Kranksein oder kranke Menschen stets mit moralischen Impulsen, mit Gefühlen wie Mitleid, mit einer Reaktion auf die Hilfsbedürftigkeit des Kranken und mit praktischen Verpflichtungen der Gesellschaft reagiert wird.⁷¹ Folglich wird Krankheit als etwas empfunden, das Hilfsbereitschaft verlangt, aber auch Mitleid erfordert. Auch wenn es keine einheitliche Definition von Krankheit gibt, da der Begriff mit unterschiedlichen Inhalten gefüllt werden kann, wie z. B. bei *disease* und *illness*, verweist Knapp darauf, dass es eine Gemeinsamkeit in allen Bedeutungsebenen gibt, nämlich, dass alles Lebendige die Möglichkeit des Krankseins

⁷⁰ Vgl. Jores, Arthur: Der Mensch und seine Krankheit. Grundlagen einer anthropologischen Medizin. Stuttgart: Ernst Klett 1956, S. 28

⁷¹ Vgl. Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs 2012, S. 134.

hat.⁷² Der Fokus bei der Definition von Krankheit in diesem Sinne liegt beim Menschen selbst, der das Potential zu Erkrankung in sich trägt. Daher scheint es wichtig, unterschiedliche Bedeutungsebenen von Krankheit, konkret *disease*, *illness* und *sickness*, als Gesamtspektrum zu betrachten. Wenn die Gesellschaft lediglich ein Krankheitsverständnis von *disease* hat, bei dem nur die naturwissenschaftlich gewonnen Diagnosen Gültigkeit besitzen, verliert der Mensch in der Gesellschaft sein Dasein als Subjekt und wird lediglich zu einem Objekt. Deshalb gilt es alle Bedeutungsebenen von Krankheit in das Krankheitsverständnis der Gesellschaft einzubinden. Bieganski betont, dass die Bedingungen des normalen Lebens in Betracht gezogen werden müssen, da Krankheit verändertes Leben ist.⁷³ Krankheit hat viele offene Seiten, somit trifft etwas kaum Definierbares auf den Menschen, der ebenfalls mannigfaltig ist, und der Komplex wird größer. Verständlich ist, dass man versuchen möchte, Definitionen zu finden, jedoch wird häufig missachtet, dass diese nur Geltungsbereiche festlegen. So wird Krankheit häufig als das Übel per se betrachtet:

Krankheit, Siechtum und Tod gehören mit Dürre, Hagelschlag, Überschwemmung und anderen schreckensvollen Ereignissen zu den großen Plagen der Menschheit seit Anbeginn. Kein Wunder, daß [sic] Krankheit seit jeher Gegenstand des Handelns und Nachdenkens gewesen ist.⁷⁴

Krankheit wird also in der Gesellschaft mit Naturkatastrophen gleichgesetzt, also auch als etwas Unverhofftes und Schlimmes. Die Erwartung an Krankheit wird durch diese Definition als Naturkatastrophe so negativ aufgeladen, dass der Anschein geweckt wird, dass nichts Positives daraus entspringen könnte. Robert Koch relativiert diesen Anschein dahingehend, dass er sagt, Kranksein könne dem Betroffenen und der Gesellschaft nützlich und schädlich sein, je nach Situation.⁷⁵ Daraus folgt, dass die Definition von Krankheit als etwas Übels der tatsächlichen Krankheit nicht gerecht wird, da sie sowohl für den Erkrankten als auch für die Gesamtgesellschaft Nützliches erbringen kann. Koch beschreibt, dass der Sinn der Krankheit am deutlichsten wird, wenn die Gesellschaft die Krankheit als einen Teil des Leidens ansieht und nach dem Sinn des Leidens in der

⁷² Vgl. Knapp, Guntram: Über die Krankheit. Inaugural – Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. München: Tausch U.B. 1967, S. 126.

⁷³ Vgl. Bieganski, W: Der Krankheitsbegriff. In: Roths Schuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 109.

⁷⁴ Roths Schuh, Karl E.: Einleitung. In: Roths Schuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S.1.

⁷⁵ Vgl. Koch, Robert: Sinn des Krankseins. In: Roths Schuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S.129.

Menschheit fragt.⁷⁶ Folglich ist Krankheit in der Gesellschaft auch aktiv mit Leid und der subjektiven Leiderfahrung verbunden.

Während Krankheit im negativen Licht erscheint, ist Gesundheit hoch propagiert. Borck drückt dies als die „Volksgesundheit“ aus, wobei er der Politik in Hinblick auf die individuelle Gesundheit eine wichtige Rolle beimisst.⁷⁷ So findet man im gesamten medialen Spektrum aktiv Werbung für das Gesundsein, wobei die Grenze zwischen Gesundheit und dem Versuch einer maximalen Perfektion des Körpers verschwommen ist. Krankheit stellt in diesem Kontext nur einen klassischen Feind dar, dem man nicht begegnen soll und von dem man sich fernhalten kann, wenn man sich an die Gesundheitstipps hält. Suggestiert wird, dass nur diejenigen erkranken, die sich nicht an die Regeln der Gesundheit gehalten haben. Bettina Zehetner betrachtet die Gesundheit als gesellschaftliches Ordnungsinstrument, dem zu Folge die Perfektionierbarkeit des Körpers gemessen wird.⁷⁸ Wenn Gesundheit das Ordnungsinstrument der Gesellschaft ist, dann ist Krankheit das Unordnungsinstrument. Krankheit verhindert in diesem Sinne die gesellschaftlich gewünschte Perfektion und erhöhte Leistungsfähigkeit, indem es den Menschen mit Einschränkungen versieht.

Krankheitsdefinitionen werden im Schulkontext nicht direkt entwickelt, sondern Definitionen aus der Gesellschaft finden sich dort wieder. Im direkten Schulkontext wird Krankheit jedoch für die Schülerinnen und Schüler eher als eine Möglichkeit definiert, sich der Schule fernzuhalten, wie es hier passend beschrieben wird:

War aus kindlicher Perspektive heraus Krankheit manchmal auch als eine Art Urlaub vom normalen Leben erfahren worden – man muss nicht zur Schule gehen, man darf sich noch einmal umsorgen lassen wie ein Säugling- so bricht Krankheit irgendwann einmal als Ernstfall ein⁷⁹.

Dieses Zitat macht die Tendenz deutlich, dass die meisten Kinder noch nicht mit dem Ernstfall konfrontiert worden sind. So stellen Krankheit und der Wert der Krankheit innerhalb der Gesellschaft bereits in der Schule eine Möglichkeit dar, Verpflichtungen zu entkommen. Daher rührt auch der Ausdruck „krank machen“, d. h. aktiv eine Krankheit vortäuschen, um eine Beurlaubung zu erhalten. Dieser missbräuchliche Gebrauch von Krankheit rührt aus der gesellschaftlichen Akzeptanz, dass eine Person ihren

⁷⁶ Vgl. Koch, Robert: Sinn des Krankseins 1975, S. 151.

⁷⁷ Vgl. Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung 2016, S. 59.

⁷⁸ Vgl. Zehetner, Bettina: Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. Wien/ Berling: Turia + Kant 2012, S. 219.

⁷⁹ Akashe-Böhme, Farideh/ Böhme, Gernot: Mit Krankheit leben 2005, S.55.

Verpflichtungen nicht nachgehen muss, wenn sie erkrankt ist. Sowohl im Berufs- als auch Schulalltag ist dies ein Recht der kranken Person, um sich im gesetzlich geschützten Raum auskurieren zu können. Dies lässt sich auch im Krankheitsverständnis von *sickness* nachweisen, bei dem aktiv versucht wird gesetzliche Grundlagen zu schaffen, die erkrankte Menschen in einem Schonraum versetzen.

In Bezug auf die Forschungsfrage und der Hauptannahme des Kapitels wird gezeigt, dass das Krankheitsverständnis der Gesellschaft breit gefächert Einfluss auf die Mitglieder hat. Die Gesellschaft stuft die Krankheit per se als etwas Negatives ein und glaubt durch das Wiederholen dessen, dass sie übel ist, könne man sich vor Krankheit schützen. Durch die mediale Aufbereitung von Gesundheit, was sicherlich für jedes Mitglied erstrebenswert ist, wird suggeriert, dass Gesundheit konstant zu halten ist, wenn man sich an die Regeln hält. Diese naive Annahme führt jedoch zu weiteren Problemen. Durch die Annahme könnten erkrankte Menschen beschuldigt werden, schuld an der Krankheit zu sein. Folglich wird deutlich, dass innerhalb der Gesellschaft zwei Krankheitsauffassungen wichtig sind, *disease* und *sickness*. Durch das Schweigen über *illness* wird jedoch nur ein Teil des Phänomens Krankheit thematisiert. Vor dem Hintergrund, dass jeder Mensch erkranken kann, auch wenn er/sie sich an alle Regeln des gesunden Lebens hält, scheint es ignorant, dass nicht alle relevanten Auffassungen sachgerecht in der Gesellschaft sich widerspiegeln. Diese Haltung der Gesellschaft setzt sich auch in der Schule fort, in der gezeigt werden konnte, dass die meisten Schülerinnen und Schüler, wenn sie bis dahin keine nähere Krankheitserfahrung haben, das Kranksein und die Krankheit mit dem Recht der Schule fernbleiben zu können gleichsetzen.

2.1.5 Zusammenhang der Krankheitsdefinitionen

Krankheit steht wie bereits ausgeführt in einem Beziehungsschema zwischen kranker Person, dem Arzt und der Gesellschaft. Diesbezüglich hat Karl E. Rothschiuh ein Diagramm erstellt, in dem die Verhältnisse überblickend gesehen werden können:

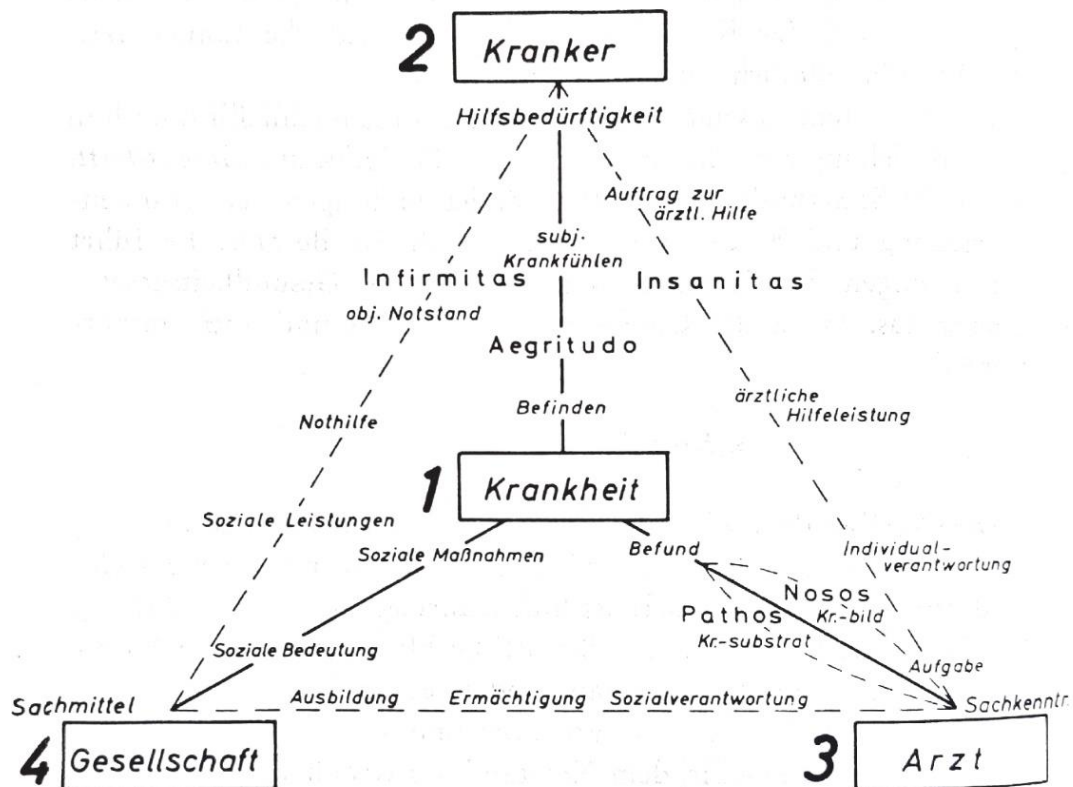


Abbildung 2: Krankheitsdiagramm von Karl E. Rothschuh⁸⁰

Krankheit macht sich bei der kranken Person mit einem subjektiven Krankfühlen und Befinden bemerkbar. Deshalb ist diese Verbindung mit *aegritudo* betitelt, also dem Gefühl von Unwohlsein. Die kranke Person beschließt, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und beauftragt den Arzt, ihr zu helfen und mit seinen Sachkenntnissen zu unterstützen. Dies wird als *insanitas* betitelt, also dem Zustand der schlechten Gesundheit, die Grund für das Aufsuchen des Arztes ist. Dieses Aufsuchen liegt jedoch in der Eigenverantwortlichkeit der kranken Person. Parallel zum Aufsuchen des Arztes benötigt die kranke Person auch Unterstützung von der Gesellschaft in Form der Mitteilung über den objektiven Notstand, der Nothilfe und der sozialen Leistungen. Anzunehmen ist, dass die Gesellschaft über die notwendigen Sachmittel verfügt. Diese Verbindung wird als *infirmity* bezeichnet, also die Schwäche des Kranken, die eine bestimmte Verantwortung auch von der Gesellschaft fordert. Die Beziehung zwischen der Krankheit und dem Arzt bedeutet zunächst, dass der Arzt die Aufgabe erhält, die kranke Person zu beraten und durch therapeutische Mittel gesund zu machen. Daher wird der Arzt versuchen, mit unterschiedlichen Methoden ein Krankheitsbild zu erstellen, um

⁸⁰ Rothschuh, Karl E.: Der Krankheitsbegriff. In: Rothschuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 414.

zum Befund zu gelangen und die entsprechende Therapie ansetzen zu können. *Nosos* bezeichnet in dieser Verbindung die weitere Handlung des Arztes, genauer was zu tun sei, und *pathos* meint die Feststellung der Krankheit, also die Diagnose. Die Verbindung zwischen Arzt und Gesellschaft ist getragen von Sozialverantwortung, Ausbildung und Ermächtigung. Die Beziehung zwischen Krankheit und Gesellschaft besteht in erster Linie in der sozialen Verantwortung der Gesellschaft, Maßnahmen und Grundlagen für das Wahrnehmen von medizinischen Mitteln zu gewährleisten. Diese Darstellung dient in erster Linie einem Überblick, zeigt jedoch, dass der Krankheitsbegriff nicht allein durch naturwissenschaftliche Methoden zu ermitteln ist, sondern ein Zusammenspiel von Medizin, Gesellschaft und der kranken Person ist, also von *disease*, *illness* und *sickness*.

Ausgehend von der Hauptannahme dieses Kapitels, demnach Krankheitsdefinitionen zeit-, kultur- und gesellschaftsabhängig sind und die eingenommene Perspektive ein Krankheitsverständnis bedingt, konnte Folgendes nachgewiesen werden:

- (1) Auf der philosophisch-historischen Ebene wurde deutlich, dass der Krankheitsbegriff von der Antike bis in die Gegenwart sich gewandelt hat. Die drei Perspektiven und Bedeutungsebenen des Krankheitsbegriffs, (a) *disease*, (b) *illness* und (c) *sickness* wurden herausgearbeitet. Durch die technische Entwicklung wurde auch deutlich gezeigt, dass die Medizin in der Neuzeit einen stärkeren Fokus auf *disease* gesetzt hat.
- (2) Beim allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsverständnis wurde gezeigt, dass der Krankheitsbegriff multiperspektivisch zu betrachten ist. Krankheit und Gesundheit stehen in einem komplexen Beziehungsgeflecht zueinander. Durch die etymologische Analyse der Begriffe *krank* und *gesund* konnte gezeigt werden, dass ihre Grundbedeutungen sich bis in die Neuzeit gehalten haben. So wird Krankheit bis in die Gegenwart stets als das Übel per se angesehen und Gesundheit als das Erstrebenswerte und Erreichbare, unter der Voraussetzung, dass man sich an die Gesundheitsregeln hält.
- (3) Bei den Krankheitsdefinitionen der Medizin wurde veranschaulicht, dass das Krankheitsverständnis und das Selbstverständnis der Medizin als Naturwissenschaft oder Geisteswissenschaft sich wechselseitig bedingen. Es wurde festgestellt, dass in der Gegenwart *disease* das verbreitete Krankheitsverständnis in der Medizin ist, weil sich die Medizin eher als Naturwissenschaft auffasst. Daher erfolgte der Hinweis darauf, dass neben *disease* auch *illness* und *sickness* Krankheitsauffassungen sind, die

vernetzt in der Medizin betrachtet werden sollten, vor allem unter der Annahme, dass die Medizin mit unterschiedlichen Systemen Überschneidungen hat.

- (4) Bei den Krankheitsdefinitionen in der Gesellschaft und Schule wurde gefestigt, dass Krankheit jedes Mitglied der Gesellschaft betreffen kann, daher eine Thematisierung auch notwendig ist.

2.2 Didaktische Umsetzung

In diesem Abschnitt werden zunächst (1) die grundlegenden Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung, (2) die konkrete didaktische Umsetzung skizziert, wobei der ausgewählte philosophiedidaktische Ansatz für diesen Themenblock der Dialog bzw. das sokratische Gespräch ist und (3) eine Begründung der Methode bzw. des Ansatzes vorgenommen wird, in dem eine Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik erfolgt und die Relevanz der Methode für den Themenblock herausgearbeitet wird.

2.2.1 Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung

Mit den allgemeinen Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung sind die Lerngruppe, das Durchschnittsalter der Lerngruppe, der Bildungsstand, die Anzahl der Wochenstunden laut Lehrplan und die mögliche Zusammenarbeit mit dem Fach Deutsch gemeint. Die didaktische Umsetzung ist für eine 8. Klasse der allgemeinbildenden höheren Schulen im österreichischen Schulsystem konzipiert worden. Das entspricht der Schulstufe, in der die Schülerinnen und Schüler die österreichische Reifeprüfung, d.h. die Matura, abschließen. Der Altersdurchschnitt der Schülerinnen und Schüler liegt etwa bei 18 Jahren.⁸¹ Das Unterrichtsfach Psychologie und Philosophie wird an Gymnasien und Realgymnasien angeboten, wobei in der 7. Klasse Psychologie und in der 8. Klasse Philosophie unterrichtet wird.⁸² Psychologie und Philosophie werden an Gymnasien und

⁸¹ Vgl. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (Hg.): Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Allgemeinbildende höhere Schule: https://www.oesterreich.gv.at/themen/bildung_und_neue_medien/schule/2/Seite.1760160.html (letzter Aufruf 26.09.2019).

⁸² Vgl. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Gesamte Rechtsvorschrift für Lehrpläne- allgemeinbildende höhere Schulen, Fassung vom 01.09.2018: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%c3%a4ne%20e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%c3%b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 199-200.

Realgymnasium mit zwei Wochenstunden unterrichtet.⁸³ Der Unterricht zu dem Themenblock „Krankheitsdefinitionen“ muss als Doppelstunde gehalten werden. Dabei ist es durchaus angedacht, dass diese Doppelstunde fächerübergreifend agiert und sich aus einer Philosophie- und einer Deutschstunde zusammensetzt. Unter 2.2.2 *Konkrete didaktische Umsetzung* erfolgt eine ausführliche Begründung darüber, wieso diese Fächerkombination ausgewählt wurde.

Im Folgenden werden sowohl die inhaltliche als auch die didaktische Vorbereitung der Lehrperson skizziert. In der inhaltlichen Vorbereitung für den Themenblock „Krankheitsdefinitionen“ sollte die Lehrkraft über unterschiedliche Krankheitsdefinitionen informiert sein. Analog zum Aufbau des Kapitels sollte die Lehrkraft über folgende Inhalte eingelesen sein: Krankheit im philosophisch-historischem Sinn, allgemeine Krankheits- und Gesundheitsdefinition, Krankheit in der Medizin, Gesellschaft und Schule. Eine begriffliche Klarheit für die Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* sollte vorhanden sein. In der didaktischen Vorbereitung sollte die Lehrkraft unbedingt über die Methode des Dialogs bzw. Sokratischen Gespräch eingelesen sein, um ein richtiges Handeln in der Unterrichtssituation gewährleisten zu können. Die Lehrkraft sollte sich dessen bewusst sein, dass es zielführend ist, im Gespräch mit den Schülern Lernprozesse zu gewinnen.

2.2.2 Konkrete didaktische Umsetzung

In der konkreten didaktischen Umsetzung werden zunächst die inhaltlichen und kompetenzorientierten Ziele gelistet, anschließend die Stundenbilder für die Doppelstunde zum Themenblock „Krankheitsdefinitionen“ unter der Leitfrage: „Was kann ich wissen“ angeführt. In einem dritten Schritt wird die Einbettung skizziert, wobei einerseits notwendige Vorkenntnisse der Schüler, Bezüge zu möglichen zukünftigen Unterrichtsstunden und die Möglichkeit eines fächerübergreifenden Unterrichts kurz aufgezeigt werden.

⁸³ Vgl. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Psychologie und Philosophie: https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/unterricht/lp/psycho_philo_ost_7052.pdf?61ebyp (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 2.

Ziele⁸⁴

Inhaltliche Ziele:

- [i 1] Krankheitsdefinitionen sind zeit-, kultur-, gesellschafts- und perspektivenabhängig.
- [i 2] *Disease*, *illness* und *sickness* sind drei Bedeutungsmöglichkeiten des Begriffs Krankheit
- [i 3] Gründe für das vorherrschende Krankheitsverständnis *disease*

Kompetenzorientierte Ziele

- [k 1] Definitionen anfertigen und begründen
- [k 2] Argumentative und allgemeine Dialogfähigkeit üben
- [k 3] Multiperspektivisch und kritisch denken
- [k 4] Erkenntnisse aus den Gesprächen ziehen
- [k 5] Selbstständiges Arbeiten
- [k 6] Partnerarbeit
- [k 7] Gehörtes und Gelesenes verstehen
- [k 8] Inhalte auf die Gegenwart beziehen

Stundenbilder zum Themenblock „Krankheitsdefinitionen: Was kann ich wissen?“

Es handelt sich um eine Doppelstunde, in der eine Philosophie- und eine Deutschstunde zusammengesetzt wurde.

Zeit	Inhalt	Ziele	Material/Methode
5‘ (5‘)	Begrüßung und Organisatorisches		
5‘ (10‘)	SuS⁸⁵ werden gebeten, auf dem Arbeitsblatt⁸⁶ 1 die Antwort auf die Fragen „Was ist Krankheit“ zu notieren	[i 1] [k 1], [k 5]	Einzelarbeit AB 1

⁸⁴ Das Benennen der inhaltlichen und kompetenzorientierten Ziele gestaltet sich aus eigener Erfahrung als sehr schwierig, da die Grenzen zwischen Inhalt und Kompetenzen häufig verschwimmen. Eine zu detaillierte Auflistung der Inhalte oder Kompetenzen führt zu einer Unübersichtlichkeit, daher wurde in dieser Diplomarbeit ein Mittelweg gewählt.

⁸⁵ „SuS“ wird als Abkürzung für Schülerinnen und Schüler genutzt.

⁸⁶ Im weiteren Verlauf mit „AB“ abgekürzt. Die konkreten Arbeitsblätter befinden sich im Anhang der Diplomarbeit.

10' (20')	• Antworten der SuS werden benannt • L⁸⁷ bewertet die Antworten nicht, aber fragt nach Begründungen oder verweist auf Grenzen der Definitionen im Allgemeinen und der vorgebrachten Krankheitsdefinitionen der SuS	[i 1] [k 1], [k 2], [k 3], [k 7]	Dialogisches L-S Gespräch AB 1
5' (25')	• SuS notieren 1. Erkenntnis auf dem AB 1	[i 1] [k 3], [k 4], [k 5], [k 7]	Einzelarbeit AB 1
7' (32)	• L fragt SuS, welche Krankheiten bekannt sind • L notiert Antworten an der Tafel und markiert die 5 häufigsten Antworten an der Tafel. • SuS sollen diese auf dem AB 1 notieren.	[i 1] [k 1], [k 3], [k 5], [k 7]	L-S Gespräch AB 1
13' (45')	• SuS sollen zunächst in Einzelarbeit ein Ranking erstellen nach dem Kriterium „Schweregrad“ der Krankheit und eine passende Begründung notieren • Anschließend mit Partner die Antworten und ihre Begründungen kurz vergleichen.	[i 1] [[k 1], [k 3], [k 5], [k 6], [k 7]	Einzelarbeit, Partnerarbeit AB 1
5' (50')	• Durch Aufzeigen wird das Ranking festgestellt und die Zahlen an der Tafel notiert. • Verweis durch L, dass Begründungen im Anschluss an die Pause besprochen werden	[i 1] [k 7]	L- S Gespräch AB 1
	PAUSE	PAUSE	PAUSE
Zeit	Inhalt	Ziele	Material/Methode
8' (8')	• SuS werden gebeten ihre Begründungen zu benennen. • L. fragt, ob alle SuS mit der Begründung einverstanden sind. L. initiiert, dass die Begründungen kritisch hinterfragt werden, ggf. auch aktiv, in dem L. Beispiele für einen gegenteiligen Fall selbst benennt. • L. nennt Beispiele auch aus historischen Kontexten, wie z.B. „Epilepsie als heilige Krankheit“	[i 1] [k 1], [k 2], [k 3], [k 7], [k 8]	Dialogisches L-S Gespräch AB 1

⁸⁷ L⁸⁷ wird im weiteren Verlauf der Diplomarbeit als Abkürzung für Lehrkraft verwendet.

5 ⁺ (13)	• Zweite Erkenntnis: SuS werden gebeten, eine Erkenntnis aus dem Gespräch zu notieren	[i 1] [k 3], [k 4], [k 5], [k 7]	Einzelarbeit AB 1
7 ⁺ (20) ⁺	• Tabelle auf dem AB 1 unter dem dritten Punkt wird im Lehrervortrag erklärt. • SuS haben Tabelle erhalten und können Notizen machen. • Am Ende Beispiele für die einzelnen Sparten und Fälle benennen, in denen <i>disease</i> und <i>illness</i> und <i>sickness</i> vorkommen.	[i 2] [k 1], [k 3], [k 4], [k 7], [k 8]	L-Vortrag, AB 1
18 ⁺ (38 ⁺)	• Sieben Krankheitsdefinitionen sollen jeweils <i>disease</i>, <i>illness</i> und <i>sickness</i> zugeordnet werden. SuS müssen Antworten ebenfalls begründen.	[i 2], [i 3] [k 1], [k 2] [k 3], [k 5], [k 4], [k 7], [k 8]	L-S Gespräch AB 1
5 ⁺ (43 ⁺)	• Dritte Erkenntnis: SuS notieren ihre Erkenntnis.	[i 2], [i 3] [k 3], [k 4], [k 5], [k 7]	Einzelarbeit AB 1
7 ⁺ (50)	• SuS sollen ihre erste Krankheitsdefinition betrachten im Anschluss an den Unterrichtsblock und eine Beurteilung vornehmen: ○ Hat sich an der Definition etwas geändert oder nicht? Begründen. • Reflexionen werden gemeinsam besprochen	[i 1], [i 2], [i 3] [k 1], [k 2], [k 3], [k 4], [k 7], [k 8].	L-S Gespräch

Einbettung

Die Schüler in dieser Entwicklungsstufe besitzen bereits Erfahrungen im Begründen ihrer Meinung, sowohl im Philosophieunterricht als auch in anderen Schulfächern. Vorteilhaft für die positive Entwicklung des Unterrichtsgeschehen ist es, wenn die SuS bereits Erfahrung in der philosophischen Diskussion haben und über einige anthropologische Konzepte aus den vorherigen Philosophieunterstunden verfügen. Wenn die Schüler mit dem Ansatz Dialog bzw. Sokratisches Gespräch bekannt sind, wird voraussichtlich die Umsetzung der Stunden fließender erfolgen. Andersfalls sollte den Schülern ausreichend Zeit und Möglichkeit gegeben werden, sich mit der Methode bekannt zu machen.

Der Themenblock „Krankheitsdefinitionen“ bietet einen klaren Bezug zum nächsten Themenblock „Umgang mit Krankheit“. Im nächsten Themenblock werden einerseits Begriffe aus diesem Themenblock wieder aufgegriffen und andererseits der Ansatz des Dialoges bzw. Sokratischen Gesprächs, neben einer weiteren philosophiedidaktischen Methode, erneut verwendet. Der Themenblock kann jedoch auch gut bei der Betrachtung ethischer Grundpositionen eingebunden werden.

Der Deutschunterricht bietet sich als Möglichkeit eines fächerübergreifenden Unterrichts gut an, da in diesem Themenblock die Kompetenz des Argumentierens ebenfalls im Mittelpunkt steht. Argumentieren als Schreibhandlung hat eine hohe Relevanz und ist ein fester Bestandteil des Deutschunterrichts, was sich repräsentativ auch in den aktuellen Matura Textsorten widerspiegelt, denn sieben von neun Textsorten beinhalten diese Schreibhandlung. Argumentieren im Deutschunterricht wird folgendermaßen definiert:

Unter *Argumentieren* verstehen wir solche sprachlichen Handlungen, in denen etwas unter Kommunikationspartnern Strittiges mit dem Ziel geklärt wird, es unstrittig zu machen. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob diese Handlungen mündlich oder schriftlich realisiert werden und ob es sich um etwas schon manifest oder nur potentiell Strittiges handelt.⁸⁸

Daraus wird deutlich, dass das Argumentieren sowohl für den Deutsch- als auch für den Philosophieunterricht von hoher Relevanz ist. Folglich erhalten die Schüler eine Möglichkeit in diesem Themenblock das Argumentieren in zweifacherweise zu üben: (1) während des Sokratischen Gesprächs im Plenum in mündlicher Form und (2) während des Verfassens der Definitionen und gewonnenen Erkenntnisse in schriftlicher Form. Holm Tetens fasst dies passend zusammen:

In der Philosophie wird argumentiert. [...] Aber Philosophen argumentieren nicht nur über philosophische Themen, sie denken seit den griechischen Anfängen der Philosophie auch darüber nach, wie man gut argumentiert, auch außerhalb der Philosophie. Deshalb ist der Philosophieunterricht geradezu der ideale Ort, um dort das Argumentieren zu thematisieren und einzuüben.⁸⁹

Der gesamte Themenblock scheint sinnvoll am Ende des siebten Semesters, da es dem Kompetenzmodul 7 der 8. Klasse des Lehrplanes für Psychologie und Philosophie für die

⁸⁸ Becker-Mrotzek, Michael/ Schneider, Frank/ Tetling, Klaus: Fachliche Unterrichtsentwicklung Deutsch. Argumentierendes Schreiben – lehren und lernen. Qualitäts- und UnterstützungsAgentur- Landesinstitut für Schule Nordrhein-Westfalen (Hg.). Soest 2018, S. 3
https://www.schulentwicklung.nrw.de/cms/upload/netzwerk_NfUE/deutsch/argumentieren_einfuehrung_lang.pdf (26.09.2019)

⁸⁹ Tetens, Holm: Argumentieren lernen. Eine kleine Fallgeschichte. In: Meyer, Kirsten (Hg.): Texte zur Didaktik der Philosophie. Stuttgart: Reclam 2010, S. 198.

Oberstufe der AHS entspricht. Im siebten Semester sollen die SuS unter dem Aspekt (1) „Grundlagen der Philosophie“ philosophische Fragestellungen beurteilen, unter dem Aspekt (2) „Aspekte der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie“ Zugänge zur Wirklichkeit und ihre Interpretationsmöglichkeiten analysieren und reflektieren und unter dem Aspekt (3) „Anthropologische Entwürfe“ anthropologische Konzepte unterscheiden und interpretieren.⁹⁰ Zu dem ersten Aspekt zählt einerseits das Erlernen von Zugängen zum Philosophieren, zu dem das Sokratische Gespräch gehört. Die Grundlagen für das philosophische Argumentieren und Definieren werden gelernt und mit den Übungen im konkreten Unterrichtskonzept wiederholt und gestärkt. Zum zweiten Aspekt passend erhalten die Schüler einen Zugang zu einer Wirklichkeit, die sie selbst oder naheliegende Personen betrifft. Sie erhalten eine Möglichkeit, sich mit dieser Wirklichkeit philosophisch auseinanderzusetzen und kritisch zu hinterfragen. Zum dritten Aspekt passend wird der Mensch anthropologisch in seiner Verwundbarkeit, im konkreten Fall in seiner Erkrankbarkeit, untersucht. Weiterhin wird Wissen aus unterschiedlichen Gebieten, wie z.B. der Medizin, herangezogen, um das Nachdenken und Reflektieren zu vertiefen.

2.2.3 Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methoden

In der Begründung der gewählte philosophiedidaktische Ansatz „Dialog/ Sokratisches Gespräch“ wird zunächst eine Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik erfolgen. Dies beinhaltet eine kurze Einordnung in den jeweiligen philosophiedidaktischen Grundsatz, also der dialogisch-pragmatischen Philosophiedidaktik, anschließend erfolgen Ausführungen zur jeweiligen Methode selbst und eine Verbindung zum Lehrplan. Im zweiten Abschnitt wird die Relevanz dieser philosophiedidaktischen Methode in Bezug auf den Themenblock kurz ausgeführt.

Die Auswahl dieses philosophiedidaktischen Ansatzes erfolgte, weil dieser Ansatz die Möglichkeit bietet, dass alle SuS in das Unterrichtsgeschehen eingebunden werden können. Einerseits kann die Lehrkraft im Dialog herausstellen, ob die Inhalte verstanden

⁹⁰ Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Gesamte Rechtsvorschrift für Lehrpläne-
allgemeinbildende höhere Schulen, Fassung vom 01.09.2018:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%3%a4ne%20%e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%3%b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 200.

wurden, und andererseits lernen die SuS durch ihre Beiträge eine Gesprächskultur kennen. Dieser offene Ansatz zeigt, dass nicht jede Frage eine klare Antwort haben kann, sondern die Auseinandersetzung und Betrachtung unterschiedliche Auffassungen manchmal relevanter sind, als eine allgemeingültige Antwort. Durch das gemeinsame Nachdenken und die kritische Beleuchtung der Äußerungen lernen die SuS voneinander und können somit ihren eigenen Horizont erweitern.

2.2.3.1 Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik

Die ausgewählte Methode ist eher dem klassischen Sokratischen Gespräch zuzuordnen als dem Neo-Sokratischen Gespräch, was durch Leonard Nelson geformt wurde. Das klassische Sokratische Gespräch ist eher ein Gespräch zwischen der gesprächsleitenden Person und dem Gegenüber, während das Neo-Sokratische Gespräch eher ein Gruppengespräch ist.⁹¹ Zwar findet die Anwendung der Methode in einem Klassenraum stets mit mehreren Personen statt, aber während der Durchführung erfolgt das Gespräch zwischen dem Lehrer und dem einzelnen Schüler. Die Schüler reden nicht direkt miteinander. Beim klassischen Sokratischen Gespräch hat der Schüler nicht viel Zeit und ggf. greift der Gesprächsleiter ein, um mit einer Bemerkung den Schüler auf eine Antwort zu führen. Beim Neo-Sokratischen Gespräch wird den Schülern ausreichend Zeit gegeben, um gemeinsam die Antwort zu entwickeln.⁹² Der Grund aus dem das Sokratische Gespräch gewählt wurde, war der Wunsch innerhalb der 50-minütigen Unterrichtsstunde neben dem Akt des Philosophierens auch Inhalte zu transportieren. Im außerschulischen Rahmen wäre ggf. die Neo-Sokratische Methode zu präferieren, da keine zeitliche Einschränkung vorhanden ist. Es handelt sich explizit um das Sokratische Gespräch, da in der Unterrichtsumsetzung Definitionen gesucht werden und ein offenes Ende vorhanden ist. Die Lehrkraft, die als die gesprächsführende Person agiert, hat eine starke Leitung und verfolgt das Ziel, Wissen zu vermitteln. Ein weiteres Merkmal, weshalb es sich bei der gewählten Methode um das Sokratische Gespräch und nicht um das Neo-Sokratische Gespräch handelt, ist, dass die Leitidee, das Gewinnen von Erkenntnissen durch das Gespräch, enthalten ist, ganz im Sinne der sogenannten Hebammenkunst (Mäeutik).

⁹¹ Vgl. Birnbacher, Dieter: Philosophie als sokratische Praxis: Sokrates, Nelson, Wittgenstein. In: Birnbacher, Dieter/ Krohn, Dieter (Hg.): Das sokratische Gespräch. Stuttgart: Reclam 2012, S. 148.

⁹² Vgl. Birnbacher, Dieter: Philosophie als sokratische Praxis. 2012, S. 148 – 149.

Der didaktische Fokus in diesem Themenblock lag in der Methode „Dialog“ und „Sokratisches Gespräch“. Die philosophiedidaktische Methode des Dialogs bzw. Sokratischen Gespräch kann in die dialogisch-pragmatische Philosophiedidaktik von Ekkehard Martens eingeordnet werden.

Das Selbstverständnis der Philosophie hat sich zugleich mit dem Selbstverständnis der philosophierenden Menschen entwickelt, die sich in gemeinsamer Wahrheitssuche von Abhängigkeiten in einer realen Problemsituation zu befreien suchen. Dieses Verhältnis läßt (sic) sich als dialogisch-pragmatische Philosophie-Didaktik bezeichnen⁹³

Hieran wird deutlich, dass diese Art der Philosophiedidaktik den Fokus auf das gemeinsame Erarbeiten der Wahrheitssuche bezieht. Die gewählte Methode zielt im Dialog darauf ab, dass im konkreten Fall Lehrkräfte und Schüler sich gemeinsam den Inhalten nähern. Das Ziel des Philosophieunterrichts ist laut Martens das „Selbstdenken“⁹⁴. Angesichts dieses Ziels, dass die Schüler zum Selbstdenken didaktisch geführt werden, verweist Martens auf Folgendes:

Nicht eine vorgegebene Philosophie muss didaktisch zubereitet werden, sondern in einem konkreten Lehr-Lernprozess muss sich erst herausstellen, was philosophisch wichtig und richtig ist.⁹⁵

Der Fokus liegt im Lehr-Lernprozess und die Inhalte werden im dialogischen Miteinander „entdeckt“. Die Lehrkraft muss angesichts des Lehrplans Inhalte und Kompetenzen vorab festlegen und im Rahmen der Methode, diese umsetzen. Die Inhalte werden in dieser Konzeption nicht von der Lehrkraft diktiert, sondern die Schüler werden im Laufe des Dialogs zu den Inhalten geführt. Durch die Entdeckung der Inhalte und durch das gemeinsame Besprechen der Inhalte kann man von einem intensiveren Lernen ausgehen im Vergleich zu einer Vermittlung der gleichen Inhalte in Form des Frontalunterrichts. Die Dialogform ermöglicht durch offene Fragen flexible Annäherung. Wichtig ist jedoch in der Entwicklung dieser Lehr-Lernprozesse, dass es sich nicht um einfache Aussagen handelt, sondern dass diese Aussagen stets mit argumentativen Begründungen untermauert werden. Diesbezüglich stellt Martens die Konstituierungs-These auf:

Versteht man nämlich die Philosophie als Weiterdenken und somit auch als selbstreflexive Tätigkeit, müssen Behauptungen hinsichtlich ihrer Wichtigkeit und

⁹³ Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte. Ein dialogisch-pragmatischer Ansatz. In: Rehfus, Wulff D./ Becker, Horst (Hg.): Handbuch des Philosophie-Unterrichts. Düsseldorf: Schwann 1986, S. 95.

⁹⁴ Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte 1986, S. 95.

⁹⁵ Martens, Ekkehard: Einführung in die Didaktik der Philosophie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1983, S. 18.

Richtigkeit in einem argumentativen Überzeugungsprozeß(sic) aufgewiesen werden können.⁹⁶

Hieran wird deutlich, dass die Methoden, die der dialogisch-pragmatischen Philosophiedidaktik entspringen, erstens im Miteinander erfolgen müssen, zweitens die Tätigkeit des Argumentierens eine wichtige Basis darstellt.

Johannes Rohbeck betont, dass der Dialog für den Unterricht gut ausgearbeitet ist und einen entscheidenden Vorteil habe:

Im Dialog wird nun Erkenntnis gemeinsam hergestellt- freilich noch im Sinne der historischen Epoche der Aufklärung, der zufolge eine allgemeingültige Wahrheit für möglich und wünschenswert gehalten wurde.⁹⁷

In einer argumentativen Auseinandersetzung gelangt man beim Dialog zu einer gemeinsamen Erkenntnis, die mit unterschiedlichen Einwänden im direkten Gespräch überprüft werden und folglich einen hohen Wahrheitsanspruch beinhalten.

Martens betont, dass durch dialogische Gespräche Schüler philosophieren lernen sollen. Solche Methoden seien schülerfreundlich und demokratisch.⁹⁸ Deshalb sollen Lehrer versuchen, die Schüler zu einem Gespräch über philosophisch relevante Themen zu bewegen. Dies könnte durch Texte, eigene Beiträge oder durch ein direktes Unterrichtsgespräch erfolgen.⁹⁹ Hieran wird auch die Aufgabe der Lehrkraft deutlich, die eben Wege suchen muss, aktuelle Themen zu wählen, welche mit den Schülern gemeinsam entdeckend und argumentativ bearbeitet werden. Dies benötigt einerseits ein gutes Vorwissen durch den Lehrer, aber auch notwendige Kreativität, um die Inhalte zu didaktisieren. Martens kritisierte zwar, dass die Lehrkraft vorgesehene Inhalte hat, aber leider bietet sich unter den gegebenen Umständen, der Lehrplan und die eingeschränkte Zeit, keine Möglichkeit, den Schülern so viel Zeit einzuräumen, dass die Inhalte vollständig selbst entwickelt werden. Folglich weicht das vorgelegte Konzept in diesem Punkt, Inhalte vorzugeben, von Martens Grundhaltung ab, unterstützt jedoch diesen Ansatz.

Einen entscheidenden Vorteil betont Gerd-Walter Küsters:

Aber mit der Bestimmung der Philosophie durch das Prinzip des Dialogs ist ein wesentlicher und nichtzufälliger Anknüpfungspunkt an Unterricht gegeben, weil

⁹⁶ Martens, Ekkehard: Dialogisch-pragmatische Philosophiedidaktik. Hannover: Schroedel 1979, S. 11.

⁹⁷ Rohbeck, Johannes: Philosophische Methoden im Unterricht. In: Meyer, Kirsten (Hg.): Texte zur Didaktik der Philosophie. Stuttgart: Reclam 2010, S. 238.

⁹⁸ Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte 1986, S.91.

⁹⁹ Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte 1986, S.96-97.

Unterrichten sich doch im Medium der Sprache realisiert. [...] Und die Frage der Unterrichtsmethode ist nicht zuletzt eine des *kommunikativen*¹⁰⁰ Umgangs miteinander.
¹⁰¹

Küstners macht deutlich, dass der Unterricht ohnehin von Sprache geprägt ist und mit der Unterrichtsmethode des Dialogs werden kommunikative Kompetenzen gefördert werden. Barbara Neißer verstärkt diesen Vorteil dadurch, dass sie betont, dass sokratische Gespräche gut geeignet sind, weil das selbstständige Denken, die vernünftige Reflexion und die Argumentationsfähigkeit ganzheitlich gefördert werden.¹⁰²

Bezieht man die Methode Dialog nun auf den Lehrplan für die Fächer Psychologie und Philosophie wird die Relevanz dieser Methode deutlich. So steht in der Bildungs- und Lehraufgabe, dass Schüler in ihrer Entwicklung zu selbstständigen dialogfähigen Menschen begleitet und gefördert werden sollten.¹⁰³ Weiters wird darauf hingewiesen, dass eine umfassende Kommunikationsfähigkeit der Schüler durch Formen des sokratischen Gesprächs gefördert werden sollten.¹⁰⁴

2.2.3.2 Relevanz der Methoden für die Thematik

Die Doppelstunde zum Themenblock „Krankheitsdefinitionen“ ist auf die philosophiedidaktische Methode Dialog ausgerichtet, um verschiedene Annäherungen an den Inhalt der Stunde zu versuchen. Ein Vorteil des Dialogs und der dialogisch-pragmatischen Philosophiedidaktik in Bezug auf den Themenblock ist, dass das Vorwissen der Schüler durch Fragen und das Gespräch miteinander aktiviert wird, bei denen es keine richtige oder falsche Antwort gibt. Die Haltung der Lehrkraft ist jedoch wichtig, da diese keine Bewertungen vornehmen sollte, wie es für Sokratische Gespräche

¹⁰⁰ Markierung aus dem Original übernommen.

¹⁰¹ Küstners, Gerd-Walter: Dialog-Prinzip des Philosophieunterrichts oder des Philosophierens? Zur Frage der Gesprächsführung im Philosophieunterricht. In Rehfus, Wulff D./ Becker, Horst (Hg.): Handbuch des Philosophie-Unterrichts. Düsseldorf: Schwann 1986, S. 303.

¹⁰² Vgl. Neißer, Barbara: Das sokratische Gespräch im Philosophieunterricht der Sekundarstufe II. In: Birnbacher, Dieter/ Krohn, Dieter (Hg.): Das sokratische Gespräch. Stuttgart: Reclam 2012, S. 200.

¹⁰³ Vgl. BMBWF: Gesamte Rechtsvorschrift, Fassung 01.09.2019:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%3a4ne%20e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%3b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 197.

¹⁰⁴ Vgl. BMBWF: Gesamte Rechtsvorschrift, Fassung 01.09.2019:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%3a4ne%20e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%3b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 198.

üblich ist. Die Schüler begründen ihre Antworten und schaffen eine Grundlage, um eine eigene Haltung zu der Thematik einzunehmen.

Zu Beginn der Stunde wird es auch den Schülern einfach erscheinen, die Antwort auf die Frage „Was ist Krankheit?“ zu geben. Im Verlauf der Doppelstunde wird den Schülern vermutlich deutlich, dass die Antwort sehr viel komplexer ist, als zuvor angenommen, weshalb am Ende der Doppelstunde die Reflexion vorhanden ist. In der im gemeinsamen Gespräch wird sich kristallisieren, wie sich ihre Definition von dieser Einstiegsfrage verändert hat. Christan Krämer verweist auf Folgendes:

Das Unterrichtsgespräch, das an die sokratische Gesprächsführung angelehnt ist, bezieht sich auf die Lebenserfahrung der Schüler und überschreitet diese gleichzeitig, indem unbewusste Vorannahmen hinterfragt und damit destruiert werden. Bei dieser Gesprächsform muss es nicht, wie im idealtypischen Fall angenommen, immer zum Konsens kommen.¹⁰⁵

Bei dieser Methode sind Schüler aufgefordert zu denken und den Unterrichtsprozess mit zu lenken, während in einer didaktischen Umsetzung in Form des Frontalunterrichts, Schüler Wissen von der Lehrkraft erhalten, aber keine Möglichkeit haben, sich mit dem Inhalt sofort auseinanderzusetzen. Der wiederholte Einsatz von argumentativen Begründungen ihrer Annahmen führt zu einer ersten Hinterfragung ihrer Erstdefinitionen, zeigt aber auch, dass es nicht eine einzige legitime Antwort gibt, sondern mehrere Möglichkeiten legitim sind, solange sie begründet sind.

In der Einzelarbeit ist es zielführend, dass die Schüler ihre Gedanken sammeln, ordnen und begründen. Im Anschluss daran erfolgt ein Dialog mit dem Sitznachbarn oder mit dem gesamten Klassenverband. Folglich findet der Dialog zu zweit und im großen Rahmen statt.

Der Dialog bzw. das Sokratische Gespräch hat als Ansatz inne, dass es nicht eine einzige Antwort auf Fragen gibt, sondern, dass mehrere Perspektiven und Ebenen einbezogen werden müssen, was mitunter durch das kritische Beleuchten der Annahmen im Gespräch erfolgt. Im inhaltlichen Teil dieses Kapitels wurde bereits ausgeführt, dass es nicht eine einzige Krankheitsdefinition gibt, sondern eine Vielzahl von Krankheitsauffassungen vorhanden sind. Daher scheint die Methode umso geeignet für die Umsetzung dieses Themenblocks. Wichtig ist, dass mit den Schülern gemeinsam Beispiele entwickelt werden, um die Facetten zu fassen. Die Lehrkraft ist zwar

¹⁰⁵ Krämer, Christian: Philosophische Praxis für die Fachdidaktik Ethik und Philosophie. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften 2013, S. 571.

zurückhaltend, aber leitet das Gespräch, vor allem in den Fällen, wenn eine Annahme getätigt wird, die nicht mit Argumenten gestützt ist. So sollte die Lehrkraft gegenteilige Beispiele nennen, so dass eine vertiefende Begründung durch die Schüler notwendig wird.

Durch die Zuordnung der Krankheitsdefinitionen unter die drei Auffassungen *disease*, *illness* und *sickness* erfolgt eine Vertiefung. Dabei wurden bewusst Definitionen gewählt, die nicht eindeutig auf eine Krankheitsauffassung festzulegen sind, sondern einer Begründung bedürfen, was sich im Dialog wahrscheinlich zeigen wird.

3. Umgang: *Was soll ich tun?*

Nachdem eingehend die Krankheitsdefinitionen dargestellt wurden und gezeigt wurde, dass Krankheit nicht aus einem Krankheitsverständnis heraus zu klären ist, geht es nun darum, zu zeigen, dass diese unterschiedlichen Krankheitsdefinitionen eine Auswirkung auf den Umgang mit Krankheit und Kranksein mit sich führen. Handlungen, die aus den unterschiedlichen Krankheitsdefinitionen resultieren, spielen in diesem Kapitel eine entscheidende Rolle. Die Antwort auf die Frage „Was soll ich tun?“ im Zusammenhang mit dem Umgang mit Krankheit und Kranksein wird dahingehend beantwortet, indem geprüft wird, wie sich der Umgang in der Medizin und in der Gesellschaft abzeichnet und wie dieses Wissen weiterführend didaktisch aufbereitet werden kann. Die Hauptannahme für dieses Kapitel beinhaltet, dass unterschiedliche Bedeutungsebenen von Krankheit jeweils für sich eine spezifische Form der Darstellung und des Umgangs mit Krankheit und Kranksein bedingen, die in der Medizin, Gesellschaft und in der Schule aufzufinden sind.

3.1 Umgang mit Krankheiten

Der Umgang mit Krankheit und Kranksein betrifft maßgeblich alle Mitglieder in der Gesellschaft, da jeder potentiell die kranke Person der Zukunft sein kann. Daher ist es notwendig, sich damit auseinanderzusetzen, welcher Umgang in der Medizin und Gesellschaft gepflegt wird. Wichtig in diesem Kontext ist es auch, dass geprüft wird, welche Krankheitsdefinitionen teilweise Grund für die Art und Weise des Umgangs geben. Die Ursachenforschung für den expliziten Umgang kann in der philosophischen Reflexion ggf. zu einer veränderten Einsicht führen. Daher wird im folgenden Kapitel der Umgang mit Krankheiten in zwei Bereichen beleuchtet: (1) Der Umgang in der Medizin, wobei einerseits der Umgang des medizinischen Personals mit kranken Menschen und andererseits der Umgang des kranken Menschen mit der Krankheit und dem medizinischem System erläutert wird, und (2) der Umgang in der Schule und Gesellschaft. Beim Umgang in der Schule und Gesellschaft werden Aspekte, wie z. B. die sozialen Folgen der Erkrankung und die fehlende Bereitschaft als gesundes Mitglied sich mit Krankheit auseinanderzusetzen, thematisiert.

3.1.1 Umgang mit Krankheit in der Medizin

Um den Umgang mit Krankheit und Kranksein in der Medizin zu betrachten, muss man zunächst eine Unterteilung vornehmen. Einerseits geht es um den Umgang mit kranken Menschen durch das medizinische Personal, besonders durch den Arzt, und andererseits um den Umgang des kranken Menschen mit dem medizinischen System.

3.1.1.1 Umgang mit kranken Menschen durch das medizinische Personal

Der Umgang mit dem kranken Menschen durch das medizinische Personal hängt in erster Linie von den Aufgaben der Ärzte und des medizinischen Personals ab. Betrachtet man die Ausbildung zum Mediziner, wird schnell deutlich, dass diese eher dazu tendiert, Mediziner zu Wissenschaftlern zu formieren. Cornelius Borck erklärt, wie das Philosophicum im Rahmen der medizinischen Ausbildung durch das Physikum 1861 ersetzt wurde und somit eine Umorientierung von den Geisteswissenschaften zu den Naturwissenschaften erfolgt ist.¹⁰⁶ Missachtet wird durch dieses Umformen der Medizin, dass der Fokus eigentlich auf dem kranken Menschen liegen sollte und nicht in dem reinen Erforschen von Krankheiten. Es wird bereits in der Medizinausbildung der Eindruck vermittelt, als hätten die zukünftigen Mediziner in ihrer Tätigkeit weniger mit Menschen, sondern mehr mit naturwissenschaftlichen Laboren zu tun. In den Krankheitsdefinitionen hat sich bereits kristallisiert, dass eine einseitige Auffassung auf das Phänomen Krankheit nicht ausreichend ist und es wichtig ist, mehrere Auffassungen vernetzend zu betrachten. So zeigt sich während der Ausbildung bereits, dass das Krankheitsverständnis *disease* relevanter sei, als *illness* und *sickness*, ungeachtet dessen, dass erst in der gesamten Betrachtung aller Krankheitsauffassungen das Phänomen annähernd bestimmt werden kann.

Alexander Mitscherlich stellt fest, dass es keinen führenden Ärztetypus mehr gibt, sondern drei Ärztetypen in Konkurrenz zueinanderstehen: (1) der Forscher und medizinische Lehrer; (2) die Krankenhausärzte und (3) die freipraktizierenden Ärzte.¹⁰⁷ Die Spezialisierungen innerhalb der Medizin, die die Ärztetypen verdeutlichen, führen auch zu unterschiedlichen Umgängen mit Patienten. Der Forscher wird eher geneigt sein,

¹⁰⁶Vgl. Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung 2016, S. 26.

¹⁰⁷Vgl. Mitscherlich, Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1967, S. 40

das Subjektive am Patienten vollständig auszublenden und sich lediglich auf die feststellbaren Fakten zu beziehen. Der Krankenhausarzt hat durch die Tätigkeit noch aktiv Kontakt mit Patienten, hält jedoch die subjektive Krankheitserfahrung des Patienten für weniger relevant und konzentriert sich auf medizinisch-technische Befunde. Der freipraktizierende Arzt hingegen hat einen starken Kontakt zum Patienten und wird sich voraussichtlich durch den regelmäßigen Umgang nicht nur auf die reinen Befunde beziehen in seiner Tätigkeit. Er bezieht im Vergleich zu den anderen Ärztetypen die subjektive Krankheitserfahrung des Patienten, also *illness*, mit in seine Diagnose ein und hat folglich den intensivsten Dialog mit dem kranken Menschen. Bluhm und Borgerson betonen, dass die Einbindung der subjektiven Erfahrung des Patienten über die Krankheit ein entscheidender Teil der klinischen Begegnung sei, da sie als Basis für die Diskussion über Behandlungen fungiere.¹⁰⁸ Folglich lässt sich nachweisen, dass die Einbindung der subjektiven Erfahrung, d. h. das Krankheitsverständnis *illness*, im medizinischen Bereich weniger beachtet wird. Diese geringe Beachtung kann beim Patienten, der als Subjekt dem Arzt gegenübersteht, zu einer Irritation führen, da er sich als auf ein Objekt reduziert empfinden wird.

Gelhaus macht darauf aufmerksam, dass das gesamte medizinische Personal besonderen Verpflichtungen nachkommen muss, die aus der Vulnerabilität des Patienten entstehen. Hierbei nennt sie als grundlegendste Verpflichtung den Hippokratischen Eid, der zwar nicht in der Originalform geschworen wird, jedoch den Fokus darauflegt, dass der Nutzen des Patienten im Mittelpunkt steht, eine Schweigepflicht besteht und kein sexuelles Ausnutzen des Patienten vollzogen werden darf.¹⁰⁹ Hieran ist erkenntlich, dass die Versorgung und der Schutz des Patienten ein Grundpfeiler im Umgang mit kranken Menschen sein muss. Während die Schweigepflicht und das sexuelle Nichtausnutzen gesetzlich festgelegt sind, ist die Frage nach dem Nutzen des Patienten schwieriger zu fassen. Als Beispiel wird angenommen, wenn die Therapie für einen Patienten in einer bestimmten Variante schneller zur Genesung führt, aber diese Variante durch die gesetzliche Krankenkasse nicht gezahlt wird, dann besteht ein Interessenskonflikt. Denn im Sinne des Nutzens für den Patienten müsste die schnelle Genesung angestrebt werden, aber es ist durchaus wahrscheinlich, dass der Arzt diese Variante nicht nennt. Childress und Beauchamp haben das Vier-Prinzipien-Paradigma der biomedizinischen Ethik

¹⁰⁸Vgl. Bluhm, Robyn/ Borgerson, Kirstin: Evidence-Based-Medicine. In: Gifford, Fred (Hg.): Handbook of Philosophy of Science. Volume 16 Philosophy of Medicine. Amsterdam: Elsevier 2011, S. 219.

¹⁰⁹Vgl. Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. 2012, S.143.

entwickelt: (1) Respekt vor Autonomie, (2) Nichtschaden, (3) Wohltun und (4) Gerechtigkeit.¹¹⁰ In diesem Paradigma wird deutlich, dass dem Patienten Autonomie zugesprochen wird, d.h. die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Ferner gilt es im Handeln dafür zu sorgen, dass niemand zu Schaden kommt und die Handlung unter Abwägung von Nutzen und Risiken auf das Wohltun gerichtet ist und dass eine gerechte Verteilung von Risiko und Nutzen vorhanden ist. Die Ärzte und das medizinische Personal sind also angehalten, diese Prinzipien zu nutzen, die in erster Linie auf einen guten Umgang mit der kranken Person abzielen. Prinzipien geben den Ärzten die Möglichkeit, sich an ihnen zu orientieren, bedingen aber auch schwierige Situationen. Wenn zwei Prinzipien in Konflikt geraten, was durchaus der Fall sein kann, sind die Ärzte gezwungen abzuwägen, welches Prinzip im Sinne des Patienten wichtiger ist.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist prägend für den Umgang mit Krankheit und Kranksein. Zunächst sollte man diesbezüglich das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten betrachten. Lukas Kaelin macht auf das asymmetrische Machtverhältnis in der Beziehung aufmerksam, indem er anmerkt, dass der Mediziner dadurch schon Macht hat, dass er Kenntnis über den menschlichen Körper und seine Funktionsweise hat und ferner die Beziehung von Arzt und Patient in einer doppelten Asymmetrie stehe. Das Expertenwissen des Arztes über Krankheit stellt eine Macht über den Patienten dar und die Krankheitserfahrung des Patienten führt zu einer Ohnmachtssituation. Betont wird, dass das subjektive Krankheitserleben im täglichen Geschehen weniger Gewicht habe als das Expertenwissen.¹¹¹ Das Machtverhältnis ist durch gesellschaftliche Bedingungen gefestigt, u.a. dadurch, dass Ärzte in ihrem Berufsalltag gezwungen sind eine Vielzahl von Patienten schnell zu behandeln. So ist der Arzt im Rahmen seiner Tätigkeit dazu berufen, schnell Diagnosen zu stellen und einen minimalen Dialog mit dem Patienten zu führen. In der Ausbildung und im Alltag wird stets vermittelt, dass das Expertenwissen eine höhere Wertigkeit hat als das subjektive Krankheitserleben des Patienten. Für den Patienten bedeutet dieses Machtverhältnis, dass er sich dem hingeben muss und das Prozedere durchleben muss, um von seinem Leid befreit zu werden. Akashe-Böhme und

¹¹⁰Vgl. Beauchamp, Tom L.: Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik. In: Rauprich, Oliver/ Steger, Florian (Hg.): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus 2005, S. 50.

¹¹¹Vgl. Kaelin, Lukas: Macht in der Medizin- eine Philosophische Perspektive. In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M. Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014, S. 47.

Böhme weisen darauf hin, dass die Arzt-Patienten Beziehung keine personale mehr ist und für die Klinik der Patient häufig ein Verwaltungsobjekt darstellt, dessen Daten und monetäre Quellen festgestellt werden müssen, bevor eine Behandlung begonnen wird. Der Patient müsse dabei hoffen, dass das Richtige gemacht wird.¹¹² Der Arzt wird den Patienten nicht behandeln, wenn durch das Krankenhaus keine Bestätigung kommt, dass die Zahlung möglich ist. Dies steht im Gegensatz zu dem, was die erste Aufgabe des Arztes ist, nämlich dem Patienten zu helfen. Bevor die Hilfsbedürftigkeit geäußert werden kann, sind ökonomische Hindernisse zu überwinden. Die Reduzierung des Patienten auf Zahlen und Fakten verstärkt erneut die Objektivierung des kranken und subjektiven Menschen. Guntram verweist daher auf eine Haltung, die man in der Arzt-Patienten Beziehung beachten müsse:

Dieser „gegenseitige Umgang“ (Weizsäcker) vom Arzt und Patient kann nur dann zustande kommen, wenn der Arzt seinen distanzierten Beobachtungsstandpunkt verläßt [sic], mit keinen vorgegebenen Meinungen und Beurteilungen an den Kranken herantritt, sondern diese eigenartige Offenheit für das menschliche Gegenüber aufzubringen vermag, die keineswegs selbstverständlich ist und eine gereifte Persönlichkeit zur Voraussetzung hat. Der Arzt verzichtet darauf, den anderen Menschen in vorgefaßte [sic] Bahnen einzuordnen und ihn in irgendeiner Wertsetzung zu beurteilen.¹¹³

Um einen sinnvollen Umgang erreichen zu können, muss der Arzt das Machtverhältnis, welches mitunter durch Expertenwissen und Anforderungen in der Klinik begründet ist, minimieren und sich auf den Patienten einlassen. Viktor-Emil von Gebattel macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass es in der Begegnung zwischen Arzt und Patienten drei Sinnstufen gibt, die in einem dialektischen Verhältnis zueinander stehen: (1) Elementar-sympathetische Sinnstufe des Angerufenseins durch Not eines Begegnenden, (2) Sinnstufe des eigentlich ärztlichen Überlegens und Handelns, also die diagnostisch-therapeutische Sinnstufe und (3) Sinnstufe der Partnerschaft von Kranken und Ärzten. In jeder Sinnstufe habe der Arzt eine andere Funktion. In der ersten Sinnstufe sei er Mitmensch, in der zweiten technischer Vollstrecker und in der dritten Sinnstufe personaler Partner des Kranken.¹¹⁴ Folglich gestaltet es sich wie bei der Krankheitsdefinition, dass Ärzte aus mehreren Perspektiven sich dem Patienten nähern

¹¹²Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 46-47.

¹¹³ Knapp, Guntram: Über die Krankheit. 1967, S. 201.

¹¹⁴ Vgl. Gebattel von, Viktor-Emil: Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung. In: Rothsuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 246-247.

müssen, um einerseits einen angemessenen Umgang zu garantieren, aber auch um die Krankheit zu begreifen.

Betrachtet man nun in diesem Umfeld die Darstellung der kranken Person, wird erneut das Ungleichgewicht deutlich. Der naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff *disease* zeigt sich auch in der Darstellung der Patienten. Viktor von Weizsäcker beschreibt, dass der kranke Mensch für die pathologische Wissenschaft nur als Spezies auftritt und nicht als Person. Er spitzt die Sachlage zu und behauptet, dass der Patient „Objekt unter Objekten“ sei.¹¹⁵ Die naturwissenschaftliche Selbstauffassung der Medizin reduziert den Menschen auf ein Objekt, das sich fügen soll. Weizsäcker macht am Beispiel der Aussage „ich bin krank“ deutlich, wie sich ein guter bzw. ein schlechter Arzt benehmen würde. Der schlechte Arzt würde sofort mit der Untersuchung beginnen und das Subjekt durch das Abhören der Lunge ersetzen. Der gute Arzt hingegen würde grundlegend zunächst fragen, wo es der Person an etwas fehlt. Folglich würde er zunächst mit einem Gespräch beginnen und in Folge die Untersuchung vornehmen.¹¹⁶ So wird verständlich, dass der Dialog zwischen Arzt und Patient wichtig für die Krankheitsfeststellung ist, aber auch für die Darstellung des Patienten. Beim sog. schlechten Arzt ist er reines Objekt, beim sog. guten Arzt ist er in erster Linie Subjekt, mit dem kommuniziert wird.

Welche Gründe gibt es für diese Art des Umgangs? Kathan führt dies auf Wahrnehmungs- und Handlungspositionen durch die räumliche Anordnung zurück. Er beschreibt eine Visitsituation im Krankenhaus, in der der Patient allein im Bett liegt und der Arzt mit weiteren Mitgliedern des Krankenhauspersonals am Bett steht. Der Arzt spricht von oben herab auf den Patienten und der Patient schaut auf. Eine angemessene Kommunikation finde nicht statt, da der Patient nur auf die Fragen des Arztes antworten soll.¹¹⁷ Das asymmetrische Machtverhältnis zwischen Arzt und Patient wird in der beschriebenen Schlüsselszene bildlich. Einerseits im Räumlichen vom unten liegenden Patienten und dem oberhalb stehenden Arztes, aber auch darin, dass der ohnehin verunsicherte Patient allein gegenüber einer Gruppe von Menschen steht/liegt, die ihm erstens räumlich und zweitens an krankheitsrelevanten Informationswissen überlegen sind. Schwierig ist zudem, dass dem Patienten keine Möglichkeit gegeben wird, Fragen zu stellen, um seine

¹¹⁵ Weizsäcker von, Viktor: Der Arzt und der Kranke. In: Rothschild, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngabe. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 217.

¹¹⁶ Vgl. Weizsäcker von, Viktor: Der Arzt und der Kranke 1975, S. 230.

¹¹⁷ Vgl. Kathan, Bernhard: Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Wien: Döcker 1999, S. 226.

Verunsicherungen zu mindern, stattdessen muss er explizit auf die Fragen Antwort geben, die ihm gestellt werden. Die Räume, in denen Ärzte und medizinisches Personal agieren, sind häufig das Krankenhaus oder die Praxisräume. In dem Zusammenhang hat das Krankenhaus jedoch eine besondere Bedeutung, da es als Komplex im Dienste der Gesundheit steht und viele Abteilungen hat. Bernhard Kathan kritisiert stark, dass es in der Klinik nicht mehr um den einzelnen Körper oder Menschen geht, sondern um eine Vielzahl von Körpern, die verglichen und bearbeitet werden. Folglich werde der Körper wie eine Maschine beschrieben, was zu einer systematischen Desensibilisierung führe.¹¹⁸ Wenn der Patient in der Klinik wie eine Maschine behandelt wird, bedeutet dies für den Umgang in der Klinik auch, dass dem Patienten sein subjektives Empfinden, sein persönliches Dasein abgesprochen bzw. reduziert wird. Dieses Absprechen macht aus dem Menschen nur noch eine Maschine, die als Objekt fungiert. Weitergedacht stellt sich die Frage, wie soll eine Maschine über Autonomie verfügen, um Entscheidungen zu treffen? So wird es offensichtlich, dass im Krankenhausbetrieb der Patient für seine Gesundheit Teile seines menschlichen Daseins aufgeben muss. Gerade in dem Wunsch, Patienten messbar zu machen und zu kategorisieren, verbirgt sich die Krankheitsauffassung *disease*.

Ein weiterer Grund für diese Art des Umgangs liegt in der Selbstauffassung der Medizin. Im Umgang finden sich Unterschiede, je nachdem, ob sich die Medizin als Natur- oder Geisteswissenschaft auffasst. Martin Heidegger hat Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Natur- und Geisteswissenschaft anhand dreier Kriterien (1) Exaktheit, (2) Verfahren und (3) Gegenstand festgelegt. So beschreibt er, dass die Strenge der mathematischen Naturwissenschaft Exaktheit sei, weil ihr Gegenstandsbezirk den Charakter der Exaktheit hat. Die Geisteswissenschaften hingegen erforschen das Lebendige und müssen daher unexakt bleiben. Das Lebendige würde das Lebendige verlieren, wenn es als räumlich-zeitliche Bewegungsgröße angepasst werde.¹¹⁹ Die Medizin hat einen klaren naturwissenschaftlichen Charakter, der bereits ausgeführt wurde, aber auch einen geisteswissenschaftlichen Charakter, weil der Arzt mit dem Lebendigen, also dem Patienten interagiert. Laut Heidegger verwendet die Naturwissenschaft Experimente als Verfahren, welche vom zugrundeliegenden Gesetz getragen und geleitet werden, um die Tatsachen einzuholen, mit denen das Gesetz belegt oder widerlegt wird. Die

¹¹⁸ Vgl. Kathan, Bernhard: Das Elend der ärztlichen Kunst. 1999, S. 72-73.

¹¹⁹ Heidegger, Martin: Die Zeit des Weltbildes. In: Holzwege. Frankfurt: Klostermann 1950, S. 73.

Geisteswissenschaft hat die Quellenkritik als Verfahren, dabei wird die Quelle gefunden, gesichtet, gesichert, ausgewertet, aufbewahrt und ausgelegt. Es wird das Beständige im Vergangenen gesucht und durch den ständigen Vergleich miteinander wird der Bild gezeichnet.¹²⁰ In der Medizin werden durchaus Experimente gemacht, denn es werden Hypothesen gebildet, die in Versuchen belegt oder widerlegt werden. Diese Tendenz lässt sich im Krankheitsverständnis *disease* nachweisen. Aber auch die Quellenkritik findet sein Verfahren in der Medizin, vor allem im direkten Kontakt mit den Patienten. So wird im Dialog mit dem Patienten die Anamnese ermittelt und das Krankheitsverständnis *illness* zu gewissen Teilen einbezogen. Der Gegenstand der Naturwissenschaft versteht sich darin, dass die Natur vorausberechnet wird, d. h. auf die Natur wird gerechnet, während die Geisteswissenschaften Geschichte nachrechnen, d.h. mit der Geschichte wird die Rechnung konstruiert.¹²¹ So findet in der Medizin beides Zugang, denn im Forschungsbereich wird vorausberechnet, was sich auch in der Hypothesenbildung zeigt, während im direkten Kontakt mit Patienten eher eine Nachrechnung mit der Geschichte erfolgt, um sich das Phänomen der Krankheit zu erklären. Medizin hat folglich sowohl in der Natur- als auch in der Geisteswissenschaft seine Berechtigungen. In dem Kontext wird deutlich, dass im direkten Patientenkontakt eher das Geisteswissenschaftliche Priorität haben sollte, da man so alle Kriterien, die für die Krankheit und den Verlauf relevant sind, erheben kann. Im Anschluss sollte das Naturwissenschaftliche angewandt werden, um die Diagnose zu festigen. Da die Medizin jedoch stärker auf ihren naturwissenschaftlichen Charakter verweist, fehlen wichtige Informationen vom Patienten, die für die Prognose von Relevanz sind.

3.1.1.2 Umgang des kranken Menschen mit dem medizinischen System

Um den Umgang des kranken Menschen mit dem medizinischen System verstehen zu können, scheint es notwendig, sich den Weg der Krankheitsdiagnose und die folgenden Pflichten sich anzuschauen. Wenn die Krankheit bereits diagnostiziert worden ist, ist es seine Aufgabe, sich um eine geeignete Therapie zu kümmern. Betrachtet man jedoch den Umstand, dass ein Mensch ein Unwohlsein empfindet und anschließend zum Arzt geht, muss man einige weitere Faktoren beachten. Akashe-Böhme und Böhme geben hierbei an, dass der Mensch lernen muss, auf seinen Körper zu hören, d.h. durchaus eine Waage

¹²⁰ Vgl. Heidegger, Martin: Die Zeit des Weltbildes 1950, S. 75-76.

¹²¹ Vgl. Heidegger, Martin: Die Zeit de Weltbildes 1950, S. 80.

zwischen Wehwehchen und ernsten Gründen finden muss. Dies treffe vor allem auf Krankheiten zu, die fühlbar sind im Vergleich zu Krankheiten, die nicht fühlbar sind, wie z. B. Krebs.¹²² Eine gewisse Sensibilität für den eigenen Körper ist unabdingbar, da Krankheit jede Person betreffen kann. Diese Sensibilität darf nur nicht in eine Hypersensibilität übergehen und das medizinische System unangemessen belasten. Daher erscheint es wichtig, dass der kranke Mensch sich über seine Krankheit informiert, um Therapiemöglichkeiten zu erfahren. Aus der Position des Patienten im medizinischen System entstehen gewisse Aufgaben. Zunächst besteht die Aufgabe des Patienten darin, seine Autonomie als Patient wahrzunehmen. Teil der Autonomie ist mitunter auch, sich ein Wissen über die eigene Krankheit anzueignen. Akashe-Böhme und Böhme benennen hierbei, dass der Patient zuverlässig den Therapien nachkommt, d. h. seine Medikamente tatsächlich nimmt, aber auch zum mündigen Patienten wird, da dies vom medizinischen System erwartet wird.¹²³ Das medizinische System und auch die Gesetzeslage erwartet von einem mündigen Patienten, dass er sich eigenständig über die Krankheit und Therapiemöglichkeiten informiert und sofort bereit ist, das Wissen für sich angemessen zu nutzen. Leider gestaltet sich die Wirklichkeit nicht in der Form, denn der Patient kann zwar über einiges Wissen verfügen, jedoch nicht in dem Maße, wie es der Arzt hat. Weiters befindet sich der Patient zum Zeitpunkt der Therapieentscheidung häufig noch unter dem Schock der Diagnose, so dass ein rationales Denken durch die Angst in der Situation verhindert wird. Bei schwerwiegenden Krankheiten ist die Betroffenheit des Patienten auch stärker und die Therapiemöglichkeiten müssen gleich bei dem Gespräch der Diagnoseverkündung entschieden werden. In dem Fall hat der Patient gar keine Möglichkeit, als mündiger Patient aufzutreten. Erst im Laufe der Zeit gewöhnt sich der kranke Mensch an die Krankheit und versucht eine Normalität anzustreben. In dieser neuen Normalität wird es ihm möglich sein, mündig aufzutreten. Weiterhin kann sich ein mündiger Patient zu einer Therapie entscheiden, die ihm Schaden zufügt. In solchen Situationen ist das medizinische System verpflichtet, sich gegen die Entscheidung auszusprechen. Schließlich steht die Handlung des Mediziners unter dem Vier-Prinzipien-Paradigma von Beauchamp und Childress. So kann die vermeintliche Mündigkeit des Patienten durch eine Verhinderung des Mediziners eingeschränkt werden, wenn es nicht zum Wohle des Patienten führt, auch wenn die Beweggründe der

¹²² Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 29-30.

¹²³ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 33-34.

Patienten gutwillig sind. Hieran zeigt sich eben, wie bereits erwähnt, dass es schier unmöglich ist, alle vier Prinzipien gleichermaßen zu beachten.

3.1.2 Umgang mit Krankheit in der Gesellschaft und Schule

In den Krankheitsdefinitionen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass Krankheit auch einen ausgeprägten sozialen Aspekt hat. Die Schule steht häufig repräsentativ für die Gesamtgesellschaft, da gesellschaftlich übliche Handlungen dort reproduziert werden.

Im zweiten Kapitel wurde gezeigt, dass Krankheit eine soziale Bedeutungsebene beinhaltet, ersichtlich am Krankheitsverständnis *sickness*. Der soziale Aspekt kann sich im kleinen Rahmen, z. B. in der Familie, im größeren Rahmen, z. B. in der Schule, oder auch im sehr großen Rahmen, der Gesellschaft, zeigen. So kann man annehmen, dass die Gesellschaft eine gewisse Tendenz vorgibt, die sich in den kleineren Rahmen reproduzieren. Konkret bedeutet dies, dass der Umgang mit Krankheit in der Gesellschaft Rückschlüsse für den Umgang in der Schule zulässt.

Eine schwerwiegende Krankheit verändert bei dem Menschen das Körpergefühl und die Selbstwahrnehmung. An diesem Punkt setzt das soziale Gefüge ein, das aus Familie, Freundeskreis, Bekanntenkreis, Schule, Beruf oder Gesamtgesellschaft bestehen kann. Solch schwerwiegende Krankheiten bedingen häufig, dass Leistungsausfälle oder -minderungen inkludiert sind. So kann eine Person, die sich in der Chemotherapie befindet, nicht problemlos dieselbe sportliche Leistung erbringen, wie sie es zuvor konnte. Medikamente, Behandlungen und Operationen verändern einerseits den Körper, aber vor allem den Geist der betroffenen Person. Dass Krankheit nichts ist, was erstrebenswert ist, ist bekannt, jedoch ist genauso bekannt, dass jede Person jederzeit erkranken kann. Diese einfache Annahme wird vom Großteil der Gesellschaft nicht wahrgenommen, da der Gedanke wenig einladend ist. Havi Carel beschreibt die sozialen Folgen und Darstellungen von Krankheit sehr treffend, in dem sie darauf hinweist, dass der Umgang mit der kranken Person durch Fremde und Freunde die Krankheitserfahrung der Person stark beeinflusst.¹²⁴ Die erkrankte Person ist ohnehin durch die Krankheit traumatisiert und aus ihrem regulären Leben rausgerissen. Wenn an diese traumatisierende und essentielle Lebenserfahrung negative Erfahrungen im Umgang mit

¹²⁴ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University 2016, S. 75.

ihrer Krankheit hinzukommen, wird die Lebenseinstellung der Person auch stark negativ geprägt. Diese negativ geprägte Lebenseinstellung führt auch zu einer schlechteren Prognose oder ggf. zu einer verkürzten Lebenszeit.

Carel geht weiter und erklärt, dass allein die Tatsache, dass die erkrankte Person nicht mehr an gemeinsamen Aktivitäten in ihrem Umfeld teilnehmen kann, schon eine Schädigung für diese Person bedeutet. Ferner werden kranke Menschen bewusst nicht auf die Krankheit angesprochen, weil die Umgebung nicht damit umzugehen weiß.¹²⁵ Das Schweigen über die Krankheit ist ein starkes Indiz für die Gesamtgesellschaft. Dahinter steckt, wie oben erwähnt, keine böse Absicht, jedoch ist durch das öffentliche Schweigen eine Haltung entstanden, die sich großflächig zeigt. In dem Gefühl, nicht zu wissen, was man sagen soll, steckt eigentlich die Angst, etwas Falsches zu sagen. Deshalb scheint es um so wichtiger, dass offen über Krankheit geredet wird, in Schulen, in den Medien und in der Gesamtgesellschaft. Nur durch das offene Sprechen darüber kann erlernt werden, was man sagen darf. Das Schweigen führt nur weiter zu einer Tabuisierung der Krankheit und bei den kranken Menschen zu einem Gefühl des Ausschlusses. Da kranke Personen auch im nahen Umfeld nicht über ihr Kranksein und ihre Ängste reden können und weiterführend bemerken, dass Menschen sich beschämt fühlen, wenn sie erfahren, dass die Person erkrankt ist, wird eine Tendenz zum Verschweigen der Krankheit durch die kranke Person angestoßen. Krankheit gehört zum Menschsein und sollte daher nicht tabuisiert werden.

Akashe-Böhme und Böhme machen ferner darauf aufmerksam, dass die Bereitschaft, sich mit dem Thema Krankheit auseinanderzusetzen, bei den gesunden Mitgliedern der Gesellschaft minimal ist oder gar ignoriert wird. Daher legen sie ein klares Plädoyer ab, dass zur kompetenten Lebensführung der Erwerb von Grundkenntnissen über Krankheit, Therapien und Medikamente, inklusive ihrer Wirkung und Nebenwirkungen unabdingbar sind.¹²⁶ Um Interesse an Krankheit auch bei gesunden Menschen zu wecken und die notwendigen Grundkenntnisse für alle Mitglieder der Gesellschaft zu bewirken, ist ein offener Dialog notwendig. So wäre die Schule dafür ein geeigneter Ort, wo diese Kenntnisse erworben werden können, und gelehrt werden kann, wie man mit Krankheit und kranken Menschen umzugehen hat. Eine didaktische Herangehensweise ist dafür nötig und wichtig. Akashe-Böhme und Böhme weisen auch auf die Stigmatisierung von

¹²⁵ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S. 75.

¹²⁶ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: *Mit Krankheit leben* 2005, S. 35.

kranken Menschen hin. Die Stigmatisierung führt zu einem Rückzug ins Private und zu Minderwertigkeitsgefühlen bei den erkrankten Menschen. Der Grund für die Stigmatisierung liegt in den Werten der Gesellschaft, denn die Gesellschaft ist eine Leistungsgesellschaft, die jung, vital, glücklich und ohne kranke Menschen auskommen möchte.¹²⁷ Sobald eine Person erkrankt ist und nicht mehr den Werten der Leistungsgesellschaft entspricht, erfolgt eine soziale Stigmatisierung der erkrankten Person. Missachtet wird dabei der wesentliche Punkt, dass durch das unbewusste Reproduzieren des sozialen Umgangs mit erkrankten Menschen, sie selbst als Mitglied der Gesellschaft in diese unschöne Situation geraten können. Daher scheint es wichtig, dass man sich mit dem Thema und den Folgen vorab auseinandersetzt und ein Bewusstsein entwickelt, um einen angemesseneren Umgang zu pflegen. Deutlich wird dies auch, dass die erste Reaktion bei Erkrankung eines Familienmitgliedes Mitbetroffenheit sei, die sich in der Regel zu einer liebevollen Bereitschaft und Offenheit für den Anderen entwickelt.¹²⁸ Diese Bereitschaft für das nahe Umfeld gilt es für einen besseren Umgang mit Krankheit und Kranksein für einen größeren Radius zu öffnen.

Wie sieht es nun mit der Darstellung der kranken Menschen in der Gesellschaft aus und wie bilden sich solche Darstellungen? Bernhard Kathan verweist gesamtgesellschaftlich auf eine Haltung, die den kranken Menschen nicht mehr als Patienten, sondern vom Klinikbetrieb abgeleitet als Kunden einstuft. Er warnt davor, dass mit der zunehmenden Rolle des Kunden gesamtgesellschaftlich soziale Strukturen aufgelöst werden.¹²⁹ Angesichts der Betonung, dass soziale Strukturen für kranke Menschen wichtig sind und einerseits bei der Krankheitsbewältigung andererseits in der Genesung hilfreich sind, ist eine Entwicklung, in der kranke Menschen zu Kunden werden, eine stark negative Wendung. An das Kundendasein knüpft sich eine verhärtete Beziehung zwischen kranken Menschen und dem medizinischen System und darüber hinaus wird Krankheit in der Gesamtgesellschaft heruntergebrochen auf etwas, was einem Kühlschrankskauf ähnelt. Hinter dieser Vorstellung, Krankheit und kranke Menschen auf ein Kundenniveau zu senken, steht automatisierter Prozess, bei dem Krankheit und Therapie darin bestehen, dass der Arzt alle Untersuchungen vornimmt, die Krankheit benennt, eine Therapie festlegt und der kranke Mensch vollständig geheilt ist. Dieser festgelegte Vorgang ähnelt dem Kassierprozess im Supermarkt. Die Faktoren der subjektiven Erfahrung und der

¹²⁷ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 113.

¹²⁸ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 129-130.

¹²⁹ Vgl. Kathan, Bernhard: Das Elend der ärztlichen Kunst 1999, S. 237.

notwendigen sozialen Einbindung sind in dem Kontext vollständig eliminiert. Wie wichtig die Einstellung des einzelnen Mitglieds und der Gesellschaft ist, wird deutlich in den Ausführungen von Neumann. Neumann beschreibt auf Ludwig Fleck verweisend, dass das Denken des Einzelnen durch den Denkstil beeinflusst ist. Der Denkstil entwickelt sich im Kontext bestimmter kulturhistorischer Situationen im sozialen Interaktionsfeld eines Denkkollektivs. Das Denkkollektiv hingegen ist die Gemeinschaft der Menschen, die im Gedankenaustausch oder in gedanklicher Wechselwirkung stehen und für die benannte Entwicklung des Denkstils sorgen.¹³⁰ Die Gedanken und die Einstellung einer einzelnen Person sind durch den Denkstil der Gesellschaft geprägt, aber die Einstellung der einzelnen Person prägt auch im Miteinander die Einstellung der anderen Mitglieder. Im sozialen Miteinander entsteht ein Denkkollektiv. Wenn sich der Denkstil aufgrund der Entwicklung in der Medizin, einerseits durch sein Eigenverständnis als Naturwissenschaft und andererseits durch den Betriebscharakter in Kliniken, dahingehend bewegt, dass kranke Menschen als Kunden oder als Objekte gesehen werden, dann nimmt das auch gesamtgesellschaftlich ein Ausmaß an, dass es durch Dialoge zu brechen gilt. Die Anerkennung der Krankheit und des kranken Menschen kann nur gesamtgesellschaftlich bewältigt werden, vor allem unter der Annahme, dass alle betroffen sein können. Dies zeigt aber auch, dass offene Dialoge zum Thema notwendig sind, um eine Einstellung und eine Haltung zu gewinnen, die allen Mitgliedern zur Hilfe kommt. Zusammenfassend bedeutet dies eben auch, dass das Krankheitsverständnis *disease*, was in der Medizin gepflegt wird, sich auf die Gesellschaft ausgebreitet hat und Einklang gefunden hat. *Sickness* hingegen ist ebenfalls innerhalb der Gesellschaft präsent, da im positiven Sinn die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen sind und im negativen Sinn die Stigmatisierung der kranken Menschen gegenwärtig sind. Die Folge daraus ist, dass die dritte Bedeutungsebene des Begriffs Krankheit, *illness*, weniger Beachtung und Anerkennung erhalten, aber vor allem keine soziale Relevanz innehaben.

Welche Aufgaben und Bedürfnisse sind innerhalb der Gesellschaft vorhanden? Cornelius Borck sagt dazu:

¹³⁰ Vgl. Neumann, Josef J.: Medizin als kulturbestimmte Praxis. Eine Auseinandersetzung mit den historisch-sozialen Ansatz der Medizinthorie von Ludwig Fleck. In: Choluj, Bozena/ Joerden, Jan C. (Hg.): Von der wissenschaftlichen Tatsache zur Wissensproduktion. Ludwig Fleck und seine Bedeutung für die Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang 2007, S. 168.

Aktuelle Bewegungen auf dem internationalen Buchmarkt geben Anzeichen, dass heute über solche wissenschaftstheoretischen Klarstellungen und über die mit einer breiten öffentlichen Aufmerksamkeit geführten bioethischen Diskussionen hinaus ein Bedarf besteht für ein kritisches, philosophisches Nachdenken über die gegenwärtige Medizin, über Gesundheit und Krankheit, über alternative Heilmethoden und die Rolle biomedizinisch- lebenswissenschaftlicher Forschung in der Gesellschaft.¹³¹

An Borcks Darstellung wird klar, dass das Bedürfnis in der Gesellschaft vorhanden ist, sich mit dem Thema Krankheit und Gesundheit und in Folge auch mit dem Umgang von diesen zu beschäftigen. Diese Beschäftigung sollte jedoch auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Die Schule gehört aus diesem Kontext heraus zu einer Schlüssellokation, in der die philosophische Auseinandersetzung beginnen sollte, vor allem unter dem Aspekt, dass die Schülerinnen und Schüler die Zukunft der Gesellschaft prägen. Parallel müssen auch Möglichkeiten gegeben werden für Mitglieder der Gesellschaft an öffentlichen Orten, sich philosophisch mit der Thematik auseinanderzusetzen. Aus diesem Beweggrund heraus werden in dieser Diplomarbeit auch Möglichkeiten in der didaktischen Umsetzung gezeigt, die sowohl im Philosophieunterricht und im Schulkontext, aber auch weiterführend in anderen Bereichen nutzbar gemacht werden können.

Akashe-Böhme und Böhme betonen, dass Vorsorgeuntersuchungen zwar gesellschaftlich etabliert sind, jedoch von einem Großteil nicht wirklich wahrgenommen werden. Als Gründe führen sie auf: (1) dass eine allgemeine Nachlässigkeit vorhanden ist und eine verbreitete Grundeinstellung dafür sorgt, dass das Beschaffen der Mittel, um eine Vorsorgeuntersuchung wahrnehmen zu können, mit vielen Unannehmlichkeiten verbunden ist und (2) dass eine falsche Einstellung zu Gesundheit und Krankheit besteht. Hinter dieser Einstellung steckt die Idee, dass eine Person so lange gesund ist bis sie erkrankt, also die Ignoranz der Möglichkeit zu erkranken. Die fehlende Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen steht unter der Zurückweisung der Annahme, dass Krankheit zum menschlichen Leben gehört und Gesundheit darin besteht, diese Tatsache zu bewältigen.¹³² So wird deutlich, dass durch einen offenen Umgang in der Gesellschaft einerseits die betroffenen Menschen sich besser aufgehoben fühlen werden, aber auch Voraussetzungen geschaffen werden, um Krankheiten in einem Frühstadium zu entdecken und folglich den Leidensweg der Krankheit zu reduzieren.

Gelhaus führt ferner drei Aufgaben der Gesellschaft im Umgang mit Krankheit an:

¹³¹ Borck, Cornelius. Medizinphilosophie zur Einführung 2016. S. 23.

¹³² Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 32-33.

(1) *Hilfsbedürftigkeit*: Kranken Menschen sollte ein Zustand der Hilfsbedürftigkeit zugesprochen werden, da es sich bei Krankheit um eine Notsituation handelt. Neben der Einschränkung der Grundbedürfnisse der kranken Personen sollte eine allgemeine Haltung der Legitimation von Hilfsmöglichkeit in der Gesellschaft etabliert werden. Die Aufgabe der Gesellschaft oder des angesprochenen Gegenübers ist es, ein Umfeld zu schaffen, das eine Neuorientierung ermöglicht und die Perspektivlosigkeit der kranken Person nicht verstärkt, unter der Prämisse, dass die kranke Person Hilfe wünscht.¹³³ Der Fokus in dieser Ausführung liegt vor allem darin, dass ein passendes Umfeld erzeugt werden muss, in dem kranke Menschen Hilfe beanspruchen können.

Der Eindruck einer durch individuelle Defizite verursachten Erkrankung ist bedingt durch fehlendes Wissen Außenstehender in Bezug auf die Bewertung der Krankheit selbst und den erwarteten Heilungsverlauf. Es wird zumeist dadurch verstärkt, dass psychisch Erkrankte Stigmatisierungserlebnisse verinnerlichen und mit hierauf dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, etwa mit Geheimhaltung der Krankheit oder Rückzug, reagieren. [...] Des Weiteren kann eine erwartete bzw. bereits früher erlebte Stigmatisierung auch dazu führen, dass von einem Rückfall betroffene Beschäftigte eine Inanspruchnahme professioneller Hilfe ablehnen, die zu (erneuter) „Etikettierung“ führen und Unverständnis bzw. Ablehnung und/oder soziale Isolation in der sozialen Umwelt hervorrufen kann.¹³⁴

Die Angst vor Stigmatisierung aufgrund der Erkrankung führt zu einer schwierigen Grundlage, in der Erkrankte eher einen Rückzug präferieren als Hilfe anzunehmen. Folglich ist es wichtig, Stigmatisierungen zu verhindern, mitunter durch öffentliche Diskurse über Krankheit, wie sie in dieser Diplomarbeit angestrebt werden. Neben dem Rückzug führt diese Haltung der Gesellschaft auch dazu, dass eine Schwächung des Selbstbewusstseins der Erkrankten bedingt wird, wenn sie sich als hilfsbedürftig ersehen. Wenn die Einstellung, Hilfe anzunehmen, kein Stigmatisierungsgrund in der Gesellschaft wäre, würden auch mehr kranke und tatsächlich hilfsbedürftige Menschen die notwendige Hilfe annehmen. Bis dahin gilt es, Hilfe anzubieten, wenn Hilfe von der Person gewünscht wird.

(2) *Mitleid*: Die erste Reaktion auf die Krankheit eines Mitmenschen kann Ekel, Abwehr, Betroffenheit oder Mitleid sein. Diese ersten Reaktionen kennzeichnen den möglichen Umgang mit Kranken, was sich in einem Spektrum von Ausgrenzung bis zu fürsorglicher Aufmerksamkeit bewegt. Mitleid ist etwas, was kulturunabhängig als moralisches

¹³³ Vgl. Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs, S. 134-137.

¹³⁴ Windscheid, Eike Christoph: Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung. Wiesbaden: Springer 2019, S. 63.

Basisgerüst fungiert und nicht nur auf den Umgang mit Krankheit beschränkt ist. Mitleid zeigt symbolisch den empathischen Umgang miteinander, jedoch gilt es zu beachten, dass Mitgefühl nicht die Würde des kranken Menschen verletzt, sondern bestätigt.¹³⁵ Die erste Reaktion auf einen kranken Mitmenschen prägt wohl den Umgang mit diesem, folglich gilt es zu analysieren, was diese vier Reaktionen bei der betroffenen Person bewirken: (I) Ekel als Reaktion führt unmissverständlich zu einer Verletzung der Würde des kranken Menschen, so scheint es offensichtlich, dass eine Person, die mit Ekel reagiert, kaum daran interessiert sein wird, einen angemessenen Umgang zu pflegen. Diese Reaktion ist durch den kranken Menschen sofort ersichtlich und übermittelt ihm in der Fremddarstellung ein weiteres Leiden zuzüglich des eigenen Leidensweges. (II) Abwehr kennzeichnet sich durch eine passive Verletzung der Würde des kranken Menschen. So wird diese Distanz, die durch das Gegenüber aufgebaut wird, erst in einer zeitlichen Verzögerung der kranken Person bewusst. Die Verletzung, die bei der kranken Person verursacht wird, ist ggf. schwächer als bei der Ekelreaktion. (III) Betroffenheit hingegen stellt eine solide Basis dar, um einen angemessenen Umgang mit der kranken Person zu pflegen. Es beinhaltet eine empathische Grundeinstellung, die dahingehend gestützt werden kann, dass bereits Erfahrung mit kranken Menschen vorhanden ist. Die kranke Person wird sich angesichts einer betroffenen Reaktion wohl aufgehoben fühlen und erlebt keine Verletzung der Würde, sondern eine angemessene Würdigung der schwierigen Situation, in der sie sich befindet. (IV) Mitleid als erste Reaktion zeigt eine starke empathische Grundeinstellung gegenüber Krankheit, die sowohl aus dem bereits bekannten Umgang mit kranken Menschen, aber auch mit eigenen Krankheitserfahrungen einhergehen kann. Ferner ist Mitleid eine grundsätzliche menschliche Reaktion, die unabhängig von Kultur, Religion oder Zeit ein Teil des menschlichen Gefühlsspektrums ist. Mitleid kann zu einer Verstärkung und Verletzung der Würde des kranken Menschen führen, wenn ein asymmetrisches Verhältnis zwischen beiden herrscht. Wenn die Mitleid zeigende Person von oben herab ihr Mitleid ausspricht, dann erscheint dies für die kranke Person eher so, als würde die Person ausdrücken, dass sie froh ist, nicht selbst krank zu sein. Folglich scheint es wichtig, dass sich bei der Reaktion Mitleid beide auf gleicher Ebene befinden.

(3) *Freistellung*: Die Implikation von Krankheit ist Schonung und Freistellung von Pflichten, folglich ist Krankheit eine legitime Entschuldigung, sich von der Arbeit oder

¹³⁵ Vgl. Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs, S. 138- 140.

sonstigen Verpflichtungen fernzuhalten. Weiterhin schließt sich an diese Freistellung eine solidarische Finanzierung an, d. h. die Gesundheitsversorgung, die dafür sorgt, dass die kranke Person finanziell abgesichert im Alltag ist und Therapiemöglichkeiten wahrnehmen kann, ohne finanzielle Einbußen zu erleben.¹³⁶ Die Freistellung für kranke Menschen ist eine Erleichterung im Alltag, jedoch sind mit Freistellungen auch weitere Reaktionen verbunden. So wird teilweise in der Schule oder im Beruf eine Freistellung aufgrund von Krankheit als eine Ausrede gewertet, um sich vor der Verpflichtung zu drücken. Ferner müssen erkrankte Menschen nach einer langen Krankheitsperiode in der Arbeit oder in der Schule reintegriert werden. Die lange Abwesenheit erhöht den Leistungsdruck auf die kranken Personen immens. Sie versuchen trotz ihres eigenen Leidensweges in der Arbeit ihre Leistung zu erbringen. Im Schulkontext ist zwar der Druck auf die Schülerinnen und Schüler nicht so stark wie im Beruf, aber lange Krankheitsperioden führen zum Ausfall von Lehrinhalten, so dass Schülerinnen und Schüler selbstständig für den versäumten Stoff aufkommen müssen oder ggf. die Schulstufe wiederholen müssen. Für Krankheitsausfälle im geringen Maße ist ein selbstständiges Aufholen der versäumten Inhalte sicherlich möglich, aber im großen Maß gestaltet es sich als sehr schwierig. Geht man von einer Schülerin aus, die aufgrund einer schweren Krankheit aus ihrem Alltag, also der Schule, rausgerissen wurde, so erschwert sich die Situation auch nach Stabilisierung ihrer gesundheitlichen Lage erneut, wenn sie nicht mehr in ihren alten Alltag zurückkehren kann. Die solidarische Finanzierung ist eine gesetzliche Verpflichtung aller gesunden Mitglieder der Gesellschaft, für die kranken Mitglieder aufzukommen. Folglich ist dies eine politisch initiierte Aufgabe der Gesellschaft, Mitverantwortung zu übernehmen, ganz im Sinne des Krankheitsverständnisses *sickness*. Nicht zu vergessen ist aber auch, dass nicht jedes Land über solche Gesundheitssysteme verfügt, so dass sich kranke Menschen neben ihrer Erkrankung auch um die finanziellen Mittel kümmern müssen. So kann es durchaus sein, dass kranke Menschen, die nicht in einem sozialen Gesundheitssystem leben, schier an den finanziellen Ruin kommen oder keine Therapie wahrnehmen, weil es ihnen finanziell nicht möglich ist.

Ausgehend von der Forschungsfrage, welcher Umgang aus den unterschiedlichen Krankheitsdefinitionen für die Medizin, Schule und Gesellschaft folgen, und der Hauptannahme, dass die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von Krankheit spezifische

¹³⁶ Vgl. Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs, S. 141.

Formen des Umgangs mit Krankheit erzeugen, konnte nachgewiesen werden, dass die medizinische Ausbildung vom Krankheitsbegriff *disease* geprägt ist. Dies führt zu einem Ungleichgewicht, wenn die ausgebildeten Ärzte auf Menschen treffen, die ihre Krankheit im Sinne von *illness* beschreiben. In der Arzt-Patienten-Beziehung ist ein asymmetrisches Machtverhältnis festzustellen, das die Unsicherheiten bei den Erkrankten fördert. So wird aus medizinischer und gesellschaftlicher Sicht den kranken Menschen kein Raum gegeben, in denen sie ihrer Krankheit Ausdruck verleihen können. *Sickness* ist ebenfalls gesellschaftlich anerkannt wie *disease*, da die gesetzlichen Grundlagen innerhalb eines sozialen Gesundheitssystems durchgesetzt sind. Lediglich *illness* hat keinen anerkannten Status, der sich in der Medizin und in der Gesellschaft durch aktives Schweigen zeigt. Das gesellschaftliche Schweigen über Krankheiten fördert eine Tabuisierung der Krankheit und führt zu einer Diskriminierung. Daher besteht die Notwendigkeit, sich Kenntnisse über Krankheiten anzueignen, um Stigmatisierungen zu minimieren. Positive Änderungen können gemeinsam gemacht werden, in dem offen darüber geredet wird. Folglich gehört es zu den Aufgaben der Gesellschaft, Krankheit öffentlich zu thematisieren und sich damit auseinanderzusetzen. Damit wäre eine Verbesserung im Umgang mit Krankheiten möglich, aber es würde auch ein Bewusstsein geschaffen werden, das es ermöglicht, Vorsorgeuntersuchungen stärker wahrzunehmen.

Die Philosophie und die philosophiedidaktischen Methoden können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des gesamtgesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit leisten. In Dialogen müssen neben dem Wissen über Krankheit und Therapiemöglichkeiten, der richtige Umgang und die präventiven Methoden thematisiert werden. Aus den folgenden Gründen scheint die Philosophie und die philosophiedidaktischen Methoden entscheidend:

(1) Philosophie ist nicht an ein spezifisches Gebiet gebunden, sondern sie hat die Möglichkeit überblickend Themen zu betrachten und zu analysieren.

Philosophie ist auf die Ausbildung einer systematischen Gesamtauffassung von Natur, Gesellschaft und Mensch gerichtet, sie ist im Kern *Weltanschauungsphilosophie*¹³⁷. Dass sie auf eine solche Gesamtauffassung, auf die letztlich grundlegenden Dinge, das Woher, das Wohin und das Wozu von Natur, Gesellschaft und Mensch abzielt, unterscheidet sie

¹³⁷ Textmarkierung aus dem Original übernommen.

von den Wissenschaften, die immer nur ein bestimmtes Gebiet der Natur, der Gesellschaft und des menschlichen Lebens zum Gegenstand haben.¹³⁸

In der konkreten Krankheitsthematik ermöglicht die Philosophie Einblick in die Medizin, Gesellschaft und in die Schule.

(2) Philosophie stellt viele Fragen, die zwar nicht immer eindeutig zu beantworten sind, aber zum Nachdenken anregen und gegebene Tatsache besser verstehen lassen.

Philosophie ist vor allem anderen eine radikale Fragebewegung. Dies bedeutet, dass sie nicht auf einzelne Ergebnisse und spezifische Gegenstandserkenntnis abzielt, sondern auf Grundfragen führt, über die menschliches Denken zu höheren Sinnklarheit kommen, die es aber nicht auflösen kann.¹³⁹

Konkret bedeutet dies, dass die Philosophie den Umgang mit Krankheit zwar nicht selbstständig lösen kann, aber Zugänge schafft durch Fragen und Hinweisen, um darüber nachzudenken und ggf. ein Bewusstsein zu entwickeln.

3.2 Didaktische Umsetzung

In diesem Abschnitt werden zunächst (1) die grundlegenden Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung, (2) die konkrete didaktische Umsetzung skizziert, wobei der ausgewählte philosophiedidaktische Ansatz für diesen Themenblock das Theatrale Philosophieren ist und (3) eine Begründung der Methode bzw. des Ansatzes vorgenommen wird, in dem eine Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik erfolgt und die Relevanz der Methode für den Themenblock herausgearbeitet wird.

3.2.1 Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung

Die allgemeinen Voraussetzungen für die didaktische Umsetzung sind mit denen aus dem *Kapitel 2.2.1*¹⁴⁰ ident und werden daher nicht erneut aufgelistet.

Mit didaktischen Voraussetzungen sind die inhaltliche und die didaktische Vorbereitung der Lehrperson gemeint. Bei der inhaltlichen Vorbereitung sollte sich die Lehrkraft Informationen über den Umgang mit Krankheit in der Medizin, Gesellschaft und Schule

¹³⁸ Riedel, Manfred/ Seubert, Harald: Einführung in die Philosophie. Hrsg. von Friedemann Sprang. Köln/ Weimar/ Wien: Böhlau 2015, S. 22

¹³⁹ Riedel, Manfred/ Seubert, Harald: Einführung in die Philosophie 2015, S. 89.

¹⁴⁰ Siehe S. 47.

einholen.¹⁴¹ Inhaltlich sollte sich die Lehrkraft an dem Kapitel 3.1. *Umgang mit Krankheiten* orientieren: (1) Umgang mit Krankheit in der Medizin, darunter fällt der Umgang mit kranken Menschen durch das medizinische Personal und der Umgang des kranken Menschen mit dem medizinischen System, und (2) Umgang mit Krankheiten in der Schule und Gesellschaft

Zur didaktischen Vorbereitung sollte die Lehrkraft grundlegende Erfahrungen und Informationen zum Sokratischen Gespräch haben, aber weiterführend über Informationen über theaterpädagogische Methoden einholen, v.a. zum Theatralen Philosophieren.

3.2.2 Konkrete didaktische Umsetzung

In der konkreten didaktischen Umsetzung werden zunächst die inhaltlichen und kompetenzorientierten Ziele gelistet, anschließend die Stundenbilder für die Doppelstunde zum Themenblock „Umgang mit Krankheit“ unter der Leitfrage: „Was soll ich tun?“ angeführt. In einem dritten Schritt wird die Einbettung skizziert, wobei einerseits notwendige Vorkenntnisse der Schüler, Bezüge zu möglichen zukünftigen Unterrichtsstunden und die Möglichkeit eines fächerübergreifenden Unterrichts kurz aufgezeigt werden.

Ziele

Inhaltliche Ziele:

- [i 1] *Disease, illness* und *sickness* sind drei Bedeutungsmöglichkeiten von Krankheit
- [i 2] Arzt-Patienten-Beziehung in mehreren Perspektiven
- [i 3] Asymmetrisches Machtverhältnis: Patient im Krankenhaus
- [i 4] Umgang mit Krankheit in sozialen Gefügen

Kompetenzorientierte Ziele:

- [k 1] Definitionen anfertigen und begründen
- [k 2] Argumentative und allgemeine Dialogfähigkeit üben
- [k 3] Multiperspektivisch und kritisch denken
- [k 4] Erkenntnisse aus den Gesprächen ziehen
- [k 5] Selbstständiges Arbeiten fördern

¹⁴¹ Geeignete Literatur zum Thema ist den Literaturangaben zu entnehmen.

- [k 6] Gehörtes und Gelesenes verstehen
- [k 7] Inhalte auf die Gegenwart beziehen
- [k 8] Empathisch in eine Rolle schlüpfen

Stundenbilder zum Themenblock: „Umgang mit Krankheit: *Was soll ich tun?*“

Zeit	Inhalt	Ziele	Material/Methode
5‘ (5‘)	Begrüßung und Organisatorisches		
7‘ (12‘)	Stundenwiederholung: Eigene Erkenntnisse der SuS aus der letzten Stunde wiederholen Wiederholung der Begriffe <i>disease</i> , <i>illness</i> und <i>sickness</i>	[i 1] [k 1], [k 2], [k 3],	L- S Gespräch AB 1
3 ‘ (15‘)	Thema der Stunde: Umgang mit Krankheit • Methode für die Stunde vorstellen: eine kurze Szene und anschließendes Gespräch + Reflexion + Erkenntnisse • Regeln erklären und Hinweis, dass es kein richtig kein falsch gibt • 2 Freiwillige für die Szene	[k 6]	L-Vortrag AB 2
8‘ (23‘)	Thema 1: <i>Arzt-Patienten-Beziehung</i> Vorbereitung für die Szenen Für die 2 Freiwilligen: Rolle 1: Patient Rolle 2: Arzt (Restliche SuS werden gebeten, Eindrücke auf dem AB 2 zu notieren. Szene (circa 3 Minuten) <i>Ausgangssituation:</i> Krebspatient beim Arzt, um Fragen und weitere Therapie zu klären. Arzt und Patient sitzen klassisch am Tisch. Patient und Arzt sollen das Gespräch führen. Es werden keine vorbestimmten Rollen gegeben, SuS sollen die Szene so spielen, wie sie glauben, dass es in der Realität ablaufen würde	[i 2] [k 3], [k 5], [k 6], [k 8]	L-Vortrag Szenenspiel Rollenkarten AB 2
7‘ (28‘)	Lehrer stellt 3 Ärztetypen nach Mitscherlich vor: Arzt 1: der Forscher Arzt 2: der Krankenhausarzt Arzt 3: der freipraktizierende Arzt • SuS sollen die Merkmale in die Tabelle auf dem AB 2 eintragen	[i 2] [k 5], [k 6]	L-Vortrag AB 2

12' (42')	- Freiwillige werden nach ihrem konkreten Empfinden in der Rolle gefragt - Restliche SuS sollen ihre Eindrücke mitteilen. L. fragt danach, wie wahrscheinlich so eine Szene ist und welche Möglichkeiten es noch geben könnte. - SuS sollen die gespielte Szene einem Arzttypen zuordnen und begründen L. fragt, was ändert sich, wenn der andere Arzttyp das Gespräch geführt hätte oder ändert sich nichts? - SuS Gründe für den vorhandenen Arzttyp nennen lassen	[i 2] [k 1], [k 2], [k 3], [k 6], [k 7]	Dialogischer L-S Gespräch AB 2
5' (47')	Lehrkraft bittet darum, eine Erkenntnis aus der Szene und dem gemeinsamen Gespräch zu notieren	[i 2] [k 3], [k 4], [k 5], [k 7]	Einzelarbeit AB
3' (50')	Vorbereitung der Szene: Krankenhausvisite Lehrkraft bittet darum in jeder Ecke einen Tisch zu leeren und bildet Gruppen zu 4-5 Personen.		L- Vortrag
	Pause	Pause	Pause
Zeit	Inhalt	Ziele	Material/Methode
6' (6')	Thema 2: Asymmetrisches Machtverhältnis <i>Szene: Krankenhausvisite</i> 1 SuS liegt auf dem Tisch, während die restlichen SuS Ärzte und ärztliches Personal sind und untereinander über die scheinbare Krankheit reden, ohne Patient zu beachten (von oben herab). Immer wenn die Lehrkraft klatscht (ca. 1 Minute), steht der eine SuS auf und ein anderer SuS legt sich hin, bis alle SuS in der Gruppe einmal in beiden Rollen war.	[i 2], [i 3] [k 3], [k 5], [k 6], [k 8]	L-Vortrag Rollenspiel/ Gruppenspiel
5' (11')	Machtverhältnis in der Medizin nach Lukas Kaelin (kurzer Auszug) Gemeinsam mit SuS Text lesen und besprechen	[i 3] [k 2], [k 6], [k 7]	L-S Gespräch Textbeilage 1
5' (16')	SuS sollen im Anschluss eine Erkenntnis auf dem AB 2 notieren	[i 3] [k 3], [k 4], [k 5], [k 7]	Einzelarbeit AB 2

5' (21')	Umgang mit Krankheit in Gesellschaft und Schule: Vorbereitung der Szene 4 Freiwillige für die nächste Szene Rolle 1: Krebskranke Person Rolle 2: Freund 1 → Ekel + Abwehr Rolle 3: Freund 2 → Betroffenheit + Mitgefühl Rolle 4: Freund 3 → Mitleid Jede Rolle hat eine eigenen Schlüsselsatz. SuS lesen sich in Rollen ein Restliche SuS Notizen zu den 4 Mini-Szenen Beim Klatschen geht Freund 1 und Freund 2 kommt (circa alle 30-40 Sekunden) Hinweis, dass die Rollen überspitzte Typen sind	[i 4] [k 3], [k 5], [k 6], [k 8]	L-Vortrag Rollenkarten
6' (27')	<i>Szene 1:</i> Freund 1 (lebenslustig, keine Erfahrung zu erkrankten Personen, hedonistisch) reagiert auf die Information der Erkrankung mit Ignoranz, Ekel und Abwehr und verlässt die Szene aus eigenen Stücken. <i>Szene 2</i> Freund 2 (Erfahrung mit Erkrankung, verständnisvoll) reagiert mit Betroffenheit auf die Erkrankungen. Hört der erkrankten Person zu und bietet aktiv Unterstützung an. <i>Szene 3:</i> Freund 3 (egozentrisch, Gesundheits- und Sportfanatiker) reagiert mit Mitleid auf die Erkrankung, jedoch von oben herabblickend und Schuld zusprechend. Hört der Person nicht zu, sondern bedauert die Person durchgehend und betont, wie gut es ihm/ihr geht.	[i 4] [k 3], [k 5], [k 6], [k 7], [k 8]	Rollenkarten AB 2
8' (32')	Eindruck der Freiwilligen Rückmeldungen durch SuS L. fragt, wie sich die erkrankte Person fühlt Welche Rückschlüsse auf das eigene Verhalten sind möglich? Wieso reagieren die Typen so?	[i 4] [k 1], [k 2], [k 3], [k 6], [k 7]	L-S Gespräch
5' (40')	Eine Erkenntnis notieren	[i 4] [k 3], [k 4], [k 5], [k 7]	Einzelarbeit AB 2

10* (50)*	Reflexion: Welcher Umgang wurde in der Medizin und welcher in der Gesellschaft gezeigt? Warum ist der Umgang so? Was macht das mit den kranken Menschen? Welche Szene war am Eindrucksvollsten? Unterschiedliche Szenen mit den Perspektiven <i>disease</i> , <i>illness</i> und <i>sickness</i> verbinden Hausübung: Textbeilage 2 aus Bernhard Kathan „Das Elend der ärztlichen Kunst“, S. 67- 83 lesen und 3 wichtige Punkte notieren.	[i 1], [i 2], [i 3], [i 4] [k 1], [k 2], [k 3], [k 4], [k 6], [k 7]	L- S Gespräch Textbeilage 2
--------------	--	---	------------------------------------

Einbettung

Die Schüler sollten aufgrund der vorherigen Unterrichtseinheiten über die Krankheitsdefinitionen informiert sein, was als Vorkenntnis für diesen Themenblock vorausgesetzt werden kann. Weiters ist es sinnvoll, über anthropologische Konzepte informiert zu sein und bereits Erfahrung in theaterpädagogischen Übungen zu haben.

Der Bezug zur zukünftigen Unterrichtsstunde ist dahingehend vorhanden, da der nächste Themenblock die Wirkung und Folge des Krankseins und die Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein behandelt.

Die Möglichkeit zum fächerübergreifenden Unterricht besteht hier für zwei Fächer: (1) Deutsch und (2) Bildnerische Erziehung.

Aufgrund der theaterpädagogischen Übung eignet sich der Deutschunterricht besonders gut, da die sogenannten *Drama games* zur Interpretation und zum Verständnis von literarischen Texten dienen. Betrachtet man den Lehrplan für die AHS-Oberstufe in Deutsch, erkennt man offensichtliche Hinweise darüber, wie sehr *Drama games* für die pädagogische Entwicklung von SuS notwendig sind. SuS sollen „befähigt werden, mit Sprache Erfahrungen und Gedanken auszutauschen, Beziehungen zu gestalten und

Interessen wahrzunehmen“ und „befähigt werden, literarisch-ästhetische Botschaften kognitiv zu verstehen und emotional aufzunehmen¹⁴².

Da sich Theater in der Schule genauso wie die Kunstform Theater inhaltlich mit allen Lebensbereichen befassen kann, ermöglicht dieser zugestandene Freiraum Schülerinnen und Schülern, sich mit Hilfe theatralen Mittel spielerisch menschlichen Kernfragen, Problemen und Lebensentwürfen zu nähern, diese zu erarbeiten, zu erfahren, zu begreifen und zu reflektieren.¹⁴³

Mit Hilfe von *Drama games*¹⁴⁴ können SuS nonverbal und verbal Erfahrungen mit anderen Personen erleben, Beziehungen austesten, um weiterführend diese auch sprachlich ausdrücken zu können. Dadurch, dass das Theater eine Kunstform ist, erwerben die SuS einen neuen Zugang zur Ästhetik. Durch die spielerische Annäherung erfolgt eine tiefgehende ästhetische Erfahrung, die ihr kognitives Verständnis erweitert und die emotionale Aufnahmefähigkeit sensibilisiert. In den didaktischen Grundsätzen heißt es:

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, Schülerinnen und Schüler in die unterschiedlichen Bedingungen und Prozesse mündlicher Kommunikation Einblick gewinnen und situations-, personen- und sachgerecht agieren sowie die Möglichkeiten verschiedener Gesprächs- und Redeformen ausloten zu lassen.¹⁴⁵

Der im Lehrplan für Deutsch verankerte Anspruch gilt gleichermaßen auch für den Philosophieunterricht. Zumal auf die theaterpädagogischen Übungen stets Gespräche folgen, die das Verständnis einerseits und die kommunikativen Kompetenzen anderseits fördern.

Das Fach bildnerische Erziehung eignet sich ebenfalls für die Form der didaktischen Methode, da neben den verwendeten noch weitere künstlerische Umsetzungsformen verwendet werden können.

Die Einbettung im Lehrplan entspricht dem im *Kapitel 2.2.2*.¹⁴⁶

¹⁴² Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Lehrplan der AHS-Oberstufe Deutsch: https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_neu_ahs_01_11853.pdf?61ebzi (letzter Aufruf: 28.09.2019), S.1.

¹⁴³ Felder, Marcel/ Kramer-Länger, Mathis/ Lille, Roger/ Ulrich, Ursula: Studienbuch Theaterpädagogik. Grundlagen und Anregungen. Zürich: Publikationsstelle an der Pädagogischen Hochschule 2013, S.61.

¹⁴⁴ Das Werk von Viola Spolin „Improvisationstechniken für Pädagogik, Therapie und Theater“ ist geeignet, um sich mit *Drama games* gut auseinanderzusetzen.

¹⁴⁵ Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Lehrplan der AHS-Oberstufe Deutsch, S.2.

¹⁴⁶ Siehe S. 52-53.

3.2.3 Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methoden

Der Fokus bei der Begründung liegt in der Methode des Theatralen Philosophierens, was aus der Theaterpädagogik übernommen wurde. Im dem didaktischen Konzept sind Teile mit solchen theaterpädagogischen Übungen und Teile enthalten, in denen der Dialog stark erscheinen. Da über den Dialog bereits in der ersten didaktischen Konzeption Ausführungen gemacht wurden, wird darauf verzichtet und die Begründung erfolgt in puncto Theatrales Philosophieren.

Die Auswahl dieses philosophiedidaktischen Ansatzes erfolge, weil sie eine Möglichkeit bietet, konkret auf den Inhalt passend, den Umgang mit Krankheit am eigenen Leib zu erfahren. Diese Erfahrung durch die theaterpädagogischen Übungen ermöglichen ein vertiefendes Verständnis der Gesamtsituation, da körperlich Erlebtes wirkungsvoller ist als auditiv oder schriftlich empfangene Informationen. Durch diese theatralen Übungen wird neues und anderes Verstehen angeregt.

3.2.3.1 Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik

Analog zum Dialog kann man diese philosophiedidaktische Methode dem dialogisch-pragmatischen Ansatz von Ekkehard Martens zuordnen. Martens verweist darauf, dass Lehrer versuchen müssen, die Schüler zu einem Gespräch über philosophisch wichtigen Themen zu bewegen, in dem sie u.a. auf Rollenspiele und Gesten zurückgreifen.¹⁴⁷ Weiterhin benennt Martens die phänomenologische Methode und betont die „leibliche Dimension des Erkennens“¹⁴⁸. Durch theaterpädagogische Übungen wird nicht nur die Vernunft, sondern auch der Körper eingesetzt, so dass leibliches Erfahren und Erkennen möglich werden.

Der Gegenstand ist nicht einfach ein und derselbe, er erweist sich als derselbe im Wechsel von Gegebenheits- und Intentionsweisen, in denen er aus der Nähe und aus der Ferne, von dieser oder von jener Seite erschaut, in denen er wahrgenommen, erinnert, erwartet oder phantasiert, in denen er beurteilt, behandelt oder erstrebt, in denen er als wirklich behauptet, als möglich oder zweifelhaft hingestellt oder negiert wird. Diese Variationskette ließe sich fortsetzen, auch historisch und kulturell konkretisieren, und darin ist vieles angezeigt, was im Laufe der Zeit die Phänomenologie beschäftigen und beunruhigen wird.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte 1986, S. 96-97.

¹⁴⁸ Martens, Ekkehard: Methodik des Ethik- und Philosophieunterrichts. Philosophieren als elementare Kulturtechnik. 3. Aufl. Hannover: Siebert 2007, S. 80.

¹⁴⁹ Waldenfels, Bernhard: Einführung in die Phänomenologie. Paderborn: Fink 1992, S. 15.

In dieser Aussage wird gezeigt, dass durch den Wechsel in eine Rolle, die man durch theaterpädagogische Übungen einnimmt, eine neue Perspektive auf die Sachlage gegeben wird. Einerseits betrifft dies die Schüler, die die Rolle spielen, aber auch die restlichen Schüler, die unmittelbar vor sich eine Szene beobachten und erfahren können. Neben dieser leiblichen Erfahrung spielt die Lebenswelt ebenfalls eine entscheidende Rolle bei dieser Methode. Martens betont, dass lebensweltliche Verankerungen im Unterrichtsprozess entstehen, in dem eigene und von anderen gemachten Erfahrungen einbezogen werden, in dem eine szenisch-pantomimische Annäherung vollzogen wird.¹⁵⁰

Die Relevanz des theatralen Philosophierens zeigt Volker Steenblock eindeutig:

Standbilder und Rollenspiele bieten die Möglichkeit, statt bloßer Textlektüre sich in das Empfinden und Denken von Bezugspersonen *einzu fühlen*¹⁵¹, Situationen *erfahren zu lassen*, Handlungsweisen *verstehbar zu machen*; sie können vielleicht sogar kleine Einübungen in konkrete Situationen, auf jeden Fall aber Schritte zur *Empathie* sein. Rollenspiele können Konflikte und Entscheidungssituationen des Zusammenlebens simulieren und die Suche nach Lösungsmöglichkeiten in Gang setzen.¹⁵²

Das Zitat verweist auf den Gewinn aus solchen Rollenspielen. Die Schüler entwickeln Empathie und Handlungsweisen für Sachverhalte, die für sie vielleicht schwer verständlich waren und nun plakativ werden. Vor allem im Kontext mit dem Themenblock erscheint es sinnvoll, solche Übungen einzubauen.

Christian Gefert verweist auf eine weitere Ebene, in der Rollenspiele entscheidend sind:

Das theatrale Philosophieren entfaltet seine philosophischen und pädagogischen Potenziale erst als ein (gemeinsamer) Deutungsprozess, der bei jedem Beteiligten die Bildungschance einer Weiterentwicklung seiner je eigenen Deutungskompetenz auch in der behutsamen diskursiv-argumentativen Auseinandersetzung mit seinen Vorstellungen und präsentativen Ausdrucksformen eröffnet.¹⁵³

Hieran wird eben auch deutlich, dass es sich nicht um ein reines Spielen handeln, sondern um einen gemeinsamen Deutungsprozess, ganz gemäß der dialogisch-pragmatischen Philosophiedidaktik von Martens. Es findet eine Veränderung beim Schüler statt, der neue Ebenen für Deutungen und Meinungen öffnet.

¹⁵⁰ Martens, Ekkehard: Methodik des Ethik- und Philosophieunterrichts 2007, S. 100.

¹⁵¹ Textmarkierungen sind aus dem Original übernommen.

¹⁵² Steenblock, Volker: Philosophische Bildung. Einführung in die Philosophiedidaktik und Handbuch: Praktische Philosophie. Münster: Lit 2013, S. 192

¹⁵³ Gefert, Christian: Didaktik theatralen Philosophierens. Untersuchungen zum Zusammenspiel argumentativ- diskursiver und theatral-präsentativer Verfahren bei der Textöffnung im philosophischen Bildungsprozessen. Dresden: Thelem 2002, S. 303.

Diese Methode ist jedoch auch nicht einfach und bedarf daher einer guten Vorbereitung und im optimalen Fall einer theaterpädagogischen Erfahrung bei Lehrenden und Lernenden.

Das Inszenieren von Rollenspielen ist voraussetzungsreich. Es bedarf in der Vorbereitungsphase einer hinlänglich präzisen Situationsbeschreibung, die dem Rollenspiel zugrunde liegen soll. Es bedarf weiterhin einer genauen Definition der Rollen. Die Schüler brauchen in der Regel viel Zeit, um ihre jeweiligen Rollentexte sinnvoll schreiben zu können. [...] Als Abschluss sollte unbedingt eine Auswertung in Form eines Metagesprächs stehen. Die Schülerinnen und Schüler können sich dabei kritisch über die eigene bzw. die Rolle von anderen oder Sinn und Zweck des Spiels äußern.¹⁵⁴

Aufgrund dessen wurde bei der Konzeption immer darauf geachtet, dass im Anschluss an die Szenen die freiwilligen Schüler befragt werden. Auch in der Abschlussreflexion sollen die Schüler befragt werden, wie sie die Übungen fanden. Der Sinn und Zweck des Spieles wird zu Beginn der Unterrichtsstunde bereits angekündigt und wird sich vermutlich in der Abschlussreflexion auch zeigen.

Eckart Liebau verweist, dass dem aktivem Theaterspielen eine fünffache fundamentale pädagogische Bedeutung zukommt. Erstens bietet das Spiel mit den Fiktionen auf inszenatorischer, performativer und semiotischer Ebene höchst komplexe Erfahrungsmöglichkeiten an, die in keiner anderen Form so gewonnen werden können. Zweitens erhält man durch das Spiel auf einer Meta-Ebene Erfahrungen mit dem Bildungsprozess. Drittens integriert das Theater Sprache, Musik, bildende Kunst, Video, Medien, Sport etc. und bietet Möglichkeit zur Interdisziplinarität. Viertens erfordert das Spielen viele unterschiedliche Fähigkeiten, die während des Spielens nebenbei erworben werden. Fünftens eröffnet das Spielen Erfahrungsmöglichkeiten einer anthropologisch und kulturell fundamentalen Dimension menschlicher Existenz.¹⁵⁵

In Bezug auf den Lehrplan wird deutlich, dass die Schüler reflektierte Kenntnis zur eigenen Person und zu Mitmenschen gewinnen sollen. Weiters soll das Verständnis für

¹⁵⁴ Pfeifer, Volker: Didaktik des Ethikunterrichts. Bausteine einer integrativen Wertevermittlung. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2009, S. 100.

¹⁵⁵ Vgl. Liebau, Eckart: Theatrale Bildung. Produktions- und rezeptionsästhetische Perspektiven der darstellenden Künste. In: Schneider, Wolfgang (Hg.): Theater und Schule. Bielefeld: transcript 2009, S. 58-59.

die sozialen Formen des Zusammenlebens und Wandels gefördert werden und Ursachen und Erscheinungsformen von sozialer Ungleichheitsstrukturen thematisiert werden.¹⁵⁶

3.2.3.2 Relevanz der Methoden für die Thematik

Durch die theatrale Erfahrung in der Szene zum Arzt-Patienten-Verhältnis entwickelt sich eine eindeutige Erkenntnis. Die Freiwilligen gewinnen in ihren Rollen ein direktes Bild und eine direkte Erfahrung aus dem Problemfeld, während die zuschauenden Schüler visuell und sehr plastisch ebenfalls die Erfahrung mitverfolgen können. In dieser Übung wurde bewusst keine bestimmte Rollenzuschreibung vorgenommen, damit die SuS aus ihren eigenen Erfahrungen und ihrem eigenen Wissen schöpfen. Aus der Szene heraus wird gemeinsam mit den SuS besprochen, welche Ärztetypen es gibt.

Bei der Übung zum asymmetrischen Verhältnis wurde bewusst eine Szene gewählt, in der alle Schüler involviert sind und beide Rollen in kurzer Zeit einnehmen müssen. In der Position des Patienten wird durch räumliche Stellung das Machtverhältnis deutlich, aber auch durch die Anzahl der Personen. Ein Patient gegen vier Personen aus dem medizinischen Personal. Dieses Verhältnis wird ebenfalls auf die Gruppe wirken.

Bei der Übung zur Reaktion auf Krankheit werden die Szenen ebenfalls schnell hintereinander abgespielt, um die deutlichen Unterschiede zu zeigen. Es werden drei Ebenen der möglichen Reaktionen gezeigt und es wird auch deutlich, dass herablassendes Mitleid für die erkrankte Person ebenso verletzlich sein kann wie Ekel und Abweisung. Es wurden zwei extreme Positionen gewählt, jedoch wurde bei dieser Übung die mittlere und optimale Variante mit der Betroffenheit und dem Mitgefühl zwischen den zwei Extremen gesetzt.

Durch die eingebauten Einzelarbeiten können die Schüler ihre Erkenntnisse über die Szenen notieren und behalten sie somit auch schriftlich in Erinnerung.

Durch die plakative Art des theatralischen Philosophierens ist es einfacher, Haltung zu gewinnen. Die Stundenwiederholung zu Beginn der Stunde wird in dem abschließenden Reflexionsgespräch relevant, weil die Schüler somit Gründe für diese Art des Umgangs

¹⁵⁶ Vgl. BMBWF: Gesamte Rechtsvorschrift, Fassung 01.09.2019: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%20a4ne%20e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%20c3%b6here%20Schulen%20c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 197.

herausarbeiten können. Wichtig ist auch eine Reflexion über die Methode, die ebenfalls vorgesehen ist.

Als soziale Unterrichtsform beinhaltet drama in education ein interaktives Spiel von Teilnehmern in Bewusstwerdung und Reflexion ihrer eigenen (sozialen) Rollen im gesellschaftlichen Kontext. Es wird mit dem Ziel subjektiver Erkenntnisgewinnung aus unterschiedlichen (gesellschaftlichen) Situationen heraus mit den individuellen sozialen Rollen gespielt.¹⁵⁷

Zusammenfassend wird durch diese Methode ein Bewusstsein für die Rolle der erkrankten Personen gewonnen im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Das Ziel der subjektiven Erkenntnisgewinnung ist ohnehin relevant für den Philosophieunterricht, da es Denken anregt.

¹⁵⁷ Koch, Gerd/ Streisand, Marianne (Hg.): Wörterbuch der Theaterpädagogik. Berlin: Schibri 2003, S. 81.

4. „Ich bin krank!“: Was darf ich hoffen?

Nachdem zunächst die unterschiedlichen Krankheitsdefinitionen und der Umgang mit Krankheit und Kranksein in der Medizin und Gesellschaft geklärt sind, geht es nun darum, zu betrachten, welche Wirkung und Folgen durch das Kranksein auf Menschen zukommen und welche Möglichkeiten für einen neuen Umgang mit Krankheit und Kranksein vorhanden sind, unter Berücksichtigung aller Instanzen. Die Antwort auf die Frage: „Was darf ich hoffen?“ bezieht sich einerseits auf die kranke Person und die veränderte Lebenswirklichkeit durch die Krankheit und andererseits auf die Gesamtgesellschaft, welche einen neuen Umgang mit dem Kranksein ermöglichen kann. Folglich steht dieses Kapitel unter der Hauptannahme, dass Kranksein, seine Wirkung und Folgen bestimmte Handlungen von der erkrankten Person verlangen, aber auch von der Medizin, Gesellschaft und Schule, um gemeinsam die negativen Konsequenzen für erkrankte Menschen zu minimieren und einen wertschätzenden Umgang zu fördern.

4.1 Wirkung und Folgen des Krankseins

Um die Wirkung und Folgen des Krankseins für die erkrankte Person zu betrachten, gilt es zunächst grundlegend zu klären, wie es mit der Akzeptanz der eigenen Erkrankung bei der Person aussieht. Unter die Akzeptanz des Krankseins fällt vor allen Dingen ein neues Kennenlernen der eigenen Person in Folge der Krankheit und weiterführend die Schaffung einer neuen Lebenswelt. Ferner gilt es, die unsicheren Zukunftsfragen und Zukunftsängste zu betrachten, die das Dasein mit Krankheit unmittelbar betreffen. Hierbei gilt es, die negativen Konsequenzen darzustellen, erlittene Verluste durch die Krankheit aufzuzeigen, auf den Vertrauensbruch mit dem eigenen Körper zu verweisen und sich mit den Fragen auseinanderzusetzen, ob eine vollständige Heilung möglich ist und ob diese Heilung die kranke Person in den alten Zustand vor der Krankheit zurückversetzt. Weiter geht es um die Frage, wie man mit Schmerzen leben kann. Im Anschluss an die Ängste schließen sich Zukunftsoptionen an, in denen gefragt wird, ob eine kranke Person noch hoffen darf oder Anspruch haben darf, glücklich oder glückselig zu sein.

4.1.1 Akzeptanz des Krankseins

Geht man nun davon aus, dass eine Person durch einen Arzt die Diagnose übermittelt bekommt, an einer schwerwiegenden Krankheit zu leiden, bedeutet das noch nicht, dass die Person sich auch als krank fühlt. Der Schritt bis zu der Aussage: „Ich bin krank.“ kann sich durchaus in die Länge ziehen. In diesem Prozess des Akzeptierens, dass man krank ist, durchlebt man unterschiedliche Stationen, die in der Regel nicht mit positiven Gefühlen verbunden sind. Hinter dieser Annahme liegt die Idee, dass Menschen sich nicht damit anfreunden können, dass etwas „Übles“ wie Krankheit, sie nun getroffen hat. Akashe-Böhme und Böhme betonen, dass Krankheit ein Einschnitt in der Biographie ist und falsche Beziehungen zur Krankheit und Gesundheit, falsche Bewältigungsstrategien von Patienten und die Tatsache, dass Krankheit in der Gesellschaft in Unauffälligkeit gehalten wird, zu einer Verleugnung führen, sowohl bei kranken als auch gesunden Mitgliedern der Gesellschaft. Daher plädieren sie für eine bewusste Anerkennung des Krankseins.¹⁵⁸ Wenn gesamtgesellschaftlich eine bewusste Anerkennung von Kranksein vorhanden wäre, wäre dies für die Akzeptanz der eigenen Krankheit hilfreich. Denn die negativen Assoziationen mit Krankheit befinden sich auch in der kranken Person. Daraus folgt aus einer Mischung von Angst und Unsicherheit psychisch ein Ablehnen statt einer Akzeptanz der Krankheit. Havi Carel fasst die menschliche Reaktion auf Krankheit passend zusammen:

Many people, both healthy and ill, deny, flee or otherwise resist thinking about vulnerability, morbidity, and mortality. This reaction stems from the difficult nature of illness: unwelcome and demanding, it extends its bony fingers to grab, restrict, and sometimes destroy all that we hold dear: freedom, motility, agency, action, possibility, and the openness of the future.¹⁵⁹

Grundlegend für die Ablehnung von Krankheit durch kranke und gesunde Menschen ist erstens die Nichtakzeptanz der menschlichen und naturgegebenen Vulnerabilität und zweitens die Angst, Verlust und Einschränkung zu erleben in Punkten, wie z.B. die eigene Freiheit tun zu können, was man will, die wir im Leben als wichtig erachten. Daher scheint es auch so wichtig, dass man im öffentlichen Diskurs in Erinnerung ruft, dass ausnahmslos jeder Mensch sowohl verletzbar als auch sterblich ist, und Werte, wie die Freiheit, inhaltlich neu definiert werden können und nicht nur in der einen Bedeutungsebene „Tun, was man will“ bestehen.

¹⁵⁸ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben, S. 56.

¹⁵⁹ Carel, Havi: Phenomenology of Illness 2016, S. 5.

Ein weiterer Grund, weshalb man die Krankheit nicht akzeptieren möchte, ist, dass man Krankheit in erster Linie als Last empfindet. Daher betonen Akashe-Böhme und Böhme, dass der Lastcharakter des Lebens nicht geleugnet werden darf, da ein gutes Leben genau darin besteht, die Last des Daseins zu bewältigen.¹⁶⁰ Es muss folglich eine Relativierung in der Ansicht der kranken Person erfolgen, d. h. sie muss zunächst einmal akzeptieren, dass Krankheit eine Last ist und Krankheit ein Einschnitt mitten im Leben ist. Es gilt jedoch in einem weiteren Schritt auch zu verstehen, dass das Bewältigen von Last, unabhängig, ob diese Last eine Krankheit oder eine finanzielle Belastung ist, Leben im eigentlichen Sinne ist. In einer utopischen Idealvorstellung sind alle Menschen ohne Last, frei und glücklich, ihnen widerfährt nie etwas Schlechtes, folglich benötigen diese Menschen auch keine Bewältigungsstrategien, da kein Bedarf dafür vorhanden ist. Die Realität gestaltet sich jedoch anders, denn in der Realität gibt es mannigfaltige schlechte Einschnitte, so dass jeder Bewältigungsstrategien besitzen muss, um fortschreiten zu können. So kann man auch davon ausgehen, dass Personen, die bereits Lasten in unterschiedlichen Lebensbereichen bewältigt haben, die eigene Krankheit schneller und bewusster akzeptieren werden, weil ihnen das Grundprinzip bereits bekannt ist. Durch das aktive Schweigen über Krankheiten im öffentlichen Diskurs wird in der Gesellschaft ein Bild von dem oben benannten utopischen Ideal vermittelt. Menschen glauben aus der Reihe zu tanzen, wenn ihnen etwas Übles widerfährt, und versuchen dies heimlich zu klären und nicht nach außen zu zeigen. Deshalb gilt besonders auch im Zusammenhang mit Kranksein an Selbstbewusstsein zu gewinnen, die eigene Krankheit zu akzeptieren und offen auszusprechen. Nur durch diesen Akt des Aussprechens kann diese Idealvorstellung in eine realistische Vorstellung gerückt werden.

Anders Lindseth verweist darauf, dass es für Niemanden eine angenehme Erfahrung ist, zu erkranken, aber diese Erfahrung des Krankseins eine wichtige Erfahrung im Leben ist,¹⁶¹ und betont:

Die Erfahrung des Krankseins verlangt nach einem Dialog mit einem verkörperten Leben, das in Unordnung geraten ist. Dieser Dialog kann Auskunft über Ordnung und Unordnung des Lebens geben. Also ist er zutiefst ein philosophischer Dialog. Er hat aber in der Moderne einen schweren Stand.¹⁶²

¹⁶⁰ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben, S. 21.

¹⁶¹ Vgl. Lindseth, Anders: Zur Sache der Philosophischen Praxis. Philosophieren in Gesprächen mit ratsuchenden Menschen. 2. Aufl. Freiburg/ München: Karl Alber 2017, S. 85.

¹⁶² Lindseth, Anders Zur Sache der Philosophischen Praxis 2017, S. 92.

Daraus wird deutlich, dass Krankheit keine erstrebenswerte Angelegenheit ist, aber niemand vor die Wahl gestellt wird, ob man erkranken will oder nicht. Vielmehr gestaltet es sich so, dass man erkrankt und ab diesem Zeitpunkt im Dasein des Krankseins steht. Durch die Akzeptanz der eigenen Krankheit und des Krankseins gewinnt man eine Lebenserfahrung, die lebensprägend und lebensverändernd wirksam wird. Diese lebensverändernde Erfahrung muss nicht nur als negativ eingestuft werden, da durch die Annahme der Krankheit der Blick geschärft wird auf essentielle Dinge im Leben, die sonst im alltäglichen Dasein missachtet werden. So ist es durchaus möglich, dass eine kranke Person sich nicht darüber ärgert, dass ihr Plan, etwas zu tun, nicht funktioniert hat, sondern es gelassener sieht, da sie gelernt hat, Unplanbares ins Leben zu integrieren.

Diese Unordnung, die durch Krankheit ins Leben einzieht, kann durch Dialoge wieder in Ordnung gebracht werden, nur wird diese Ordnung nicht ident sein mit der vorherigen Ordnung. Der philosophische Dialog hat eine tragende Rolle in dem Zusammenhang, deshalb lautet weiterhin das Plädoyer, offen über Krankheit mit gesunden und kranken Menschen zu sprechen, besonders als Akt der gesellschaftlichen Akzeptanz von Krankheit. Giovanni Maio führt an, dass es eine moderne Unfähigkeit gibt, das Gegebene anzunehmen und erklärt:

Wir nehmen unsere Welt gar nicht mehr als Ordnung wahr, als eine Wirklichkeit, die man grundsätzlich annehmen kann. Wir glauben vielmehr, dass der Kosmos, in dem wir leben, ein suboptimaler Kosmos ist, einer, der gerade nicht gut genug ist, um uns darin ganz geborgen zu fühlen und ihm ganz zugehörig. Wir erfahren uns als Fremde in einem fremden Kosmos und nicht mehr als Mikrokosmos in einem allwaltenden Makrokosmos.¹⁶³

Aus dieser Aussage wird klar, dass die Akzeptanz von Kranksein in unserer Gesellschaft sich als schwierig erweist, denn dafür müssen grundlegende Voraussetzungen geschaffen werden, damit die Gesellschaft lernt, sich nicht mehr als fremd, sondern in der vorhandenen Welt heimisch zu fühlen. Ursächlich für dieses Gefühl, dass die Welt ein suboptimaler Ort ist, ist die Idee der Leistungsgesellschaft, die zu einem überhöhten Ehrgeiz führt, alles Perfekte für sich zu beanspruchen. Folglich zeigt sich erneut die Idee einer idealisierten Welt, die so nicht zu erreichen ist. Um auf den Dialog zurückzukommen, scheint es essentiell, großflächig Dialoge zum Thema Krankheit und Kranksein zu etablieren, da Gespräche und die Auseinandersetzung mit dem Thema zu

¹⁶³ Maio, Giovanni: Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg im Breisgau: Herder 2015, S. 119.

einer positiven Demut zurückführt, in der es in Ordnung und wichtig ist, gewisse Dinge zu akzeptieren, wie sie sind, vor allem unter der Prämisse, dass man sie nicht ändern kann.

4.1.2 Unsichere Zukunftsfragen und -ängste

Krank zu sein geht mit einer Reihe von unsicheren Zukunftsfragen und Zukunftsängsten einher, die es nun zu untersuchen gilt.

Eine erste und wesentliche Verunsicherung betrifft die negativen Konsequenzen, die ein Krankheitsdasein mit sich führt. Havi Carel führt diesbezüglich an, dass die Erfahrung des Krankseins sich einerseits durch Symptome und körperliche Veränderungen zeigt, aber auch durch die Haltung der Umgebung angesichts des Krankseins (*illness*) in puncto Behinderung, Schmerz und Sterblichkeit.¹⁶⁴ Daran wird deutlich, dass die Angst und die Unsicherheit bedingt werden durch unsere eigene Körperwahrnehmung und die Symptome, die durch die Krankheit entstanden sind, sich in der Haltung unserer Umgebung, also durch den Umgang mit kranken Person, widerspiegeln. Krankheit erinnert sowohl den kranken Menschen als auch die umgebenden Menschen an seine/ihre Vergänglichkeit und Vulnerabilität, die man im noch nicht erkrankten Zustand eher zu verleugnen scheint. Das wenige Wissen über Krankheit und Kranksein führt weiterhin zu einer verstärkten Verunsicherung, denn die kranke Person weiß nicht, was auf sie zukommt. Aus den Rückmeldungen der Gesellschaft hat sie indirekt erfahren, dass man eine kranke Person schon häufig als gestorben kategorisiert, wenn es sich um eine schwere chronische Krankheit, wie z. B. Krebs handelt. Diese Erfahrung hat die kranke Person vor ihrer Krankheit gemacht bzw. die kranke Person hatte bis zur eigenen Erkrankung eine ähnliche Haltung gehabt und fürchtet daher mit Eintreten der Krankheit um ihre eigene Existenz.

Die Frage danach, welche konkreten Verluste mit Krankheit einhergehen, hat Carel bezugnehmend auf S. Kay Toombs aufgelistet:

(1) *Verlust der Ganzheit (loss of wholeness)*: Dieser Verlust entsteht durch die körperliche Beeinträchtigung und das Vermissen der körperlichen Integrität. In Folge kann der Körper nicht mehr als gegeben hingenommen werden und verliert seine Transparenz, so dass der Körper als etwas anderes als der eigene Körper erfahren wird.¹⁶⁵ Beim Verlust

¹⁶⁴Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S. 17.

¹⁶⁵ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S.42.

der Ganzheit wird für den kranken Menschen deutlich, dass er körperlich nicht mehr das ist, was er zuvor war. Durch die Diagnose beginnt der kranke Mensch, seinen Körper zu fühlen, im Vergleich dazu hatte er seinen Körper vor der Diagnose als gegeben angenommen. Dies ist vergleichbar mit der Situation, dass man anfängt, jeden Atemzug bewusst zu machen, obwohl man es sonst automatisch macht, ohne darüber nachzudenken. Durch dieses Bewusstwerden des eigenen Körpers entsteht eine fremde Situation.

(2) *Verlust der Sicherheit (loss of certainty)*: Der Patient sieht sich unmittelbar gezwungen, seine hochgeschätzte Annahme, unzerstörbar zu sein, aufzugeben und sich mit der eigenen Vulnerabilität zu konfrontieren, was zu einer vehementen Angst und starken Besorgnis führt.¹⁶⁶ Mit dem Verlust der Sicherheit wird sich der kranke Mensch bewusst darüber, dass er nicht mehr sicher ist. Folglich ist dies ein Moment, in dem der kranke Mensch sich über seine prinzipielle Verletzlichkeit, aber auch über seine Sterblichkeit bewusst wird. Bis zum Moment der Erkrankung fühlt sich der Mensch sicher in seinem Körper, zumal dieser einem noch nicht fremd ist, wie oben angeführt.

(3) *Verlust der Kontrolle (loss of control)*: Krankheit wird häufig als böser Schicksalsschlag erfahren, d. h. die Person konnte sich den Umstand nicht frei auswählen und wurde in die missliche Situation gezwungen. In Folge erscheint die vertraute Welt nicht mehr vorausschaubar und kontrollierbar. Die Fähigkeit, rationale Entscheidungen zu treffen, ist gestört aufgrund des fehlenden medizinischen Wissens und die Fähigkeit, Therapiemöglichkeiten zu beurteilen, ist eingegrenzt.¹⁶⁷ Mit dem Verlust der Kontrolle geht das Gefühl einher, dass er nichts mehr beeinflussen kann. Der kranke Mensch verliert die Kontrolle und hat Angst. Das Resultat daraus ist die verlorene Fähigkeit, irgendetwas beurteilen oder planen zu können. Eine Art Unordnung breitet sich im Leben des Erkrankten aus, scheinbar ohne Hoffnung auf Wiederherstellung der alten Ordnung.

(4) *Verlust der Freiheit zu handeln (loss of freedom to act)*: Die Fähigkeit, sich für eine medizinische Behandlung zu entscheiden, geht verloren, da die erkrankte Person aufgrund seiner Unwissenheit über die Krankheit nur eingeschränkt urteilsfähig ist. Durch die Annahme der ärztlichen Empfehlung nimmt der Patient an, dass der Arzt seine Werte versteht und teilt und in die medizinische Behandlung einbezieht. Für die Ärzte

¹⁶⁶ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S.42.

¹⁶⁷ Vgl. ebd.

hingegen sind die Werte und Urteile der Patienten irrelevant, da sie sich an den klinischen Daten orientieren und dahingehend beschließen, was für den Patienten das Beste sei.¹⁶⁸ Mit dem Verlust der Freiheit zu handeln muss der kranke Mensch auf seinen Arzt vertrauen. Einerseits sein Unwissen, andererseits seine durch Angst bedingte Unfähigkeit, Beurteilungen zu tätigen, bringen den Erkrankten in eine Haltung, in der er lediglich hoffen kann, dass der Arzt seine eigenen Werte berücksichtigt. Beispielhaft dafür wäre eine Situation, in der einer Krebspatientin ein Tag vor Beginn der Chemotherapie im Aufklärungsgespräch mitgeteilt wird, dass sie in Folge der Therapie unfruchtbar ist. Der Termin für die Aufklärung wurde acht Wochen vorab mit der Patientin geplant und wird nicht sofort erledigt, obwohl bei sofortiger Aufklärung der Patientin die Möglichkeit gegeben werden würde, Eier einzufrieren. Hieran wird deutlich, dass der medizinische Betrieb bei wichtigen Lebensentscheidungen nicht die Werte des Patienten beachtet, sondern regelform und frei von Empathie ihrer Tätigkeit nachgeht.

(5) *Verlust der vertrauten Welt (loss of familiar world)*: Dieser Verlust entsteht durch die Disharmonie, die durch das Kranksein bedingt ist, und die grundverschiedene Art des Daseins in der Welt. Die erkrankte Person kann nicht mehr ihre alltäglichen Aktivitäten fortführen und fühlt sich verloren zwischen den Anforderungen der Krankheit. Der Verlust der Zukunft isoliert den kranken Menschen von seiner vertrauten Welt.¹⁶⁹ Der Verlust der vertrauten Welt entsteht durch die abrupte Einengung durch die alltäglichen Handlungen und Aktivitäten. Die kranke Person kann ggf. nicht mehr arbeiten, nicht mehr mit dem Freundeskreis etwas unternehmen. Dies hat weiterhin zur Folge, dass neben dem Verlust der vertrauten Welt auch ein Verlust der sozialen Umgebung einhergeht. Einerseits kann die erkrankte Person nicht mehr ihr altes Leben fortführen, andererseits weiß sie auch nicht, was sie tun soll. Eine Perspektivlosigkeit macht sich anstelle ihres alten Lebens breit.

Der Vertrauensverlust in seinen eigenen Körper ist eine der stärksten Erfahrungen, die Menschen mit Erkrankungen machen. Carel benennt diesbezüglich vier signifikante Zeichen: (1) Körperliche Zweifel überfallen die Person in einem willkürlichen Moment, so dass die körperliche Labilität es unmöglich macht, die vertraute Welt wahrzunehmen. (2) Körperliche Zweifel drängen sich in den regulären Lauf der Dinge, so dass sich an ihrer Stelle ein sofortiger Stopp einstellt, was in einem Gefühl mündet, in dem sich die

¹⁶⁸ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S.43.

¹⁶⁹ Vgl. ebd.

krankte Person bedroht fühlt. (3) Körperliche Zweifel bedingen eine Ausbreitung der Vulnerabilität der Person, die normalerweise versteckt ist. So entsteht eine langanhaltende Erfahrung. (4) Körperliche Zweifel lassen eine Person sich zu allem unfähig fühlen, was zu einer erhöhten Frustration führt.¹⁷⁰ Daran wird deutlich, dass die Angst in Bezug auf den Körper sich auf die Person überträgt und folglich auch die Lebensweise in enormer Weise beeinflusst.

Illness distances us from the biological body, which becomes alienated and erratic, the source of pain and disability. This distance is not normally available to us while we are healthy. But illness removes the body's transparency and problematizes it. The body becomes the focus of concern, a source of pain and fear, and thus becomes a problematized body in two senses. It is the source of practical problems and concern, as well as metaphysically unstable because its previous position and relationship with lived experience are no longer valid.¹⁷¹

Krankheit bedingt eine Entfernung von dem Körper, den wir in der Regel gar nicht mehr wahrnehmen, sondern als gegeben hinnehmen, wenn wir im Besitze der Gesundheit sind. Mit dem Einsetzen der Krankheit entsteht ein Bewusstwerden des Körpers, der jedoch Probleme und Schwierigkeiten mit sich bringt. Besonders krankheitsbedingte Schmerzen bieten dem Menschen kaum eine Möglichkeit den Körper nicht zu spüren, sondern der Körper drängt sich aufgrund der Schmerzen immer ins Bewusstsein. So sieht sich die erkrankte Person gezwungen, den bislang transparenten Körper nun in den Alltag integrieren müssen, was sich als eine unbekannte Aufgabe herausstellt und unüberwindbar erscheint.

In dem Zusammenhang lässt sich auch die Frage beantworten, ob man mit einer Heilung in den alten Zustand zurückversetzt wird, bevor man erkrankt war. Die Antwort lautet bei schwerwiegenden Krankheiten: Nein! Allein die körperlichen Zweifel hinterlassen im kranken Menschen Erfahrungen, die sich im Laufe des Lebens nie vollständig vergessen lassen. Akashe-Böhme und Böhme betonen, dass Krankheit das Leben stärker prägen kann als politisch-soziale Faktoren oder eine Berufskarriere. Krankheit sei ein wirklicher Knoten in der leiblichen Existenz, nicht nur eine subjektive Zeitrechnung. Daher ordnen sie das Kranksein nicht einem Zustand, sondern dem Lebensvollzug selbst zu und verweisen, dass man auch nach einer vollständigen Heilung zu jemand Anderem wird als zuvor.¹⁷² Damit wird ersichtlich, dass Krankheit den Menschen verändert, jedoch muss

¹⁷⁰ Vgl. Carel, Havi: Phenomenology of Illness 2016, S.93-95.

¹⁷¹ Carel, Havi: Can I Be Ill and Happy? In: Philosophia Band 35 (2007), S. 99.

¹⁷² Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 24.

diese Veränderung nicht unbedingt etwas Negatives sein, sondern kann sehr wohl positiv gedeutet werden. Dietrich von Engelhart verweist auf eine empirische Studie, in der kranke Menschen benennen sollen, was ihre Krankheit in erster Linie bewirkt hat. Zur Auswahl stellt die Studie folgende acht Interpretationsmöglichkeiten, aus denen die Erkrankten wählen konnten: (1) Herausforderung; (2) Feind; (3) Bestrafung; (4) Schwäche; (5) Erleichterung; (6) Strategische Möglichkeit; (7) Verlust oder Beschädigung und (8) Wertsteigerung.¹⁷³ Die Auswahl der acht Interpretationen zeigen eine klare Tendenz zum Negativen, wie es in Feind, Bestrafung, Schwäche und Verlust klar wird. Positiv einzustufen sind Erleichterung und Wertsteigerung, während Herausforderung, strategische Möglichkeit eher neutral einzustufen sind. Kranksein verursacht bei den meisten Menschen zunächst eine Art Angst und scheinbar eine Art Angriff von außen auf das eigene alltägliche Leben. In dem Begriff Bestrafung steckt jedoch weiterführend eine Art von Schuldbewusstsein, d. h. kranke Menschen sind durchaus dazu geneigt, sich zu beschuldigen, Grund für das Kranksein gegeben zu haben.

Eine häufige Angst, die mit Krankheit verbunden ist, ist die Frage nach Schmerzen und dem Leben mit Schmerz. Akashe-Böhme und Böhme betonen, dass Schmerzen durchgehend präsent sind und oft keine Distanzierung ermöglichen. Dabei gilt es wohl zu achten, dass man Schmerzen nicht aufopfernd aushalten muss, sondern medizinische Wege finden sollte, diese zu lindern, auch wenn solche Schmerztherapien Grenzen hätten. Schmerzen können den Menschen mürrisch machen, aber Akashe-Böhme und Böhme stellen heraus, dass man als erste Strategie versuchen kann, den Schmerz im Körperteil zu lokalisieren und als zweite Strategie sich abzulenken. Die zweite Strategie stufen sie als wichtiger ein, aber Schmerzen seien ein Bewusstseinsphänomen, weshalb es notwendig und sinnvoll sein kann, sich selbst einen Schmerzurlaub zu gönnen mit starken Schmerzmitteln oder körperlich bewältigbare Arbeiten zu verrichten.¹⁷⁴ Den Schmerz kann man natürlich nicht wegzaubern und wenn er vorhanden ist, beeinträchtigt er die gesamte Lebenssituation. Unter Schmerz ist Konzentration besonders schwer, weshalb eher in der Bewältigung zu einer körperlichen Arbeit geraten wird. Die richtige Medikation durch Ärzte ist ebenfalls verpflichtend. Die Medizin kann dahingehend

¹⁷³Vgl. Engelhard von, Dietrich: Krankheit als Schicksal und Chance. Wandel und Kontinuität im Spiegel der Medizin- und Kulturgeschichte. In: Maio, Giovanni (Hg.): Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Herder 2011, S.169-170.

¹⁷⁴ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 65-68.

Errungenschaften verzeichnen, die ein minimales Schmerzempfinden erzeugen, auch wenn sie den Schmerz nicht vollständig stoppen können. Nicht zu missachten ist dabei, dass Schmerzmittel einerseits selbst Schmerzen verursachen und andererseits Nebenwirkungen erzeugen können. Diese Eigenschaft ist sogar bei weniger starken Schmerzen der Fall. Wer täglich eine Schmerztablette, die in der Apotheke frei erhältlich ist, wie z. B. Ibuprofen, einnimmt gegen seine Schmerzen, wird nach einer Zeit beim Absetzen der Schmerztabletten tabletteninduzierte Kopfschmerzen verspüren, die nicht mit den vorherigen Kopfschmerzen vergleichbar sind. Schmerzen haben aber auch eine soziale Komponente. Allan Kellehear betont, dass Schmerzen kranke Menschen dazu anleiten, über die eigenen Ansichten zur Gerechtigkeit, Liebe und zu den Prioritäten im Leben nachzudenken. Ferner seien Schmerzperioden und die Isolationserfahrung sehr schwierig von außen zu verstehen oder zu teilen, was die leidende Person in eine distanzierte Position wirft.¹⁷⁵ Auch wenn es nicht positiv erscheint, dass die leidende Person eine Distanz zur Außenwelt aufbaut, muss betont werden, dass die leidende Person durchaus Interesse hat, ihr Leid loszuwerden und das Leid zu teilen. Wichtig ist dabei, den Willen der erkrankten Person zu berücksichtigen. Im Anschluss an den konkreten Schmerz erleben kranke Menschen ihren Alltag mit neuen Augen. Mit dieser neuen Perspektive, die zwar aus einer Negativerfahrung gewonnen wurde, entsteht die Gelegenheit, über die persönlichen und wichtigen Dinge und Werte nachzudenken und zu sprechen.

4.1.3 Zukunftsoptionen

Wenn es um die Zukunftsoptionen bei schwerkranken Menschen geht, geht die allgemeine Annahme dahin, dass kranke Menschen keine rosigen Zukunftsoptionen haben können. Dahinter steckt häufig der Gedanke, dass schwerkranken Menschen die Hoffnung abgesprochen wird, eine Zukunft zu haben. Gründe für solch eine verbreitete Vorstellung liegt durchaus in dem Nichtwissen über Krankheit und den fehlenden Bewältigungsstrategien in dem Kontext. Jedoch ist es durchaus berechtigt und wichtig zu fragen, ob man als kranke Person hoffen darf oder glücklich bzw. glücklich sein darf.

¹⁷⁵ Vgl. Kellehear, Allan: *The Inner Life of the Dying Person*. New York/ Chichester/ West Sussex: Columbia University 2014, S. 32.

Giovanni Maio hat zwei Gegenstandsbereiche des Begriffs Hoffnung eingegrenzt: (1) eine konkrete Hoffnung, die sich auf ein bestimmtes Gut richtet und (2) die allgemein gehaltene hoffnungsvolle Gestimmtheit.¹⁷⁶ Maio beschreibt, dass Hoffen sich auf die Zukunft bezieht und der Mensch im Modus der offenen Zukunft leben würde. Hoffnung wäre nicht gleichzusetzen mit einem Wunschtraum, sondern Hoffnung geht mit einem klaren Blick auf das Ist einher und übergeht daher nicht die Realität, sondern erkennt sie aktiv an. In der Hoffnung stecke die Möglichkeit, sich Perspektiven zu verschaffen.¹⁷⁷ Eine allgemein gehaltene hoffnungsvolle Gestimmtheit steht auch dem kranken Menschen zur Verfügung, da es sich nicht auf ein bestimmtes Gut verschränkt, sondern allgemeiner Natur ist. So ist es durchaus vorstellbar, dass eine schwerkranke Person hofft, niemand müsse Schmerzen erleiden. Solch allgemeine Hoffnungen sind offen für jeden Menschen und in jeder Lebenslage, also auch in der Krankheit. Der kranke Mensch hat, wie oben erwähnt, als Folge seiner Krankheit einen Verlust seiner Zukunft erlitten.

So würde sich der hoffende Mensch nicht gegenüber dem Kommenden verschließen, da er sich dessen bewusst ist, dass die Zukunft offen ist, sondern Bereitschaft zeigen, die Zukunft anzunehmen.¹⁷⁸ Für die Hoffnung ist gerade diese Offenheit der Zukunft ein wichtiges Merkmal, folglich kann der kranke Mensch sich mit Hoffnung einer offenen Zukunft auch erfreuen. Die Betonung dessen, dass der hoffende Mensch nicht die Realität umgeht, sondern sie aktiv anerkennt, kann für einen kranken Menschen ebenso erfolgen. Der kranke Mensch kann seine Krankheit anerkennen, was auch wichtig für seinen eigenen Umgang damit ist, und versuchen aus dieser Situation heraus nach Möglichkeiten suchen, die trotz der Erkrankung machbar sind. So stellt es sich als hoffende Person dar, wenn der Patient, der aufgrund seiner Krankheit nun im Rollstuhl sitzt, sich beim Rollstuhlbasketball anmeldet und folglich seiner vorherigen Leidenschaft, dem Basketball-Spielen, nachgeht, aber in angepasster Form. Durch die Akzeptanz seiner Beeinträchtigung, die krankheitsbedingt war, hat er sich nach neuen Perspektiven umgeschaut, die ihn erfreuen können. Ferner ist durch den Zukunftsverlust mit der Krankheit eine Option eröffnet worden, womit der kranke Mensch der Zukunft gegenüber offensteht, da er sich nun im Bewusstsein dessen ist, dass vieles nicht einfach planbar und umsetzbar ist, wie er es zuvor gedacht hätte.

¹⁷⁶ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 147.

¹⁷⁷ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 148-149.

¹⁷⁸ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 151-152.

Ein weiteres Merkmal der Hoffnung sei, dass sie dazu anleite, sich selbst zu verstehen und folglich als ein Prozess des Sich-Findens eingeordnet werden könne. Er verweist, dass bei unheilbaren Kranken nur zwei Optionen vorhanden sind, hoffen oder verzweifeln.¹⁷⁹ So versucht der kranke Mensch mit der Hoffnung und der Suche nach Perspektiven auch sich selbst zu verstehen, da er Möglichkeiten entdeckt, die er vorher nicht für möglich gehalten hätte. Dies führt zu einer positiveren Lebenseinstellung, die ihm psychisch Kraft für die weitere Therapie gewinnen lässt. In der Situation einer unheilbaren Krankheit kann man mit dem Hoffen zumindest alle Perspektiven nutzen, die noch möglich sind, im Vergleich zum Verzweifeln, dem ein Aufgeben innewohnt. Anzumerken ist jedoch, dass der Umgang in Gesellschaft und Medizin Möglichkeiten schaffen muss, um Hoffnung für Patienten zu bieten und sie nicht allein mit der Diagnose lassen darf. Weiters liegt es in der Verantwortung einer jeder Person, hoffnungsvoll zu sein. Hoffnung schützt zwar die Person nicht vor Krankheit oder Schadhaftem, aber legt ihr Schutzpolster an, die das Ertragen von widrigen Situationen erleichtert. Maio fasst dies folgendermaßen zusammen:

Es geht letzten Endes um die Hoffnung auf Hilfe, eben nicht Hilfe im einseitigen Sinne einer Heilung oder Reparatur, sondern im Sinne einer helfenden Gemeinschaft, einer Gemeinschaft, die selbst etwas Tragendes sein kann, weil man sich durch sie aufgefangen fühlt und ein Gespür für die Kostbarkeit des noch Lebensdürfens erhält.¹⁸⁰

Die Art der Hoffnung ist etwas, was der Mensch sich bewahren sollte, da es ihm nicht nur im Krankheitsfall hilft, sondern als eine klare Bewältigungsstrategie im Leben dienen kann. Dalferth beschreibt beziehungsweise auf Kants Fragen „1. Was kann ich wissen? 2. Was soll ich tun? 3. Was darf ich hoffen“¹⁸¹, dass Menschen wissen, handeln und hoffen und nach den Bedingungen der Möglichkeit fragen.¹⁸²

Dabei ist Hoffen keineswegs als Fortsetzung des Handelns mit anderen Mitteln verstanden nach dem Motto: Wo wir nicht mehr handeln können, bleibt uns nur zu hoffen. Hoffen ist keine Defizitform menschlichen Tätigkeitseins, sondern im Gegenteil das Sich-Öffnen für das Zufallen, das Sich-Ereignen, die Möglichkeit der Gabe des Guten.¹⁸³

Daher wird deutlich, dass Hoffnung in diesem Sinne es ermöglicht, sich dem Unerwarteten zu stellen.

¹⁷⁹ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 161-162.

¹⁸⁰ Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 163.

¹⁸¹ Kant, Immanuel: Kritik der reinen Vernunft. Hrsg. von Jens Timmermann. Hamburg: Meiner 1998, A 805/ B 833, S. 838.

¹⁸² Vgl. Dalferth, Ingolf U.: Hoffnung. Berlin/ Boston: de Gruyter 2016, S. 6.

¹⁸³ Dalferth, Ingolf U.: Hoffnung 2016, S. 6.

Havi Carel hat sich eingehend damit beschäftigt, wie Glücklich-Sein und Kranksein zu verbinden sind. So stellt sie fest, dass Studien belegen, dass das Glücksgefühl mit der Diagnose rapide sinkt, jedoch innerhalb eines Jahres wieder auf den Stand kommt, wie er zuvor war. Weiters verweist sie darauf, dass eine Kluft zwischen der Perspektive des kranken Menschen und der dritten Personen zum kranken Menschen besteht. Gesunde Personen haben eine ungewisse Idee davon, was es bedeutet, mit einer Krankheit zu leben. So glauben diese oft, dass es nicht möglich ist, glücklich zu sein. Grund für die Annahme ist, dass gesunde Menschen ihren Blick lediglich auf die durch Krankheit bedingten Einschränkungen richten. Sie beurteilen in Folge lediglich ihre Vorstellung davon, krank zu sein, was sich von der Tatsache, selbst krank zu sein, deutlich unterscheidet. Daher benennt Carel drei Gründe, weshalb man diesen vorgestellten Ideen der gesunden Menschen misstrauen sollte: (1) Ein Fehlen von relevanten Informationen. (2) Sie können sich keine genauen Vorstellungen von einem Leben mit Krankheit machen. (3) Sie haben nur rudimentäre Erinnerungen von deren eigenen Krankheitsperioden.¹⁸⁴ Das Gefühl, glücklich zu sein, löst sich natürlicherweise mit der Diagnose der Erkrankung erstmal auf. Wie jedoch in der Studie gezeigt werden konnte, erhebt sich das Glücksgefühl grob nach einem Jahr auf den ehemaligen Stand zurück. Hierin wird deutlich, dass eine Person, die zuvor schon Strategien entwickelt hatte, um glücklich oder glückselig zu sein, dies auch im Anschluss an die Krankheitsdiagnose erreichen kann. Menschen mit keinen oder niedrigen Beweggründen, glücklich zu sein, werden durch die Krankheit auch nicht glücklicher oder unglücklicher als zuvor, wobei offen zu lassen ist, ob die Krankheit nicht die Person dazu anleitet, die wichtigen Dinge im Leben sehen.

Die Vorstellung von gesunden Menschen, wie das Leben als kranke Person verläuft, ist diffus, da es lediglich ein empathischer Versuch ist. Krank zu sein ist eine intensive Erfahrung, die von außen nicht wirklich nachvollzogen werden kann. Es trifft den Menschen auf eine essentielle Art und Weise, die sich positiv nutzen lässt. Ein Versuch aus einer dritten Perspektive auf diese Erfahrung zuzugreifen, gestaltet sich als schwierig, weil man Schmerz als Beispiel genommen nicht nachempfinden kann. Solche konkreten und körperlichen Erfahrungen, die den kranken Menschen durchgehend umgeben, sind weniger wirkungsvoll, wenn man sie sich nur vorstellt. Die gesunde Person sieht in der Vorstellung lediglich all die Dinge, die sie verliert aufgrund der imaginierten Krankheit.

¹⁸⁴ Vgl. Carel, Havi: *The phenomenology of illness* 2016, S. 135- 139.

Davon ausgehend kann sie sich nicht vorstellen, dass kranke Menschen glücklich sein können, weil sie die imaginierte Krankheitsvorstellung sich nur auf die Verluste beschränkt. Der kranke Mensch, besonders wenn er ein hoffender kranker Mensch ist, fokussiert sich nicht rein auf die Verluste, die er erlitten hat, sondern auf das, was er noch hat. Mit den Möglichkeiten, die man noch hat, können auch Momente des Glücks geschaffen werden bzw. Glückseligkeit erreicht werden, da der Fokus auf dem Haben liegt und nicht auf dem Nicht-Haben. In diesen Ausführungen wird klar, dass man den vorgestellten Ideen von gesunden Menschen skeptisch gegenüber treten muss, da eine einseitige Betrachtung, in Bezug auf die Verluste, vorhanden ist. Es fehlt ihnen an den konkreten Informationen, an konkreten Vorstellungen eines Lebens mit Kranksein und vor allen Dingen stellen sie ihre Vorstellungen aus Erinnerungen zusammen, die aus ihrer eigenen Krankheitserfahrung entspringen. Wenn diese Krankheitserfahrung veraltet ist, wird die Erinnerung ebenfalls diffus sein. Wenn sich diese Krankheitserfahrung auf eine vollständig heilbare Krankheit, wie z. B. eine Erkältung, bezieht, dann ist die Erinnerung nicht nützlich, weil sie keinen wirklichen Vergleich zu einer Krankheit wie z.B. Krebs darstellt, in der eine tatsächliche Lebensgefahr vorhanden ist.

Carel verweist weiterhin darauf, dass der Fokus in der Gegenwart eine signifikante Veränderung im Leben der kranken Person darstellt. In Erinnerungen zu schwelgen stellt sich für die kranke Person langfristig als kontraproduktiv dar, da es Angst und seelisches Unwohlsein erzeugen kann. Der Fokus auf die Gegenwart hingegen ermöglicht der kranken Person sowohl von der Vergangenheit als auch von der Zukunft Abstand zu gewinnen und einen Weg im Kranksein zu finden, um glücklich zu sein.¹⁸⁵ Das Leben im Hier und Jetzt ermöglicht allen kranken Menschen, Glück zu erfahren, unabhängig davon, ob ihre Krankheit nun schon fortgeschritten ist oder nicht. Solange die kranken Menschen noch am Leben sind, können sie sich den Möglichkeiten des jetzigen Daseins bedienen, um Glück oder Glückseligkeit zu erreichen. Glück oder Glückseligkeit sind auch bei gesunden Menschen keine durchgehenden Zustände, sondern Momente, an denen man sich erfreut. So wird deutlich, dass sowohl ein schwerkranker oder gesunder Mensch sich an einem Kinderlächeln erfreuen und für einen kurzen Moment Glück empfinden kann, wenn sie/er die richtige Lebenseinstellung besitzt. Im Rückschluss bedeutet dies aber

¹⁸⁵ Vgl. Carel, Havi: The phenomenology of illness 2016, S. 143.

auch, dass Menschen mit einer negativen Lebenseinstellung, unabhängig von Krankheit oder Gesundheit, Glückseligkeit weniger oder schlechter erfahren.

Finding a new way of performing an old task, given an altered set of capacities is also challenging and successful performance leads to a sense of achievement. [...] Being able to improvise and create new ways of compensating for a lost capacity demonstrates the plasticity of behavior and the human capacity to adjust to change.¹⁸⁶

Zusammenfassend wird offensichtlich, dass es darauf ankommt, die Bereitschaft zu zeigen, neue Wege zu beschreiten. Für diese Bereitschaft muss ein Selbstverständnis vorhanden sein, dass der kranken Person und weiterführend der Gesellschaft zeigt, dass Zukunft auch für Schwerkranke möglich ist, nur nicht in der Form, wie man es bislang angenommen hätte. Damit eine solche Bereitschaft entsteht, scheint es gesamtgesellschaftlich notwendig, kranke Menschen in ihrer Subjektivität zu sprechen zu lassen. Wenn *illness* eine wertschätzende Anerkennung innerhalb der Gesellschaft hätte, wenn kranke Menschen ihre Krankheitserfahrung frei ausdrücken könnten, dann wären auch nichtkranke Mitglieder vorab schon darüber informiert, wie sich ein Krankheitsverlauf entwickeln kann und wie man in Krankheit hoffen und glücklich sein kann.

4.2 Ein neuer Umgang mit Krankheit und Kranksein

Um die Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein zu betrachten, gilt es zunächst, auszuführen, wieso Krankheit und Kranksein wichtige Themen sind. In der vorliegenden Arbeit wurde immer wieder thematisiert, dass Krankheit als Teil des Seins aller Menschen ist, daraus resultiert die Notwendigkeit, die Relevanz der Thematik komprimiert darzustellen. Es gilt, Bewältigungsstrategien zu betrachten, die sowohl für die erkrankte Person als für gesunde Personen relevant sind, unter der Prämisse, dass Menschen prinzipiell Wesen sind, die erkranken können. Die Autonomie der Kranken und die Frage nach der Beschaffung von Information über Krankheiten und Therapieformen für den kranken Menschen fallen unter Bewältigungsstrategien. Schließlich wird darauf eingegangen, wie die Gesellschaft, Medizin, Schule und Familie ihren konstruktiven Beitrag dazu leisten können, um einen neuen Umgang mit Krankheit und Kranksein zu schaffen. Hierfür wird darauf hingewiesen, dass Wissen über Krankheit gewonnen werden muss, um Diskriminierungen zu minimieren und Räume für Dialoge

¹⁸⁶ Carel, Havi: Can I Be Ill and Happy? In: *Philosophia* Band 35 (2007), S. 106.

geschaffen werden sollten, um zu reden und sich zu verstehen. Weiters gilt es ein verändertes öffentliches Krankheitsbild zu etablieren, um Vertrauen in Medizin und Gesellschaft zu schöpfen. Dabei wird die Philosophie in seiner Rolle und seiner unterstützenden Funktion dargestellt.

4.2.1 Krankheit als Teil des Seins aller Menschen

Die wichtigste Voraussetzung, um einen neuen Umgang mit Krankheit und Kranksein zu schaffen, ist es, Krankheit als Teil des menschlichen Daseins zu akzeptieren. Diese Akzeptanz betrifft nicht nur den einzelnen Menschen, sondern weitgehend die vollständige Gesellschaft und ihre Mitglieder. Erst wenn Krankheit als Teil des Daseins akzeptiert wird, ist ein solides Fundament vorhanden, um Veränderungen zu bewirken. Teil dieser Akzeptanz ist einerseits anzunehmen und andererseits sich bewusst darüber zu sein, dass der Mensch ein Wesen ist, welches mehr oder weniger schwer erkranken kann. Im gesunden Zustand wird diese Tatsache häufig ignoriert, was zu einem großen Schockmoment führen kann, wenn die Person tatsächlich schwer erkrankt ist, da die Diskrepanz zwischen dem sich gesund fühlen und dem krank sein durch die Diagnose sehr groß ist. So kann angenommen werden, dass Menschen, die Krankheiten als etwas Natürliches annehmen, mit einer Krankheitsdiagnose besser zurechtkommen, da sie bereits ein Bewusstsein über die eigene Vulnerabilität besitzen. Häufig ist eine solche Einsicht zu ersehen, wenn Menschen selbst oder nahestehende Personen erkrankt sind, d.h. eine direkte Konfrontation mit Krankheit in der unmittelbaren Umgebung vorhanden ist.

Mit der Erfahrung des Zurückgeworfenseins auf die Körperlichkeit korreliert die diese entgegengesetzte Erfahrung der Entfremdung vom Körper, die mit chronischer und lebensbedrohlicher Krankheit einhergehen kann. Der Körper als der unmittelbar vulnerable Teil des Menschen steht dem Ich gegenüber, das gerade in der Erfahrung der konkretisierten Vulnerabilität als Krankheit realisiert, dass es mehr als der Körper ist. Die somatische Dimension von Vulnerabilität, die sich sowohl in der von außen dem Menschen zustoßenden Verletzung als auch in der von innen sich ereignenden Krankheit und Sterben äußert, beschreibt das Risiko der leiblichen Existenz und die Gefährdung durch Gewalt und Krankheit.¹⁸⁷

Mit der Krankheit erfolgt das Erinnern an die Verletzlichkeit der leiblichen Existenz, die parallel zum Bewusstwerden des Körpers einhergeht. Wie bereits ausgeführt, erfährt der

¹⁸⁷ Springhart, Heike: Der verwundbare Mensch. Sterben, Tod und Endlichkeit im Horizont einer realistischen Anthropologie. Tübingen: Siebeck 2016, S. 209.

krankte Mensch seinen Körper bewusst als Problemstelle. Daher gilt es, den Menschen an die Vulnerabilität öffentlich zu erinnern, um keine Entfremdung zu erleben und um die Einsicht zu stärken, dass Krankheit zum menschlichen Dasein gehört.

Weiters suggerieren die Medien und die Gesellschaft, dass das Gesundsein und die Gesundheit das einzig Natürliche im Leben sei, durch verstärkte Anzeigen und Tipps, die Krankheiten fernhalten und Gesundheit maximieren sollen. Es ist offensichtlich, dass es nicht darum geht, die Krankheit als etwas Wünschenswertes darzustellen, sondern es geht in erster Linie darum, der Krankheit im Leben aller seinen Raum zu geben, um im Krankheitsfall besser damit umgehen zu können. Ferner gilt es, in beide Richtungen die Extremen zu vermeiden, d. h. weder ist es sinnvoll anzunehmen, Krankheit gehört nicht zum Leben, noch ist es sinnvoll das eigene Leben mit der Angstvorstellung zu erkranken einzuschränken und fortwährend mit dem Gedanken zu leben, in jedem Moment schwer erkranken zu können. Akashe-Böhme und Böhme betonen diesbezüglich, dass man Krankheit nicht leugnen soll, aber auch das Leben nicht davon dominieren lassen soll.¹⁸⁸ Es gilt also wie in vielen Bereichen eine Mitte zu finden, ganz im Sinne Aristoteles:

Daß [sic] nun also die ethische Tugend eine Mitte ist, und wie sie es ist, und daß [sic] sie die Mitte zweier Schlechtigkeiten ist, derjenigen des Übermaßes und derjenigen des Mangels, und daß [sic] die Tugend solcher Art ist, weil sie die Kunst ist, in den Leidenschaften und Handlungen auf die Mitte zu zielen, [...] ¹⁸⁹

Analog dazu ist das Übermaß, in vollständiger Angst, erkranken zu können, zu leben, während der Mangel die vollständige Ignoranz von Krankheit als Teil des Lebens ist. Das Optimale sollte eben in der Mitte dieser beiden Extremen liegen. Diese Mitte zu finden ist eine Kunst, die jedoch durch die Vergegenwärtigung beider Extremen im groben Rahmen besser zu fassen ist.

4.2.2 Bewältigungsstrategien des kranken Menschen

Happiness and a good life are possible even within the constraints of illness. But their uncovering requires a new set of conceptual tools (health within illness, adaptability).¹⁹⁰

¹⁸⁸ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 62.

¹⁸⁹ Aristoteles: Die Nikomachische Ethik. Griechisch-deutsch. Übersetzt von Olof Gigon, neu hrsg. von Rainer Nickel. (Sammlung Tusculum) 2.Aufl., Düsseldorf: Artemis& Winkler 2007, S. 8, II 9, 1109a.

¹⁹⁰ Carel, Havi: Can I Be Ill and Happy? In: Philosophia Band 35 (2007), S. 109

Durch dieses Zitat wird darauf hingewiesen, dass neue Wege notwendig sind, um die Krankheit bewältigen zu können, daher wird im Verlauf dieses Kapitels aufgezeigt, wie solche Bewältigungsstrategien zu entdecken sind.

Wenn das Fundament, dass Krankheit Teil des Daseins menschlichen Lebens ist, gefestigt ist, gilt es, die Bewältigungsstrategien zu betrachten, um einen besseren Umgang mit Krankheit und Kranksein zu entwickeln. Dabei spielen diese Strategien für den kranken Menschen eine wichtigere Rolle, da sie in der akuten Situation unterstützend wirken. Für nichtkranke Menschen haben sie aber auch eine entscheidende Rolle, da sie im Falle der Krankheit als Puffer dienen, sich aber auch in anderen schwierigen Situationen im Leben als hilfreich erweisen. Solche Strategien können sich auf unterschiedliche Ebenen zeigen, so kann es bereits als eine Strategie gelten, nach Akashe-Böhme und Böhme, wenn man die Krankheit durch Arbeit zu bewältigen versucht. Entscheidend ist dabei, dass man die Arbeit nicht als Verdrängungsmethode wählt, sondern als eine aktive Zuwendung zum Leben hin.¹⁹¹ Grundlegend wird bereits bei dieser ersten Strategie, dass die Krankheit akzeptiert wird und nicht durch etwas Äußeres ersetzt. Verdrängung der Krankheit kann dem kranken Menschen nicht helfen, da man die Augen vor der Realität verschließt und somit in einer verletzten Situation noch verletzlicher wird. In dem Ausdruck der aktiven Zuwendung zum Leben wird eben deutlich, dass kranke Menschen durchaus bereit sein sollten, Möglichkeiten in ihrer Lebenswelt wahrzunehmen und sich diesen aktiv hinwenden sollten. So kann durchaus passieren, dass eine Arbeit, die man vor der Krankheit problemlos erledigen konnte, mit Einbruch der Krankheit physisch nicht mehr bewältigt werden kann. Diese Situation sollte den kranken Menschen nicht dazu verleiten, sich zurückzuziehen, sondern aktiv nach einer neuen Arbeit sich umzuschauen, welche körperlich und/oder geistig bewältigbar ist.

Eine weitere Strategie ist das Reden mit Kranken und Nicht-Kranken und weiterführend der Gewinn an Autonomie, um sich über Krankheiten und Therapieformen zu informieren. Kaelin führt diesbezüglich aus, dass Autonomie im Kontext der modernen Medizin vor allen Dingen auch eine Reflexion über Organisation des medizinischen Systems in der Gesellschaft benötigt. So betont er, dass zur Selbstbestimmtheit des Patienten, der durch den Arzt als Agent des Großbetriebs immer weiter in den Hintergrund rückt, ein dialogischer Prozess und auf Adorno bezugnehmend eine

¹⁹¹ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben 2005, S. 63-64.

umfassendere Aufklärung benötigt wird, die auch gesellschaftlich reflektiert ist.¹⁹² Hieran wird deutlich, dass das Reden über Krankheit und Therapieformen sowohl im direkten medizinischen Betrieb, aber auch gesellschaftlich äußerst relevant sind für die Bewältigung von Krankheit. Durch die gewonnenen Informationen erlangen Patienten Autonomie, die vom medizinischen System erwartet wird. Um diese Art der Autonomie zu schaffen, muss jedoch dialogisch mehr Information an die Patienten und Nicht-Patienten übermittelt werden. Diese Übermittlung findet optimalerweise in Gesprächen statt, so dass die Einsicht durch die aktive Teilnahme höher ist. Die Folge solch einer realistischeren Art der Autonomie wären Patienten, die aus dem Machtgefüge zwischen Arzt und Patienten entkommen, Entscheidungen, die ihre eigene Person betreffen, durchaus auch kompetent selbst treffen können. Daher ist Verweis auf das Vier-Prinzipien-Paradigma¹⁹³ von Childress und Beauchamp notwendig. Denn durch das erste Paradigma, Respekt vor Autonomie, wird dem Patienten seine Autonomie zugesprochen. Damit der mündige Patient von seinem Autonomierecht Gebrauch nehmen kann, ist es notwendig, die Möglichkeiten der Informationsbeschaffung, mitunter durch Arzt-Patienten-Gespräche, auszuweiten.

Weiters ist nicht zu missachten, dass Unbekanntes Menschen mehr Angst einjagt als Bekanntes, auch wenn beides gleich übel wäre. Mit der verbreiteten Aufklärung über die Gesellschaft hinaus wäre der Patient gewappnet für den Notfall und nicht negativ überwältigt. Dies vermag den Eindruck zu erwecken, dass die Patienten so ausführlich informiert und autonom sind, dass ein Arzt nicht mehr notwendig sei. Diesen Eindruck gilt es gleich zu verwerfen, u.a. durch Angelika Walser Äußerung in Bezug auf die Autonomie, demnach autonomes Handeln nicht mit richtigem Handeln gleichzusetzen sei.¹⁹⁴ Folglich ist der Arzt notwendig und besitzt mehr Wissen und Erfahrung zur Krankheit und kann auch einem autonomen Patienten eine geeignetere Therapiemöglichkeit anbieten, falls die von dem Patienten gewünschte Therapieform ihm mehr Schaden als Nutzen beifügt. Maio weist darauf hin, dass die ausreichende Information des Patienten durch den Arzt und weiterführend seine Bereitschaft, die

¹⁹² Vgl. Kaelin, Lukas: Adornos Begriff der Autonomie und die Medizin 2014, S. 25-28.

¹⁹³ Siehe Kapitel 3.1.1 *Umgang mit Krankheit in der Medizin*, S. 62.63.

¹⁹⁴ Vgl. Walser, Angelika: Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Verantwortung. Die Autonomie von Frauen in bioethischen Konfliktfeldern. In: In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M., Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014, S. 35.

Belange dieser anzunehmen und eine Unterstützung zu bieten, besonders schwerkranken Menschen helfen, einen eigenen Weg im Umgang mit der Krankheit zu finden.¹⁹⁵ Es ist eine Bewältigungsstrategie, die zunächst nicht aktiv vom Patienten umgesetzt werden kann, aber mit der Information und dem Bewusstsein, dass der Arzt unterstützend agieren sollte und dem selbst angeeigneten Wissen, haben Patienten die Möglichkeit, ihr Recht einzufordern und ferner das Selbstbewusstsein entwickelt, einen Umgang zu suchen. Weiters führt solch ein autonomer Zugang durch den Patienten zu einer optimaleren Behandlung, da dieser über weitere Schritte informiert ist und nicht im Dunkeln tappt.

Die Akzeptanz des Schicksals kann ebenfalls als eine Bewältigungsstrategie dienen, da sie einen entlastenden Charakter hat. Maio verweist darauf, dass Schicksal nicht als Hinnahme der Krankheit verstanden werden sollte, sondern als Anerkennung des Schicksals im Kampf gegen die Krankheit zu verstehen ist. Dahinter steckt die Vorstellung, dass auch andere Menschen erkranken können. Diese Idee schenke kranken Menschen Trost und führe einerseits zu einer Eigenverantwortlichkeit, aber auch zu einer Solidarisierung innerhalb der Gesellschaft.¹⁹⁶ Daran wird deutlich, dass die Vorstellung von Schicksal nicht unbedingt so altmodisch einzustufen ist, wie man es zunächst annehmen möchte. Der entlastende Charakter kommt an dem Punkt zur Geltung, wenn man mit Hilfe der Schicksalsvorstellung versteht, dass man eben nicht alleine ist mit der Bewältigung der schwierigen Situation, sondern dass es ein gemeinsames Schicksal ist, auch wenn die konkrete Situation bei jedem unterschiedlich ist. In der Idee des gemeinsamen Schicksals steckt die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, weil man aus der Idee Kraft schöpft, aber ganz entscheidend ist eine verstärkte Solidarisierung innerhalb der Gesellschaft. Nicht zu missachten ist, dass eine bestimmte Krankheit unabhängig von dem Status, Ansehen, Beruf oder sonstigen Merkmalen jeden Menschen treffen kann und manchmal im Krankenhaus vollkommen unterschiedliche Menschen mit demselben Schicksal sich zusammenfinden können.

Eine weitere Bewältigungsstrategie stellen Akashe-Böhme und Böhme dar, in dem sie beschreiben, dass man die Krankheit spüren soll, d. h. ein Bewusstsein entwickelt, dass

¹⁹⁵ Vgl. Maio, Giovanni: *Mittelpunkt Mensch* 2017, S. 225.

¹⁹⁶ Vgl. Maio, Giovanni: *Gefangen im Übermaß an Ansprüchen und Verheißungen. Zur Bedeutung des Schicksals für das Denken der modernen Medizin.* In: Maio, Giovanni (Hg.): *Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit.* 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Herder 2011, S. 22-24.

man krank ist, als besondere Form des Selbstbewusstseins.¹⁹⁷ Dies ist während der Krankheit, aber auch vor und nach Krankheit eine wichtige Strategie, weil man für den eigenen Körper sensibilisiert wird. Es ist durchaus einsichtig, dass der Mensch selbst seinen Körper direkt wahrnimmt, folglich auch Unregelmäßigkeiten bemerken sollte. So scheint es in der Brustkrebsvorsorge wichtig, dass Frauen regelmäßig ihre Brüste auf Knoten selbst abtasten sollen und bei entdeckten Knoten einen Arzt aufsuchen sollen, um diesen Knoten abzuklären. Diese einfache präventive Vorsorge hilft Krankheiten in einem frühen Stadium zu erkennen. Doch diese Sensibilisierung auf den eigenen Körper darf nicht in ein Übermaß kehren, so dass das medizinische System mit Anliegen, wie z.B. eine kleine Schürfwunde, überlastet wird. Hier gilt es ganz im Sinne Aristoteles Mangel und Übermaß zu verhindern. Um Mangel und Übermaß zu verhindern, ist ein solides Grundwissen unabdingbar. Mangel wäre in diesem Zusammenhang keine Vorsorge zu treffen. Gründe für das Nichtwahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen wurden bereits ausgeführt in *Kapitel 3.1.2 Umgang mit Krankheit Gesellschaft und Schule*¹⁹⁸. Vorsorgeuntersuchungen sind insofern wichtig wahrzunehmen, weil nicht jede Krankheit körperlich spürbar ist, wie z.B. Krebs. Leider ist Krebs erst im fortgeschrittenen Stadium haptisch wahrnehmbar, was zu einer schlechten Lebensprognose führen kann. Somit stellt diese Bewältigungsstrategie einerseits eine Sensibilisierung und Rückbesinnung auf den Körper dar und erfordert andererseits Verantwortung für sich und seinen Körper zu übernehmen, indem Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen werden. Innerhalb der Krankheitsperiode ist weiters wichtig auf seinen Körper zu hören, denn jede Behandlung beinhaltet Nebenwirkungen. Diese sollten beobachtet und analysiert werden und dem Arzt mitgeteilt werden, um sie minimieren zu können. Es bedarf hierfür keinem falschen Stolz, v.a. in Bezug auf Schmerzen und Nebenwirkungen, zumal es vielleicht alternative Lösungen gibt. Es wurde bereits ausgeführt, dass Schmerzen Menschen negativ blicken lassen, und zielführend ist es als Teil der Bewältigung, das Negative zu senken und sich auf das Positive zu konzentrieren. Die oben angegebenen Gründe für Nichtwahrnehmen der Vorsorge zeigt weiters auch, die Einstellung in der Gesamtgesellschaft, die grundlegend die Tatsache, dass Krankheit Teil des Lebens ist, missachtet. Gerade das

¹⁹⁷ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 27-28.

¹⁹⁸ Siehe S. 73.

Annehmen dieser Tatsache ist ein bedeutender Schritt zur Bewältigung und zu einem guten Leben mit Krankheit.

Akashe-Böhme und Böhme benennen eine weitere wichtige Bewältigungsstrategie, indem sie dazu anleiten, die inneren Kräfte zu mobilisieren. So stellen sie fest, dass Patienten bei einer schlechten Lebenserwartung eher dazu geneigt sind, sich auf nicht-physische Kräfte zu berufen, wie z.B. Gott. Diese Neigung positioniert die Krankheit als einen störenden Zwischenfall und suggeriert eine Heilung, auch in Fällen, in denen sie ausgeschlossen ist. Daher plädieren beide explizit dafür, dass die Mobilisierung der inneren Kräfte nicht zur Abschaffung der Krankheit dienen soll, sondern helfen soll, das Leben mit Krankheit zu bewältigen. Die Betonung liegt vor allem in der Idee, dass Heilung eine Art Selbstheilung ist und die eigene Stimmung Einfluss auf den Körper hat. Gute Stimmung können durch das bewusste Aufsuchen von Situationen oder Bildern erzeugt werden. Sie beschreiben, dass die Mobilisierung der inneren Kräfte besonders bei schwerkranken Menschen beispielweise durch Naturerleben verstärkt wird und die anzustrebende Haltung diejenige sein sollte, in der kranke Menschen sich öffnen und aktiv Orte oder Dinge suchen sollten, die den Personen gut tun.¹⁹⁹ Hieran wird deutlich, dass kranke Menschen ihre Krankheit auch mit ihrer Einstellung zur Krankheit und zum Leben beeinflussen können. Eine Berufung auf Gott in Krankheitssituation beinhaltet, wie oben dargestellt, die Gefahr, dass die kranke Person sich von der Krankheit entfernt und an der Idee festhält, von übernatürlichen Kräften vollständig geheilt zu werden und in den alten Zustand, dem Zustand vor Krankheit, zurückkehren kann. Nun wurde immer wieder ausgeführt, dass Krankheit ein biographischer Schnitt im Leben der Menschen ist und alleine diese Erfahrung es nicht mehr ermöglicht, besonders bei schweren Krankheiten, nahtlos ins alte Leben zurückzukehren. Neben körperlichen Einschränkungen, die als Folge der Krankheit geblieben sind, gibt es auch viele psychische Einschnitte, die in der Krankheit erfahren wurden. Dies beginnt vielleicht in der Ablehnung von Freunden oder auch im Ohnmachtsgefühl der Krankheitssituation. Die Vorstellung der Rückkehr ins alte Leben verstärkt im Prinzip die falsche Idee, dass Krankheiten etwas Vergängliches sind und keine Spuren hinterlassen. Die größte Gefahr ist jedoch, dass diese Idee falsche Hoffnungen in den kranken Menschen sät, besonders in unheilbaren Fällen. Umso stärker ist die Person betroffen, wenn die Hoffnung nicht eintritt und die eigene Situation krankheitsbedingt prekärer wird. Das Plädoyer,

¹⁹⁹ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 76-80.

Krankheit als Teil des Lebens anzunehmen, und die Mobilisierung der inneren Kräfte auf Dinge, die der Person gefallen, hat einen weniger mystischen Charakter, sondern ist weiterhin realitätsnah. So lernt die Person auch sich selbst neu kennen, indem sie einerseits erfährt, was ihr körperlich noch möglich ist, aber andererseits auch, dass es weit mehr Möglichkeiten gibt in eine positive Stimmung zu gelangen, als bislang angenommen. Diese Haltung zu gewinnen sollte jedoch nicht zum Zeitpunkt der Krankheit angestrebt werden, sondern vorab, da sie den Menschen als Schutzpolster dienen kann, wenn ihnen eine Krankheit oder eine andere Widrigkeit widerfährt.

As I have been trying to show with Gustafsson, suffering due to a painful bodily condition involves a kind of *alienation* at the bodily level, making the person no longer able to be at home in with his own body. This easily leads to alienation at the level of the being-in-the-world and the level of self-understanding also, because the mood affects the entire existence of the ill person. Self-understanding in these cases is linked to a *temporal* understanding of one's life, since the pain-mood and the knowledge of an impending death change the way a person approaches his past and future. There is room for positive transformations in such cases, since the seriousness of one's condition can make room for a more honest and true reflection upon what *matters* in life and *who* one wants to be.²⁰⁰

Dies zeigt, dass Krankheit viele negative Veränderungen im Leben des Menschen bewirken kann, vor allem durch die Verfremdung des Körpers. Nicht zu missachten ist jedoch, dass man Räume, persönliche und gesellschaftliche, schaffen sollte, in denen die Möglichkeit gegeben wird, sich selbst neu kennenzulernen und zu verstehen. Denn trotz der negativen Einflüsse, die Krankheit auf ein Leben haben kann, gibt es durchaus auch positive Einflüsse: (1) Man lernt sich selbst neu kennen (2) Man lernt, was wichtig im Leben ist (3) Man lernt, wer man sein möchte und (4) man lernt, dass das menschliche Dasein nicht nur darin besteht, gesund zu leben und in Folge seinen Körper als selbstverständlich hinzunehmen.

Zusammenfassend wird die Bedeutung von Bewältigungsstrategien deutlich an folgender Aussage von Carel:

Several themes emerge from this framework of understanding illness: a new meaning must be found for the new narrative; the ill person seeks an explanation for her suffering and limitations; a new approach to one's future must be created.²⁰¹

²⁰⁰ Svenaeus, Fredrik: Phenomenological Bioethics. Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive. Oxon: Routledge 2018, S. 31.

²⁰¹ Carel, Havi: Can I Be Ill and Happy? In: Philosophia Band 35 (2007), S. 106.

4.2.3 Unterstützung durch Gesellschaft und Medizin

Um einen besseren Umgang mit Krankheit und Kranksein zu gewinnen, ist es grundlegend, dass sich Gesellschaft, Schule, Familie und Medizin gemeinsam ihrer Verantwortung bewusst werden und sich bereit zeigen, unterstützend tätig zu werden. Im Laufe der vorliegenden Arbeit hat sich bereits kristallisiert, dass das Wissen über Krankheit Diskriminierungen minimiert, da es einerseits dazu beiträgt einzusehen, dass man selbst erkranken kann, und andererseits ein Bewusstsein für kranke Menschen schafft. Es existiert keine öffentliche Diskriminierung in der Gesellschaft, wie z.B. durch die Medien, aber Krankheit taucht auch nicht als ein öffentliches Thema auf, was jeden betrifft.

Drei Aspekte werden hinsichtlich der unterstützenden Aufgaben durch Gesellschaft und Medizin beleuchtet: (1) Räume für Dialoge über Krankheit schaffen (2) verändertes öffentliches Krankheitsbild gewinnen und (3) die Rolle der Philosophie als Unterstützer eines neuen Umgangs mit Krankheit.

Allgemein betrifft das Schaffen von Räumen für Dialoge, in denen über Krankheit geredet wird, zwei Seiten: einerseits wird eine Möglichkeit geboten, bei der kranke Menschen zur Sprache kommen, und andererseits die Möglichkeit, über Krankheit zu reden, bevor man selbst oder eine nahestehende Person betroffen ist. Akashe-Böhme und Böhme verweisen darauf, dass das Reden über Krankheit mit Kranken und anderen eine wichtige Strategie sei. Gerade in dem Schweigen über Krankheit entstünde bei den kranken Menschen eine Verstärkung ihres Leidens. Ferner sei es notwendig, den Kranken Raum zu geben, um ihrem Leiden einen Ausdruck zu geben, ggf. durch das Reden ihre Krankheit einzugestehen und emotionale Teilnahme zu erhalten.²⁰² Daraus lässt sich erkennen, dass die Gesellschaft Möglichkeiten bieten muss, in denen sich kranke und nichtkranke über Krankheit und Kranksein unterhalten sollen. Innerhalb der Medizin können solche Möglichkeiten in Kliniken angeboten werden, aber es sollten Räume auch außerhalb des medizinischen Bereiches geschaffen werden, wie z.B. in der Schule oder in den Medien. Einzubeziehen sind auch Gespräche mit dem engsten Kreis, wo Unsicherheiten mit Gesprächen entlastet werden können und eine Mentalität entwickelt wird, in der man sich über Krankheit unterhalten kann, v.a. in denen sich kranke Menschen ausdrücken können ohne Schamgefühle zu empfinden.

²⁰² Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 73-75.

Um die Bedeutung solcher Räume des Dialoges darzustellen, listen Akashe-Böhme und Böhme auf, dass das Reden wichtig für das Krankheitsbewusstsein ist, weil (1) die Krankheit bei sich selbst erkannt wird, (2) Teilnahme durch Andere öffnet und (3) Informationsquellen sich erschließen lassen.²⁰³ Die Anerkennung der Krankheit für die kranke Person sollte gefördert werden, um ein gutes Leben auch mit Krankheit zu ermöglichen. Hierfür scheint es jedoch wesentlich, dass ihnen die Möglichkeit des Redens gegeben wird. Durch das gemeinsame Reden mit anderen kranken und nichtkranken Menschen wird eine Brücke gebaut, durch die die kranken Menschen Verständnis und Teilnahme für ihre Situationen empfangen, während die nichtkranken Menschen einen persönlichen Einblick in das Leben mit Krankheit erhalten. So bieten Gespräche auch eine Plattform, in der Erfahrungen in dem medizinischen Betrieb ausgetauscht werden und ggf. Therapiemöglichkeiten zur Sprache kommen, die der einzelnen Person bis dato nicht bekannt waren.

Lindseth beschreibt es treffend, wenn er beschreibt, dass Kranksein ein Verlangen des Nachempfindens mit sich bringt. Um Nachempfindungen erzeugen zu lassen, sollte kranken Menschen die Möglichkeit gegeben werden, ihren Empfindungen, Eindrücken, Gefühlen und Gedanken Ausdruck zu geben.²⁰⁴ Gesellschaftlich scheint es in Folge unabdingbar, Räume anzubieten, in denen Dialoge über Krankheit und Kranksein stattfinden. Die Aufgabe der breiten Gesellschaft scheint es zunächst via Medien und anderen Organen eine positive Anerkennung von Krankheit, im Sinne von *illness*, zu initiieren. Die Medien könnten dahingehend aktiv über Krankheit und Kranksein berichten. Bei dieser öffentlichen Diskussion sollte nicht allein der durch Krankheit resultierende Leistungsabfall in der Gesellschaft im Fokus stehen, sondern die subjektive Krankheitsauffassung und das Leben mit Krankheit. Weiterhin kann in Schule durch verschiedene Projekte veranlasst werden, dass kranke und nichtkranke Menschen miteinander sprechen, in denen beide Seiten ihren Gedanken und Gefühlen Ausdruck geben. Somit lernen die Kranken ihr Kranksein besser kennen und die Nichtkranken haben durch persönliche Einblicke eine Möglichkeit des Nachempfindens und der Anerkennung des Krankseins. Wie solche verknüpfenden Projekte in der Gesellschaft und in der Schule aussehen können, wird im didaktischen Teil der Diplomarbeit näher gezeigt. Im familiären Umfeld der kranken Person sollte es sich als Usus etablieren, dass

²⁰³ Vgl. Akashe-Böhme/ Böhme: Mit Krankheit leben. 2005, S. 111.

²⁰⁴ Vgl. Lindseth, Anders Zur Sache der Philosophischen Praxis 2017, S. 91.

man gemeinsam über die Krankheit und das Kranksein spricht. Nahestehende sind häufig von der Krankheit mitbetroffen und fühlen sich hilflos, da sie lediglich einen äußeren Einblick auf das Kranksein haben. Sie können ggf. die medizinischen Diagnosen lesen, vergleichen und werden daraus nicht verstehen können, was es bedeutet krank zu sein. Durch offene Gespräche, in denen sowohl die Schwierigkeiten, u.a. das Leben mit dem Schmerz, als auch die positiven Aspekte, z. B. neuer Fokus auf die tatsächlich wichtigen Dinge, ausgesprochen werden, kann eine solide Basis geschaffen werden. Dadurch gewinnen beide Seiten und das nahe Umfeld versteht die kranke Person besser und kann Verständnis aufbringen, wieso sie nicht mehr an allen Aktivitäten teilnehmen kann.

Die enorme Relevanz des Redens über Krankheit mit anderen Menschen in der Medizin zeigt Giovanni Maio, in dem er auf eine Studie für ambulante Patienten verweist, in der explizit gefragt wurde, was der wichtigste Faktor für den Therapieerfolg sei. Die häufigste Antwort auf diese Frage lautete „Mit jemanden reden, der mich versteht“.²⁰⁵ Reden heißt sich und seinen Bedürfnissen Ausdruck bieten, damit man eben verstanden wird. Diese erwähnte Studie zeigt ganz klar, dass in dem Bereich noch Veränderungen notwendig sind. Damit kranke Menschen verstanden werden können und damit nichtkranke Menschen sie auch verstehen können, sind Räume für gemeinsame Dialoge notwendig. Diese Räume können im medizinischen Bereich dahingehend geöffnet werden, dass die Gespräche zwischen Ärzten und Patienten offener werden und die Inhalte, die die Ärzte aus den Gesprächen gewinnen, ebenfalls in die Therapie einfließen können. Folglich würde in die Therapie *disease* und *illness* einfließen.

Nun ist freilich der Zugang zum Gespräch zwischen Arzt und Patient in der modernen Welt nicht etwa leicht. Der Hausarzt, der ehemals fast zur Familie gehörte, existiert nicht mehr, und die sogenannte Sprechstunde ist dem Gespräch nicht günstig. Der Arzt ist da nicht frei. Das heißt, er ist in seiner Praxis immer bereits von einem verantwortlichen Gespräch mit einem anderen Patienten und von seiner Behandlung in Anspruch genommen – und der Patient ist vom beklommenen Warten, wenn nicht gar von der Beklommenheit des ganzen Wartezimmers in Anspruch genommen. So ist die Nähe zwischen Patient und Arzt sehr fragwürdig geworden. Vollends, wenn man heute in eine moderne Klinik kommt. Da ist das erste eine richtige Verblüffung, wenn man etwa gleich zu Beginn seinen ehrlichen Namen verliert und eine Nummer bekommt.²⁰⁶

Es wird gezeigt, dass die Gründe für die kurzen und oft nicht ausreichenden Gespräche nicht bei den Ärzten selbst liegen, sondern strukturell in der gesellschaftlichen

²⁰⁵ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 167.

²⁰⁶ Gadamer, Hans-Georg: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993, S. 161.

Entwicklung verankert sind. So beschreibt Kathan, dass der Patient im Krankenhaus Kunde sei und der Ausdruck Kunde ein sichtbarer Ausdruck einer Gesellschaft sei, deren soziale Strukturen sich zunehmend auflösen.²⁰⁷ An dem Begriff Kunde wird schon deutlich, dass das medizinische System betriebswirtschaftlich arbeitet, folglich der Geldfluss ein relevanter Faktor im Gesundheitssystem darstellt.

Wenn man sich einmal dieser wirtschaftlichen und finanziellen Bedeutung des Gesundheitswesens bewusst ist, dann wird einem folgendes (sic) klar: In der Medizin geht es nicht nur darum, Krankheiten zu heilen und Kranke zu pflegen, sondern es geht – auch – um sehr viel Geld, um Prestige und um Einfluss und Macht.²⁰⁸

Maio beschreibt eingehend, dass im Dialog der leidende Mensch Anerkennung findet und sich ernst genommen fühlt.²⁰⁹ In Form der Anerkennung und des Ernstnehmens der Anliegen des Patienten, die primär im Reden Ausdruck finden, entsteht eine weitreichende Kommunikationsbasis.

Wenn das Leben nicht mehr selbstverständlich von der Hand geht, weil die Medizin es sich allzu selbstverständlich technisch aneignet, finden sich Menschen vor Fragen und Probleme gestellt, die nach medizinischen und philosophischen Antworten verlangen.²¹⁰

An dieser Aussage von Borck wird eben gezeigt, wie notwendig eine Kommunikation zwischen Medizin und Patient notwendig ist. Das Ungewisse ihrer Zukunft beängstigt scheinbar viele erkrankte Menschen und häufig entsteht daraus ein Wunsch, aus dem Ungewissen etwas Konkretes und Wissbares zu machen. Um diesem Wunsch nachgehen zu können, bedarf es einer gleichberechtigten Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Unsicherheiten bringen Fragen mit sich, die in einer gleichberechtigten Kommunikation von den Patienten an die Ärzte gestellt werden könnten. Die unterstützende Aufgabe, Antworten zu geben, ist wichtig für Patienten und für die Medizin. Denn der Patient kann seine Krankheit besser einordnen und die Medizin hinterfragt sich indirekt durch die Fragen der Patienten selbst. Die Medizin kann ihren Beitrag zu einem besseren Umgang mit Krankheit dahingehend leisten, indem sie eine veränderte gleichwertige Dialogsituation zwischen Ärzten und Patienten ermöglicht. Daraus würde einerseits ein wissender Patient resultieren und andererseits wäre die Medizin entlastet vor dem Vorwurf, rein technisiert mit Patienten umzugehen. Maio fasst es gut

²⁰⁷ Vgl. Kathan, Bernhard: Das Elend der ärztlichen Kunst 1999, S. 237.

²⁰⁸ Sommaruga, Simonetta: Politik – Macht – Medizin: eine Bestandsaufnahme. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hg.): Medizin und Macht. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit? Bern: Peter Lang 2007, S. 93.

²⁰⁹ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 184.

²¹⁰ Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung 2016, S. 33.

zusammen, indem er betont, dass die große Herausforderung von Ärzten diejenige sei, dass die Arbeit mit kranken Menschen eine Verbindung aus Technik, analytischer Verstandestätigkeit und kreativer Herzenstätigkeit impliziere.²¹¹

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass durch die Schaffung von Räumen im gesellschaftlichen und medizinischen Bereich die Möglichkeit auch geschaffen wird, das Kranksein zu verstehen und zu akzeptieren. Das Reden miteinander schafft Wissen über Krankheit und Krankheit, während es gleichzeitig eine solide Basis bildet, die Diskriminierungen minimieren kann.

Ein verändertes öffentliches Krankheitsbild zur Veränderung des Umgangs mit Krankheit und Kranksein ist aus gesellschaftlicher und medizinischer Sicht notwendig und gehört zu einem weiteren Aspekt, in dem Medizin und Gesellschaft gemeinsam handeln müssen. Dietrich von Engelhart führt diesbezüglich aus, dass Krankheit für Kranke, Angehörige, Ärzte und für die Gesellschaft Schicksal und Chance zugleich bedeute.²¹² Daran wird deutlich, dass alle Bereiche gemeinsam agieren sollten, da Krankheit nicht eigenständig nur in der kranken Person besteht, sondern sich in einem gesellschaftlichen Geflecht befindet und unterschiedliche Berührungspunkte hat. Im Allgemeinen kann man annehmen, dass ein verändertes öffentliches Krankheitsbild zu einer Verbesserung der Gesamtgesellschaft führen kann, da Ausgrenzungen minimiert werden. Durch ein aktives Thematisieren der Krankheit und in Folge des veränderten öffentlichen Krankheitsbildes wird Krankheit als etwas angenommen, was sich mitten im Leben befindet.

Die Relevanz eines veränderten Krankheitsbildes für die Gesellschaft, Schule und Familie wird im Folgenden deutlich:

Krankheit als Chance und Schicksal legt ein Plädoyer für das fragmentarische Leben nahe: Gesundheit wünschen, aber Krankheit, Behinderung oder Vulnerabilität annehmen, Autonomie respektieren, zugleich auf ihren Verlust und Mangel human reagieren, Wohl und Wille in einen Ausgleich bringen, zu heilen versuchen, was letztlich nicht zu heilen ist, in Lebensqualität mehr als Arbeits- und Sozial- und Liebesfähigkeit sehen, Mensch, Natur, Gesellschaft und Kultur verbinden, immanente Solidarität in eine Verbindung zu transzendenter Ganzheit bringen.²¹³

In dieser Aussage wird deutlich, dass Krankheit in der Gesellschaft eben als Chance genutzt werden kann, durch welches die Mitglieder der Gesellschaft sich selbst in ihrem

²¹¹ Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 205.

²¹² Vgl. Engelhard von, Dietrich: Krankheit als Schicksal und Chance 2011, S.171.

²¹³ Engelhard von, Dietrich: Krankheit als Schicksal und Chance 2011, S.172.

gegebenen Dasein kennenlernen können, d. h. in ihrer Verletzlichkeit und in ihrer Erkrankbarkeit. Die Annahme dieser naturgegebenen Verletzlichkeit des Menschen ermöglicht den Menschen als Ganzen zu akzeptieren. Weiters bietet diese Ganzheitlichkeit deutlich mehr Toleranz, besonders in dem Fall, wenn eine kranke Person nicht mehr die gleiche Leistung erbringen kann, wie ein gesundes Mitglied. Gerade in diesem Toleranzverstehen, dass zum ganzen Menschen Krankheit und Gesundheit gehört, wird eine Basis geschaffen, um Verständnis und Solidarität zu etablieren, was zu einem veränderten Umgang mit Krankheit führen kann. Die scheinbar fehlende Empathie für erkrankte Menschen wird zur Annahme der Ganzheitlichkeit kompensiert. Die Schule ist angeleitet, tolerante und demokratische Mitglieder der Gesellschaft zu erziehen. Zur Toleranz gehört weitgehend Wissen und die Bereitschaft, sich auch auf Unbekanntes wertfrei einlassen zu können. Eine Öffnung des bisherigen Krankheitsverständnisses scheint notwendig und sollte bereits in der Schule etabliert werden.

Joachim Bauer betont, dass der Kern aller menschlicher Motivation in dem Finden und Geben von zwischenmenschlicher Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung und Zuneigung liegt.²¹⁴ Das zeigt, dass ein verändertes Krankheitsbild in der Gesellschaft mit Werten, wie z.B. zwischenmenschlicher Anerkennung, zusammenhängt, welches erst im miteinander Ausdruck finden. Diese Werte gilt es, einerseits im schulischen als auch im privaten Bereich zu leben. Die notwendige Motivation, um eine Veränderung anstoßen zu können, liegt im direkten Miteinander, vor allem im direkten Dialog. Daher fasst Bauer fünf Punkte zusammen, die für das Gelingen einer Beziehung oder eines kooperativen Projektes von Notwendigkeit ist: (1) *Sehen und Gesehenwerden*, (2) *gemeinsame Aufmerksamkeit gegenüber etwas Drittem*, (3) *emotionale Resonanz*, (4) *gemeinsames Handeln* und (5) *wechselseitiges Verstehen von Motiven und Absichten*.²¹⁵ Die erste Voraussetzung *Sehen und Gesehenwerden* meint, dass Menschen als Personen wahrgenommen werden wollen und im gegenteiligen Fall aggressive Impulse im Menschen ausgelöst werden. Wichtig ist dabei, dass man selbst offen sein sollte, um Andere besser wahrnehmen zu können.²¹⁶ Daraus folgt, dass die Motivation, um ein verändertes öffentliches Krankheitsbild zu gewinnen, gesteigert werden kann, in dem die

²¹⁴ Vgl. Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. 5. Aufl. Hamburg: Hoffmann und Campe 2007, S. 21.

²¹⁵ Vgl. Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit 2007, S. 190.

²¹⁶ Vgl. Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit 2007, S. 191.

Gesellschaft sich selbst öffnet. Aus einem offenen Krankheitsbild werden offene Mitglieder resultieren, die weniger aggressive Emotionen in sich tragen.

Die zweite Voraussetzung *gemeinsame Aufmerksamkeit gegenüber etwas Drittem* meint dabei, dass man sich aktiv etwas zuwenden soll, wofür sich eine andere Person interessiert. Das Resultat daraus sei Anteilnahme und biete ein Potential, Verbindungen herzustellen.²¹⁷ Angesichts dessen, dass wir kranke Menschen in unserer Gesellschaft haben und diese gewisse Bedenken und Wünsche haben, scheint es wichtig, dass die Gesellschaft auch dort hinblickt. Diese Bedenken und Wünsche als Teil der Gesellschaft anzunehmen, würde die notwendige Anteilnahme für Krankheit und Kranksein entgegenbringen und langfristig zu einer Veränderung führen.

Die dritte Voraussetzung, *emotionale Resonanz*, meint die Fähigkeit, die Stimmung des Gegenübers aufzufangen oder den gegenüberstehenden Menschen mit der eigenen Stimmung anzustecken.²¹⁸ Um eine Veränderung einzuleiten, gehört es auch dazu, dass eine positive Grundstimmung entsteht, in der Vertrauen aufgebaut wird. Dafür sind jedoch beide Parteien verantwortlich. Für ein verändertes öffentliches Krankheitsbild würde eine kranke Person sorgen können, die tatsächlich positiv mit ihrer Krankheit umgeht, sprich die notwendigen Bewältigungsstrategien in ihrem Leben umgesetzt hat und trotz ggf. Unheilbarkeit der Krankheit neue Wege im Leben zu bestreiten versucht. Solche Beispiele können einerseits kranken Mitgliedern Hoffnung geben und andererseits nichtkranken Mitgliedern zeigen, dass unheilbare Krankheiten nicht ein unglückliches Vegetieren bis zum Tod bedeuten.

Das vierte Beziehungselement *gemeinsames Handeln* führt zu einer nachhaltigen Bindung.²¹⁹ Daraus lässt sich ableiten, dass man gemeinsame Absichten ausspricht und gemeinsam sich in Bewegung setzt. In dem Kontext des veränderten öffentlichen Krankheitsbildes würde es bedeuten, dass Projekte gestaltet werden können, in denen kranke und nichtkranke Menschen etwas gemeinsam tun. Die Auswahl der Aktionen kann entsprechend gewählt werden und wird zu einem positiven Ergebnis führen, da gemeinsam etwas geschaffen wurde.

²¹⁷ Vgl. Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit 2007, S. 191.

²¹⁸ Vgl. Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit 2007, S. 192.

²¹⁹ Vgl. ebd.

Das fünfte Beziehungselement, *Verstehen von Motiven und Absichten*, steht unter der Annahme des Autors, dass Verstehen nicht nur einer guten Beobachtungsgabe und einer intuitiven Fähigkeit bedarf, sondern vor allem auch des Gesprächs.²²⁰ Darin zeigt sich, dass die Gesellschaft miteinander im Dialog stehend Möglichkeiten schaffen muss, sich gegenseitig zu sehen, sprechen, verstehen und zu handeln. Diese Beziehungselemente beziehen sich nicht nur auf den Kontext des Umganges mit Krankheit, sondern sind weitreichender. Es scheint deshalb auch so wichtig zu betonen, dass das Erlernen dieser Kompetenzen bereits in der Schule angesetzt werden sollte. Bauer verweist auf die Relevanz dieser Kompetenzen für ein gutes Miteinander und folglich auch für ein verbessertes Krankheitsbild in der Gesellschaft:

Ebenso wichtig ist, dass jeder Einzelne seine von Natur aus darauf ausgerichteter Anlage selbst schult und kultiviert. Dort, wo Menschen – zum Beispiel als Führungspersonal, in der Medizin, in der Schulpädagogik, in der Psychotherapie, in der Seelsorge – Verantwortung für andere tragen, sollte die Fähigkeit, Beziehungen zu gestalten, zur Meisterschaft entwickelt sein.²²¹

Wie kann die Medizin ein verändertes Krankheitsbild unterstützen? Giovanni Maio fordert die Medizin in erster Linie auf, ihr Tun nicht allein nach den Kriterien der Vertragsgerechtigkeit und Fachexpertise auszurichten, sondern sich aktiv darüber im Klaren zu werden, dass man sich um das Vertrauen der Patienten bemühen müsse. Der Patient sei auf eine vertrauenswürdige Medizin angewiesen, in der der Arzt gute Motive hat, und die Fähigkeit besitzt diese Motive auch mit seinen Handlungen zu zeigen.²²² Daraus lässt sich schließen, dass eine vertrauensstiftende Haltung in der Arzt-Patienten-Beziehung wesentlich zu einem veränderten Krankheitsbild in der Öffentlichkeit führen kann, da die Patienten sich verstanden fühlen und die Allgemeinheit besser informiert ist über die Krankheit und ihren Verlauf. Im Umkehrschluss wird das Vertrauen in die Medizin verstärkt durch diese humane Annäherung an die kranke Person. Ein wichtiges Merkmal, um Vertrauen aufzubauen, ist ein „echtes Miteinandersprechen“.²²³ Dieses Miteinandersprechen beinhaltet eben auch ein genaues Zuhören und ein Sich-Einlassen auf das Gesagte. Wenn die Krankheit des Patienten nicht als Datenkonvolut eingeordnet wird und der Patient sich nicht auf seine Daten reduziert fühlt, sondern er in seiner Ganzheit angenommen wird, erkenntlich an echten Gesprächen miteinander, verändert

²²⁰ Vgl. Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit 2007, S. 193.

²²¹ Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit 2007, S. 196.

²²² Vgl. Giovanni, Maio: Den kranken Menschen verstehen 2015, S. 144.

²²³ Vgl. Giovanni, Maio: Mittelpunkt Mensch 2017, S. 492.

sich einerseits in der Medizin das Bild des Kranken, aber vor allem ändert es im Kranken sein Bild von Krankheit und dem Leben mit Krankheit. Von diesem neuen Bewusstsein ausgehend, strahlt in Folge auch ein anderes Krankheitsbild in der Öffentlichkeit. Svenaeus stellt dahingehend klare Forderungen an die Medizin, um einen besseren Umgang pflegen zu können:

Empathic understanding develops into interpretative understanding of the other person's being-in-the-world. Within the pattern and limits of such a hermeneutical framework, medical knowledge about the human body and its functions are applied and used to detect and fight diseases responsible for the illness. The total medical understanding itself is richer than and different from explanations of bodily dysfunctions only, since it is about a person and her life world, about the way she embodies core life values by way of narrative.²²⁴

Wie kann man die Philosophie als Unterstützer des neuen Umgangs fruchtbar machen? Lindseth beschreibt, dass die Erfahrung des Krankseins nach einem Dialog mit einem verkörperten Leben verlangt, das in Unordnung geraten ist, und dass der Dialog eben Auskunft über Ordnung bzw. Unordnung geben kann. So betont er, dass es die Aufgabe der Philosophischen Praxis sei, die Erfahrung des Krankseins als wichtig zu erachten und folglich für das Leben fruchtbar zu gestalten. Dazu gehöre es eben auch, Orte, wie z. B. das Krankenhaus, als einen Ort für philosophische Reflexionen zu nutzen.²²⁵ Daraus resultiert, dass die Philosophie über didaktische Methoden verfügt, die im Gesamtprozess förderlich sind. So kann man mit philosophiedidaktischen Methoden, mitunter auch mit dem gemeinsamen Philosophieren, sehr gut einen neuen Umgang mit Krankheit schaffen, da Dialoge verbindend sind. Diese Dialoge können sowohl im kleinen als auch im großen Rahmen vollzogen werden. Wilhelm Schmid beschreibt in seinem Buch *Das Leben verstehen* sehr eingehend, welche Möglichkeiten des philosophischen Beratens im medizinischen Rahmen es gibt:

Die Haupttätigkeit des Philosophen im Krankenhaus ist, Gespräche zu führen, und dies nicht etwa nur mit Patienten, sondern mit allen, die im Haus arbeiten, auf jeder Ebene und in jedem Bereich. Wenn Philosophie ein Innehalten und Nachdenken ist, dann ist das Gespräch ein gemeinsames Innehalten und Nachdenken, um das Leben besser zu verstehen, keineswegs nur im Falle von Krise und Krankheit, sondern auch bei allen sich stellenden Lebensfragen.²²⁶

Mit Hilfe der Philosophie und ihrer Methoden werden Fragen an die aktuelle Situation gestellt und Möglichkeiten angeboten, die Problematik zu beleuchten und reflektierend

²²⁴ Svenaeus, Fredrik: Phenomenological Bioethics 2018, S. 74

²²⁵ Vgl. Lindseth, Anders: Zur Sache der Philosophischen Praxis 2017, S. 91-92.

²²⁶ Schmid, Wilhelm: Das Leben verstehen. Von den Erfahrungen eines philosophischen Seelsorgers. Berlin: Suhrkamp 2016, S. 171.

nach Wegen zu suchen. Wichtig bleibt zu erwähnen, dass die Philosophie nicht den Anspruch hat, absolut gültige Antworten zu liefern. Viel mehr hilft die Philosophie zunächst die Fragen zu stellen, die Probleme einzugrenzen und aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten, um in einem Dialog gemeinsam zu beobachten, welche erträglichen Alternativen zu der aktuellen Situation vorhanden sind.

Havi Carel hat sich eingehend mit der Frage, welche Rolle spielt die Philosophie im Krankheitskontext, beschäftigt. Der Phänomenologie komme laut Carel eine besondere Rolle zu, da dieser Teil der Philosophie eine entscheidende Methode in sich trage, um Erfahrungen zu beschreiben, also in Folge auch die gelebte Erfahrung von Krankheit zu beschreiben.²²⁷ Hieran wird deutlich, dass die Phänomenologie eine philosophische Basis für die Erfahrung des Krankseins bietet, welches durch aktives Aussprechen eine Veränderung auch im Umgang mit Krankheit gesamtgesellschaftlich mitbringen kann.

I suggest that illness is relevant to philosophy because it uncovers aspects of embodied existence and experience in ways that reveal important dimensions of human life. [...] Illness broadens the range of bodily and mental experience (e.g. delusions, dementia).²²⁸

Einerseits erhalten die kranken Menschen durch philosophische Gespräche die Möglichkeit, ihre Erfahrungen zu betrachten und mitzuteilen und andererseits erhält die Philosophie durch die intensive Arbeit mit Krankheitserfahrungen eine neue Aufmerksamkeit für neue Aspekte des Lebens an sich, mitunter ihrer körperlichen Existenz. Thematisiert wird hierbei neben den gesellschaftlich anerkannten Krankheitsauffassungen *disease* und *sickness* ganz offen *illness*. Dabei hat die Krankheit die spezielle Rolle, dass sie zur einem größeren Erfahrungsbereich Zugriff hat, der sowohl im Körperlichen als auch Mentalen liegt. Da die Krankheitserfahrung eine einschneidende Erfahrung des Menschen ist und potentiell jeden Menschen treffen kann, kann man aus dieser essentiellen Erfahrung Rückschlüsse auf den Menschen an sich treffen. Schwerwiegende Krankheiten verändern das Leben eines Kranken schnell und entscheidend. Carel verweist darauf, dass die Krankheit Möglichkeiten zur Reflexion bietet, weil die kranke Person sich häufig von seinem vorherigen Alltagsleben entfernt, was zur Folge hat, dass die angenommenen Werte und Erwartungen über das gute Leben oder über die Autonomie neu überdacht werden.²²⁹ Dies zeigt eben, dass die Krankheitserfahrung sehr philosophischer Art ist, weil man das bislang Bekannte nun in

²²⁷ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S. 204.

²²⁸ Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S. 207.

²²⁹ Vgl. Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S. 208.

seinen Ausführungen hinterfragt. Dies kann sowohl die eigenen Werte betreffen als auch die Werte, die in jener Gemeinschaft gelebt werden. In dem Akt des Hinterfragens öffnen sich neue Perspektive, die einen kranken Menschen erkennen lassen können, dass das Glück, was er vor seiner Krankheit nicht gefunden haben mag, mit der Krankheit eingetreten ist. Die Krankheit erzwingt in schweren Fällen eine Auszeit vom Alltag, aber bietet im gleichen Zug viel Zeit über die wichtigen Dinge im Leben nachzudenken.

Illness is not philosophical reflection in itself but can be – and often is- a *way into*²³⁰ reflection. It is a compulsive invitation to philosophize. It is compulsive because it is unchosen, but it is an invitation because it is not always taken up.²³¹

Angesichts dieser Aussage wird deutlich, dass Krankheit für die Philosophie und Philosophie für die Krankheit fruchtbar gemacht werden kann und sollte. Krankheit bietet aufgrund der Erfahrung viel Raum für Reflexionen und in Folge für das Philosophieren. So können aus Krankheitserfahrungen auch Reflexionen für Nichtkranke gewonnen werden, weil neue Perspektiven auf das Leben geworfen werden. Die Betonung der Autorin, dass Krankheit gerade mit dem plötzlichen ungewollten Eintreten einen besonders verstärkten Effekt auf das Erleben der Erfahrung hat.

4.3 Didaktische Umsetzung

In diesem Abschnitt werden zunächst (1) die grundlegenden Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung, (2) die konkrete didaktische Umsetzung skizziert, wobei der ausgewählte philosophiedidaktische Ansatz für diesen Themenblock die Philosophie als Lebenspraxis/ Philosophische Praxis²³² ist und (3) eine Begründung der Methode bzw. des Ansatzes vorgenommen wird, in dem eine Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik erfolgt und die Relevanz der Methode für den Themenblock herausgearbeitet wird.

²³⁰ Textmarkierung ist aus dem Original übernommen.

²³¹ Carel, Havi: *Phenomenology of Illness* 2016, S. 225.

²³² Im weiteren Verlauf wird die Philosophische Praxis als Methode benannt, jedoch ist sie im eigentlichen Sinn keine wirkliche Methode. Eine Einordnung ist schwierig, da es sich um ein komplexes Gebiet handelt und keine wirkliche einheitliche Meinung in den Fachwissenschaften vorhanden ist.

4.3.1 Voraussetzungen der didaktischen Umsetzung

Die allgemeinen Voraussetzungen für die didaktische Umsetzung sind mit denen aus dem *Kapitel 2.2.1*²³³ ident und werden daher nicht erneut aufgelistet.

Die didaktischen Voraussetzungen setzen sich aus inhaltlicher und didaktischer Vorbereitung der Lehrperson zusammen. In Bezug auf die inhaltliche Vorbereitung sollte die Lehrkraft Wissen über Deutungen der Krankheitserfahrung aneignen und sich über Möglichkeiten für einen veränderten Umgang mit Krankheit und Kranksein informieren.²³⁴ Inhaltlich sollte sich die Lehrkraft an den vorausgegangenen zwei Kapiteln dieses Abschnittes orientieren: (1) *Kapitel 4.1. Wirkung und Folgen des Krankseins*: (1a) *Akzeptanz des Kranksein*, (1b) *Unsichere Zukunftsfragen und -ängste* und (1c) *Zukunftsoptionen*, und (2) *Kapitel 4.2 Ein neuer Umgang mit Krankheit und Kranksein*: (2a) *Krankheit als Teil des Seins aller Menschen*, (2b) *Bewältigungsstrategien des kranken Menschen* und (2c) *Unterstützung durch Gesellschaft und Medizin*.

Zur didaktischen Vorbereitung sollte die Lehrkraft eingelesen und ggf. geübt sein in der Form der Philosophischen Praxis und der Anwendbarkeit dieses Ansatzes im Unterricht.

4.3.2 Konkrete didaktische Umsetzung

In der konkreten didaktischen Umsetzung werden zunächst die inhaltlichen und kompetenzorientierten Ziele gelistet, anschließend die Stundenbilder für die Doppelstunde zum Themenblock „Ich bin krank“ unter der Leitfrage: „Was darf ich hoffen?“ angeführt. In einem dritten Schritt wird die Einbettung skizziert, wobei einerseits notwendige Vorkenntnisse der Schüler, Bezüge zu möglichen zukünftigen Unterrichtsstunden und die Möglichkeit eines fächerübergreifenden Unterrichts kurz aufgezeigt werden.

Ziele

Inhaltliche Ziele:

[i 5] Fünf Verluste nach S. Kay Toombs

[i 6] Bewältigungsstrategien des kranken Menschen

²³³ Siehe S.47.

²³⁴ Geeignete Literatur zum Thema ist den Literaturangaben zu entnehmen.

- [i 7] Unterstützungsmöglichkeiten der Gesellschaft
- [i 8] *Disease, illness* und *sickness* sind drei Bedeutungsmöglichkeiten von Krankheit
- [i 9] Arzt-Patienten-Beziehung und asymmetrisches Machtverhältnis
- [i 10] Umgang mit Krankheit in sozialen Gefügen

Kompetenzorientierte Ziele:

- [k 9] Definitionen anfertigen und begründen
- [k 10] Argumentative und allgemeine Dialogfähigkeit üben
- [k 11] Multiperspektivisch und kritisch denken
- [k 12] Erkenntnisse aus den Gesprächen ziehen
- [k 13] Selbstständiges Arbeiten fördern
- [k 14] Gehörtes und Gelesenes verstehen
- [k 15] Inhalte auf die Gegenwart beziehen
- [k 16] Erworbene Inhalte anwenden

Stundenbilder zum Themenblock: „Ich bin krank: *Was darf ich hoffen?*“

Zeit	Inhalt	Ziele	Material/Methode
5‘ (5‘)	Begrüßung und Organisatorisches		
7‘ (12‘)	Stundenwiederholung, kurze Hausübung besprechen Erkenntnisse der SuS aus der letzten Stunde wiederholen Arzt-Patienten Beziehung Asymmetrisches Verhältnis Reaktion auf Krankheit Mögliche Gründe für solchen Umgang	[i 5] [k 1], [k 2], [k 8]	L- S Gespräch
13 ‘ (25‘)	Wirkung und Folgen des Krankseins Akzeptanz des Krankseins Unsichere Zukunftsfragen ➔ Fünf Verluste nach S. Kay Toombs (Beispiele entwickeln) Zukunftsoptionen SuS machen Notizen füllen Tabelle aus.	[i 1] [k 1], [k 2], [k 3], [k 6], [k 7]	L-S Gespräch AB 3
5‘ (30‘)	Erkenntnis aus dem Gespräch notieren	[i 1] [k 1], [k 3], [k 4], [k 5]	Einzelarbeit AB 3
15‘ (45‘)	Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein Bewältigungsstrategien des kranken Menschen	[i 2], [i 3]	L-Vortrag + L-S-Gespräch AB 3

	Unterstützung durch Gesellschaft Räume für Dialoge Verändertes öffentliches Krankheitsbild SuS machen Notizen	[k 1], [k 2], [k 3], [k 6], [k 7]	
5' (50')	Erkenntnis aus dem Gespräch notieren	[i 2], [i 3] [k 1], [k 3], [k 4], [k 5]	Einzelarbeit AB 3
	Pause	Pause	Pause
Zeit	Inhalt	Ziele	Material/Methode
20' (20')	Textbeilage 3 lesen 3 relevante Erkenntnisse aus dem Text auf AB 3 notieren. Erkenntnisse mit bekannten Inhalten verbinden Ergebnisse kurz mit Sitznachbarn besprechen Notizen aus dem gemeinsamen Gespräch auf AB 3 machen.	[i 1], [i 2], [i 3], [i 4], [i 5], [i 6] [k 2], [k 3], [k 4], [k 5], [k 6], [k 7], [k 8]	Einzelarbeit Partnerarbeit Textbeilage 3 AB 3
15' (35')	Gemeinsames Besprechen der Textbeilage SuS stellen ihre Ergebnisse vor: Text als Aufhänger für erworbene Inhalte nehmen.	[i 1], [i 2], [i 3], [i 4], [i 5], [i 6] [k 2], [k 3], [k 4], [k 5], [k 6], [k 7], [k 8]	L-S Gespräch Textbeilage 3 AB 3
10' (45')	Abschlussreflexion: Gibt es eine neue Haltung zum Themenblock Krankheit? Welche Bereiche betreffen solche Haltungen noch? (Behinderung, Rassismus)	[i 1], [i 2], [i 3], [i 4], [i 5], [i 6] [k 2], [k 3], [k 4], [k 5], [k 6], [k 7], [k 8]	L-S Gespräch
5' (50')	Erkenntnis notieren.	[i 1], [i 2], [i 3], [i 4], [i 5], [i 6] [k 1], [k 3], [k 4], [k 5], [k 7], [k 8]	Einzelarbeit AB 3

Einbettung

Die Schüler sollten aufgrund der vorangehenden Unterrichtseinheiten über Krankheitsdefinitionen, den Umgang mit Krankheit in der Medizin und Gesellschaft, über einige Gründe für diesen Umgang und anthropologische Konzepte informiert sein.

Die Inhalte und Methoden aus diesem Themenblock können besonders bei der Bewertung ethischer Fälle hilfreich sein.

Die Möglichkeiten eines fächerübergreifenden Unterrichts bietet sich ebenfalls für den Deutschunterricht an, da Textlektüre, kritische Auseinandersetzung, Dialogfähigkeit und Argumentationsfähigkeit wichtige Kompetenzen sind, die im Deutschunterricht auch eine Relevanz haben, wie bereits in den oberen Kapiteln ausgeführt.

Die Einbettung im Lehrplan entspricht dem *Kapitel 2.2.2.*²³⁵

4.3.3 Begründung der gewählten philosophiedidaktischen Methoden

Der Fokus bei der Begründung liegt in dem Ansatz des Philosophierens als Lebenspraxis bzw. Philosophische Praxis, was eigentlich eigenständige Form des Philosophierens ist und in den Philosophieunterricht zu integrieren versucht wurde. Der Dialog und die Textlektüre spielen in übertragenen Ansatz ebenfalls eine wichtige Rolle. Es wird zunächst eine Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik erfolgen und im Anschluss wird die Relevanz der Methode für die Thematik dargestellt.

Die Auswahl dieses Ansatzes wurde gewählt, weil sie eine unterschiedliche Art des Philosophierens und des Auseinandersetzens mit Themen ermöglicht. Die Nutzung von Texten und die gemeinsame Auslegung der Inhalte unterscheidet sich von den für die Schüler bislang bekannten Methoden. Da dieser Themenblock in erster Linie den kranken Menschen im Fokus hat und weiterführend die Möglichkeiten für einen neuen Umgang mit Krankheit statuieren möchte, scheint diese sehr lebensnahe Art des Philosophierens sehr geeignet. Sie ermöglicht den Schülern einen empathischen Einblick und eine philosophische Auseinandersetzung mit dem Thema.

²³⁵ Im *Kapitel 2.2.2.*: Siehe S. 52-53.

4.3.3.1 Einordnung innerhalb der Philosophiedidaktik

Die Methode ist ebenfalls unter die dialogisch-pragmatische Philosophiedidaktik von Martens einzuordnen. Er selbst betont, dass Lehrer als Philosophie-Praktiker mit der Erziehung konkreter, lebendiger Menschen zu tun haben im Vergleich zur Philosophie-Wissenschaftlern.²³⁶ An dieser Aussage wird bereits deutlich, dass die Philosophie als Lebenspraxis und die Philosophische Praxis näher an dem Philosophieunterricht sind als die akademische Philosophie.

Philosophieunterricht als Vermittlung von Subjektivität und Objektivität, Emotionalität und Rationalität verbietet sowohl einen bloßen Nachvollzug von Vorgegebenem als auch eine bloße Reproduktion des Ausgangsnichtwissens der Beteiligten. Das dialogische Prinzip muß (sic!) daher als Einheit von drei dialogischen Momenten praktiziert werden: als offenes Unterrichtsgespräch zur Klärung der eigenen Interessen und Vormeinungen, als Hinzuziehen von Dialogpartnern durch Zuhören bzw. Lesen von Texten und schließlich als Realisierung des dabei erhaltenen Dialogangebots durch Rückfragen, Reformulierung und Problematisierung. Dieser Dreierschritt, eine dialektische Spiralbewegung, ist prinzipiell unabgeschlossen und hat keinen fixierbaren Anfang und Abschluß(sic!), sondern er ist situativ verschieden anzusetzen²³⁷

Das Zitat verweist darauf, dass diese Art des Philosophierens auch Teil der Philosophie als Lebenspraxis ist. Man nähert sich miteinander einem Thema durch einen offenen Dialog, vertieft das Thema durch einen Text und der Besprechung dieses Textes. Die Schritte münden in einem gemeinsam erzeugten Lernprozess.

Christan Krämer stellt fest, dass eine Verbindung zwischen der Philosophie als Lebenspraxis und dem Philosophieunterricht vorhanden ist:

Was hier für eine Beratungstätigkeit gefordert wird, trifft auch für den Lehrer als „Begleiter“ von Bildungsprozessen zu, der in der Begegnung mit Schülern zwar einerseits für Regeln des „Miteinander“ in der Klasse im Sinne des disziplinierten und menschenwürdigen Umgangs Sorge zu tragen hat, darüber hinaus jedoch auch eigene kognitive und emotionale Reaktionen auf bestimmte Verhaltensweisen kennen sollte, um sein eigenes Verhalten im Umgang mit Anderen entsprechend gestalten zu können²³⁸.

Daran lässt sich zeigen, dass die Lehrkraft die Methoden auch verinnerlicht haben muss, um eine erfolgreiche Umsetzung gewährleisten zu können.

Themen aus der Mitte des Lebens zu wählen macht den Zugang zum Philosophieren für Schüler einfacher, da keine künstliche Distanz aufgebaut wird. Schüler können durch solche Methoden auch die Angst vor Texten verlieren, die komplex und arbeitsintensiv

²³⁶ Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte 1986, S. 97.

²³⁷ Martens, Ekkehard: Dialogisch-pragmatische Philosophiedidaktik 1979, S.140.

²³⁸ Krämer, Christian: Philosophische Praxis für die Fachdidaktik Ethik und Philosophie 2013, S. 598

sind, da sie bereits gemeinsam ein philosophisches Verständnis entwickelt haben. In diesem Zusammenhang scheint es wichtig, den Schülern diese Art des Philosophierens mit praktischen Beispielen nahe zu bringen, wofür sich der Unterricht gut eignet. Denn durch die Textarbeit und dem Besprechen lernen sie nicht nur einen Inhalt, sondern sie lernen auch sich selbst kennen. Lutz von Werder fasst dies passend zusammen:

Philosophische Praxis eröffnet die Chance, die eigene Lebensgeschichte philosophisch zu verstehen und zu erzählen. Philosophische Praxis sollte deshalb auch im Ethik- und Philosophie-Unterricht der Schulen einen Platz finden²³⁹

In Bezug auf den Lehrplan wird deutlich, dass Lehrer zu einer toleranten Grundhaltung im Sinne des interkulturellen Verständnisses beitragen sollen, dazu gehöre das Entwickeln persönlicher Einstellungen, Urteilsvermögen, Kritikfähigkeit, Zivilcourage, respektvoller Umgang mit anders Denkenden und die Bereitschaft zu verantwortungsvollem Handeln. Weiters wird erwähnt, dass die Schüler sich kritisch mit Normalität und Gesundheit auseinandersetzen sollen.²⁴⁰ Die Philosophie als Lebenspraxis ermöglicht eine tolerante Grundhaltung und fördert die Entwicklung persönlicher Einstellungen, da im Miteinander Themen der alltäglichen Lebenspraxis involviert werden. Im Lehrplan wird zudem darauf hingewiesen, dass man methodisch eine Vernetzung von lebensweltlicher Erfahrung und theoretischer Begründungen vornehmen soll.²⁴¹ Dies ist eines der Grundsätze der Arbeit mit dieser Methode. Krankheit und der kranke Mensch sind Teil des Lebens und Sprechen über die Thematik ist eine notwendige Voraussetzung für alle Menschen. Dahingehend eignet sich dieser Ansatz gut für den Themenbereich, da die Inhalte, die nicht als angenehm empfunden werden, mit einem Ansatz verwoben werden, der die Schüler daran erinnert oder verweist, dass Krankheit nicht so weit ist, wie es scheint.

²³⁹ von Werder, Lutz: Beklage dich nicht- philosophiere. Ein Übungsbuch in praktischer Philosophie für Einzelne und Gruppen. 2. Aufl. Berlin: Schibri 2006. S. 13.

²⁴⁰ Vgl. BMBWF: Gesamte Rechtsvorschrift, Fassung 01.09.2019: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%20c3%a4ne%20e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%20c3%b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 197.

²⁴¹ Vgl. BMBWF: Gesamte Rechtsvorschrift, Fassung 01.09.2019: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%20c3%a4ne%20e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%20c3%b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019), S. 198.

4.3.3.2 Relevanz der Methoden für die Thematik

Nach der Festigung der vorherigen Inhalte gilt es, dialogisch-entwickelnd die Wirkung und die Folgen des Krankseins zu betrachten. Dieser Teil mündet in einer ersten Erkenntnis. Die Schüler sollen stets Notizen machen, um offene Fragen in den Dialog einfließen zu lassen. Der Dialog fördert das tiefere Verständnis und Antworten werden nicht vorgegeben, so dass ein gemeinsam entwickelter Prozess vorhanden ist.

Der Text, ein Teil aus dem Aufsatz von Kusch und Ratcliffe, wird als Aufhänger für die Vernetzung aller bislang erwähnten Inhalte zum Abschluss der Thematik gewählt. Es wurde dabei bewusst ein lebensnaher Text gewählt, bei dem *illness* zur Sprache kommt. Einer der Autoren beschreibt darin eingehend seine Krankheitserfahrung. Der Ansatz, Philosophie als Lebenspraxis, fragt u.a. nach gelebten Erfahrungen und ihren Folgen, daher eignet sich der Text und der anschließende Dialog sehr gut. Emotionen können durch diese Methode rationalisiert und eingeordnet werden.

Durch Einzelarbeit und Partnerarbeit soll das selbstständige Denken und das Entwickeln von Haltungen miteinander gestärkt werden.

In der finalen Reflexion wird darauf hingewiesen, dass dieser Themenblock symbolisch für viele weitere Bereiche in der Gesellschaft stehen könnte, wie z.B. den Umgang mit dem Tod, den Umgang mit Behinderung, den Umgang mit Menschen, die eine Fluchterfahrung haben. Die Betonung liegt eben darin, dass mehr Toleranz, mehr Bewusstsein und ein schärferer Blick für die Angelegenheiten entwickelt werden sollen, die alltäglich scheinen. Ein weiterer Fokus liegt eben in der Darstellung der Bewältigungsstrategien, die nicht nur bei schwerwiegender Krankheit greifen, sondern bei vielen widrigen Lebenssituationen. Pierre Hadot fasst es passend zusammen:

Die Bemühung, im Dienste der menschlichen Gemeinschaft zu leben und gerecht zu handeln, stellt ein wesentliches Element eines jeden in der Philosophie begründeten Lebens dar. Mit anderen Worten: Das in der Philosophie begründete Leben bringt eine innere Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft mit sich. [...] Es gilt in der Tat ein kaum erreichbares Gleichgewicht herzustellen zwischen dem inneren Frieden, den die Weisheit vermittelt, und den Leidenschaften, die der Anblick der Ungerechtigkeiten, der Leiden und des Elends der Menschen unweigerlich hervorruft.²⁴²

²⁴² Hadot, Pierre: Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin: Gatzert 1991, S. 176.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die erste Hauptannahme lautete, dass Krankheitsdefinitionen zeit- kultur- und gesellschaftsabhängig sind. Die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von menschlicher Krankheit beeinflussen das Krankheitsverständnis und Krankheitsdefinition stark, was sich einerseits im philosophisch-historischen Sinne und in der allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsdefinition und andererseits in der Medizin, Gesellschaft und Schule nachweisen lässt. Der Mensch möchte Krankheit definieren, weil es ein existentielles Bedürfnis ist, aber es gestaltet sich als äußerst komplex. Durch die Entwicklung des Krankheitsbegriffs von der Antike bis in die Gegenwart konnte im zweiten Kapitel nachgewiesen werden, dass der Begriff sich im philosophisch-historischen Sinn gewandelt hat. Das *Zeitalter der Krankheit* hat durch die technische Entwicklung und der Möglichkeit krankheitsrelevante Werte messbar zu machen, einen starken Einfluss auf das Krankheitsverständnis von heute genommen. Durch die Begriffsunterscheidungen von *disease*, *illness* und *sickness* wurden unterschiedliche semantische Bedeutungen des Begriffs Krankheit aufgezeigt werden. (1) *disease*: Krankheit aus naturwissenschaftlich-biologischer Perspektive, die mit medizinisch-technischen Mitteln pathologisch feststellbar ist, mit der dazugehörenden Sphäre der Außenwelt (2) *illness*: durch das Subjekt konkret erfahrene und erlebte Krankheit aus der psychologisch- subjektiven Perspektive mit der Sphäre Innenwelt. (3) *sickness*: die soziale Perspektive mit der Sphäre Mitwelt auf das Phänomen Krankheit, welches gesetzliche Voraussetzungen schafft, aber auch zu Stigmatisierung in der Gesellschaft führt. In der philosophischen Diskussion wurde unterschieden (I) der naturalistische Krankheitsbegriff und der (II) normative Krankheitsbegriff.

Bei den allgemeinen Krankheits- und Gesundheitsdefinition wurde nachgewiesen, dass z. B, in der WHO-Definition von Gesundheit lediglich das Krankheitsverständnis *disease* verwendet wird, während *illness* und *sickness* nicht benannt werden. Folglich wird deutlich, dass im Allgemeinen ein einseitiges Krankheitsverständnis vorhanden ist. Die Krankheitsdefinitionen in der Medizin sind stark vom Selbstverständnis der Medizin, als Natur- oder Geisteswissenschaft, abhängig. So wurde gezeigt, dass das Krankheitsverständnis *disease* innerhalb der Medizin verbreitet ist und die anderen Bedeutungsebenen weniger Einfluss haben. Es wurde darauf hingewiesen, dass innerhalb der Medizin *illness* eingebunden werden sollte, da *disease* nicht das gesamte Spektrum von Krankheit abdeckt. Tendenziell ist *disease* und *sickness* innerhalb der Gesellschaft

anerkannter als *illness*. Bei den Krankheitsdefinitionen in der Gesellschaft und Schule wurde deutlich, dass jedes Mitglied erkranken kann und daher eine Notwendigkeit besteht, sich mit den unterschiedlichen Krankheitsverständnissen auseinanderzusetzen. Die Gesellschaft hat eine verstärkte Tendenz *disease* als Krankheitsverständnis anzunehmen. Krankheit hat eine negative Konnotation innerhalb der Gesellschaft, was zur Stigmatisierung der Kranken führen kann.

Die zweite Annahme lautete, dass die unterschiedlichen Bedeutungsebenen von Krankheit eine für sich spezifische Form der Darstellung und des Umgangs mit Krankheit und Kranksein bedingen, die in der Medizin, Gesellschaft und in der Schule aufzufinden sind, und wurde im dritten Kapitel behandelt. Im Umgang mit kranken Menschen durch das medizinische Personal wurde deutlich, dass die medizinische Ausbildung Mediziner eher zu einem Krankheitsverständnis von *disease* leitet. Durch die Ärztetypen von Mitscherlich konnte gezeigt werden, dass der medizinische Forscher fast ausschließlich *disease* unter Krankheit versteht im Vergleich zum freipraktizierenden Arzt, der *illness* in sein Krankheitsverständnis noch einbindet durch den direkten Patientenkontakt. Die Arzt-Patienten-Beziehung zeichnet sich ein asymmetrisches Machtverhältnis aus, wobei der Patient dem Arzt unterlegen ist. Dieses Machtverhältnis zeigt sich symbolisch auch im Krankenhaus, wenn der Patient alleine im Krankenbett liegt und die Ärzte um den Patienten stehen und förmlich den Patienten wie ein Objekt begutachten. Hieran ist erneut erkenntlich, dass *disease* häufig prägend ist in der Medizin. Ein weiterer Grund für dieses Krankheitsverständnis liegt in dem Selbstverständnis der Medizin als Naturwissenschaft. Im optimalen Fall sollte der Arzt nach Victor-Emil von Gebattel Mitmensch, technischer Vollstrecker und personaler Partner des Kranken sein, d. h. *disease* und *illness* verbinden. Im Umgang des kranken Menschen mit dem medizinischen System konnte gezeigt werden, dass es wichtig ist, dass man sich über die eigene Krankheit informiert, um als mündiger Patient auftreten zu können. Das bedeutet, dass es Patienten nicht genügt ein Wissen von *illness* zu haben, sondern auch Wissen über *disease* notwendig ist, um die richtige Entscheidung bei der Therapie treffen zu können.

Im Umgang mit Krankheit in der Schule konnte gezeigt werden, dass Krankheit eine soziale Ebene hat, nämlich *sickness*, die nicht zu unterschätzen ist. Durch die negativen Reaktionen der sozialen Gefüge wird erkrankten Menschen, die es oft aufgrund der Krankheit schon nicht einfach haben, das Leben noch weiter erschwert. Daher gilt es als wichtig, das Schweigen über Krankheiten zu brechen und Interesse auch bei den

gesunden Mitgliedern zu wecken, um sich über Krankheit und ihrer Bedeutungen zu informieren. Das Krankheitsverständnis *disease* hat sich auch gesellschaftlich durchgesetzt und führt zu den oben erwähnten Umgangsformen mit kranken Menschen. Kranke fühlen sich oft tabuisiert und stigmatisiert durch die Gesellschaft. Die richtige Reaktion auf Krankheit zu zeigen, fällt vielen schwer. So bewegt sich die Reaktion von Ekel, Abwehr, Betroffenheit bis hin zu einem von oben herabwirkenden Mitleid. Philosophie und philosophiedidaktische Methoden können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, um die Stigmatisierung zu reduzieren. Folglich gehört es zu den Aufgaben der Gesellschaft, Krankheit öffentlich zu thematisieren und sich damit auseinanderzusetzen.

Die dritte Annahme lautete, dass Kranksein, seine Wirkung und Folgen bestimmte Handlungen von der erkrankten Person verlangen, aber auch von der Medizin, Gesellschaft und Schule, um gemeinsam die negativen Konsequenzen für erkrankte Menschen zu minimieren und einen wertschätzenden Umgang zu fördern. Diese Annahme wurde im vierten Kapitel bearbeitet. Grundlegend für die Wirkung und Folgen des Krankseins ist die Akzeptanz des Krankseins. Häufig wird aus psychologischen und gesellschaftlichen Gründen die Krankheit nicht angenommen, weil man die naturgegebene Vulnerabilität des Menschen nicht akzeptiert hat. Unsichere Zukunftsfragen und -ängste bedrücken schwerkranke Menschen. Die fünf Verluste nach S. Kay Toombs sind wichtig: (1) Verlust der Ganzheit, (2) Verlust der Sicherheit, (3) Verlust der Freiheit zu handeln, (5) Verlust der vertrauten Welt. Eine entscheidende Veränderung im Leben der kranken Person erfolgt, weil sie mit dem Eintritt der Krankheit ihren eigenen Körper, der bislang transparent war, nun bewusst wahrnimmt, z. B. durch Schmerzen, und einen Weg finden muss, um sich damit zu arrangieren. In den Zukunftsoptionen wurde ausgeführt, dass es durchaus Hoffnung für den kranken Menschen gibt. Hoffnung meint in diesem Kontext, die Bereitschaft, dass jeden Moment etwas Unerwartetes passieren kann. Der kranke Mensch, besonders wenn er ein hoffender kranker Mensch ist, fokussiert sich nicht rein auf die Verluste, die er erlitten hat, sondern auf das, was er noch hat. Mit den Möglichkeiten, die man noch hat, können auch Momente des Glücks geschaffen werden bzw. Glückseligkeit erreicht werden.

Um einen neuen Umgang mit Krankheit und Kranksein zu etablieren, scheint es zunächst notwendig, dass Krankheit als Teil des Daseins aller Menschen akzeptiert wird. Eine Bewusstmachung der naturgegebenen Vulnerabilität ist eine wichtige Voraussetzung. Im weiteren ist es notwendig, dass sowohl kranke als auch gesunde Menschen

Bewältigungsstrategien entwickeln. Krankheit führt zu einer Veränderung im Alltag, dieser neue Alltag erfordert neue Wege, die es zu ergründen gilt. Das Reden über Krankheit ist ein doppelter Gewinn: erstens profitieren die erkrankten Personen, da sie ihrer Situation Ausdruck verleihen und zweitens die gesunden Personen, da sie im gegenseitigen Dialog, Information und Eindrücke über Krankheit und Kranksein erhalten. Im Dialog erhält *illness* ein Sprachrohr. In der jeweiligen Krankheitserfahrungen können Schicksal oder Gott wichtige Stützen sein. In jedem Fall scheint es wichtig, innere Kräfte zu mobilisieren und Dinge zu tun, die die Person in eine positive Stimmung geleitet. Die Gesellschaft und die Medizin haben ihre klaren Aufgaben: (1) Räume für Dialoge schaffen (2) verändertes Krankheitsbild erzeugen (3) die Philosophie als Unterstützer nutzen. Durch das Schaffen von Räumen für Dialoge wird das Schweigen gebrochen und es bilden sich Möglichkeiten des Austausches. Erkrankte Personen haben häufig den Wunsch, verstanden zu werden, und dies ist nur durch Gespräche möglich. Diese Gespräche sind einerseits im sozialen Gefüge, aber auch im medizinischen Bereich notwendig. Ein verändertes öffentliches Krankheitsbild ist erforderlich, um Diskriminierungen zu verhindern und das Leben der erkrankten Personen zu erleichtern, auch im Hinblick darauf, dass man selbst „gefährdet“ ist zu erkranken. Somit kann die Krankheit als öffentliches Thema genutzt werden, um sich der eigenen Verletzlichkeit bewusst zu werden. Bauer führt diesbezüglich fünf notwendige Punkte an: (1) Sehen und Gesehenwerden, (2) gemeinsame Aufmerksamkeit gegenüber etwas Drittem, (3) emotionale Resonanz, (4) gemeinsames Handeln und (5) wechselseitiges Verstehen von Motiven und Absichten. Die Medizin kann seinen Beitrag dahingehend leisten, dass neben *disease* auch *illness* ernst genommen wird. Die Philosophie hingegen kann die Bedingungen oder Möglichkeiten schaffen, in denen miteinander geredet wird. Die Philosophie kann keine absolute Lösung erbringen, kann aber durch ihre Eigenart, Fragen zu stellen, zum Nachdenken anregen.

Bei der didaktischen Umsetzung wurde bei jedem Kapitel eine bestimmte philosophiedidaktische Methode gewählt, die aus dem Ansatz des Dialogisch-Pragmatischen entstammt, das von Ekkehard Martens konzipiert wurde. Dieser Ansatz strebt danach, dass Schüler zum Selbstdenken animiert werden und im Unterricht das Philosophieren als gemeinsamer Prozess im Gespräch vollzogen wird.

Der Ansatz des Sokratischen Gesprächs beinhaltet einerseits das gemeinsame Philosophieren, aber auch das Argumentieren, welches für die Philosophie grundlegend

ist. Im Rahmen des ersten Kapitels wurde daher versucht mit Fragen sich der Krankheitsdefinitionen zu nähern. Dabei gilt es Vorwissen der Schüler zu aktivieren und sie zu bitten ihre Krankheitsdefinition zu notieren. Wesentliche Krankheitsdefinitionen sollten mit den Schülern gemeinsam ausgearbeitet, so dass am Ende der Doppelstunde eine Reflexion der einhergehenden eigenen Krankheitsdefinition erfolgt. Die Begriffe *disease*, *illness* und *sickness* sollten ausreichend geklärt werden, damit sie als Basis für die Argumentation dienen können. Der Dialog ermöglicht ein tiefgehendes Verständnis von den Krankheitsdefinitionen, da Wissen nicht von der Lehrkraft theoretisch benannt wird, sondern die Schüler im Wissenserwerb integriert sind.

Die zweite Methode, das theatrale Philosophieren, wurde im Themenblock „Umgang mit Krankheiten“ eingesetzt. Dabei gilt es, dass mit Szenen- und Rollenspielen den Umgang mit Krankheit durch die Schüler plastisch zu machen. Diese Art der eigenen Erfahrung durch eine künstlich geschaffene Fremderfahrung, führt zu einer intensiven Erkenntnis. Solche Übungen fördern vor allem soziale Kompetenzen und die Empathiefähigkeit. Sowohl die freiwilligen Schüler, die die Rollen einnehmen, als auch die restlichen Schüler werden direkt Zeuge des Umgangs. An jede Szene wurde ein Dialog angeschlossen, in denen die spielenden Schüler einerseits ihre Erfahrungen und Erkenntnisse artikulieren, aber auch die zuschauenden Schüler ihre Eindrücke und Verbindungen zu den bislang erworbenen Krankheitstheorien einbinden können. Jede gespielte Szene wurde weiters mit einer theoretischen Grundlage verbunden, so dass die gelebte Erfahrung mit der Theorie zu einem Gesamtpaket verschweißt. Bei einer Übung spielen alle Schüler im Klassenverband mit, so dass jeder die Erfahrung als Patient im Krankenhaus miterlebt, aber auch die Rolle des Arztes einnimmt.

Der dritte Ansatz Philosophie als Lebenspraxis/ Philosophische Praxis wurde im letzten Themenblock eingesetzt. Dabei gilt es, mit Hilfe von Dialogen unterschiedliche Bewältigungsstrategien und Möglichkeiten eines neuen Umgangs gemeinsam zu entwickeln, v.a. im Hinblick auf eine lebensnahe Problematik. Im Anschluss wird der Text von Kusch und Ratcliffe als Basis für die weitere Diskussion genommen. Dieser Text dient als Aufhänger, um alle bislang erworbenen Inhalte und Methoden in einem gemeinsamen Dialog zu verwenden.

Zusammenfassend lässt sich bestätigen, dass alle drei Methoden für die Umsetzung dieser Thematik geeignet sind. Wichtig ist jedoch, dass man als Lehrperson bereits eingelesen

ist und vielleicht ein wenig Erfahrung mit diesen Methoden besitzt, damit die Umsetzung auch tatsächlich gut funktioniert.

Die didaktische Umsetzung hat sich in dieser Diplomarbeit lediglich mit dem Lernort der Schule auseinandergesetzt, aber sowohl die Thematik als auch die Methoden verweisen klar auf außerschulische Möglichkeiten.

Aus systematischen und bildungspolitischen Gründen ist daher (mindestens) an folgende sechs Lernorte für Philosophie zu erinnern: (1) gymnasiale Oberstufe, (2) untere Schuljahre (bis hin zur „Kinderphilosophie“), (3) Hochschule, (4) Erwachsenenbildung, (5) öffentliche Medien und (6) Alltag.²⁴³

Hieran wird deutlich, dass es viel mehr Lernorte für Philosophie und diese Thematik gibt. Die oben benannten Methoden lassen sich viel intensiver durchleben, wenn sie nicht durch die Zeit, 50 Minuten pro Unterrichtsstunde, und vor allem nicht von der Benotung abhängen müssen, wie es für Schulen üblich ist. Eine erste Möglichkeit um diese Methoden für diese und weitere Themen einzubauen, wären Philosophie Arbeitsgruppen in der Schule. In denen können Schüler und Lehrer zusammentreffen und gemeinsam Philosophieren. Innerhalb der schulischen Umsetzung gibt es weiterhin Möglichkeiten, den Unterricht ggf. innerhalb eines Projektes an einen anderen Ort zu verschieben. Bei der Krankheitsthematik würde sich ein Krankenhaus oder ein Hospiz anbieten. Dort kann die philosophische Auseinandersetzung mit der Thematik vertieft werden. Sicherlich ist es auch möglich, Gäste in den Philosophieunterricht einzuladen, dabei würden sich Ärzte anbieten, die ihre Sicht der Dinge darstellen.

Außerschulisch bieten sich Philo-Cafés an, in denen Menschen unterschiedlicher Herkunft, Bildungsgrad zusammenkommen, um zu philosophieren. Bei dieser Art der Methoden müssen die Teilnehmer nicht über ein großes philosophisches Wissen verfügen, sondern müssen bereit sein zu philosophieren.

Es bietet sich außerschulisch auch die Möglichkeit an, Philosophische Praxen zu besuchen, in denen in kleinen Gruppen oder zu zweit die Thematik bearbeitet wird.

Zum Schluss muss betont werden, dass man sowohl die Thematik als auch die Methode altersunabhängig einsetzen kann. Mit der Vereinfachung der Inhalte ist es auch möglich in der Grundschule mit den Kindern zu philosophieren. Ebenfalls ist ein Philosophieren zu dem Thema im Altersheim möglich. Folglich ist es möglich mit entsprechenden

²⁴³ Martens, Ekkehard: Dialogisch-pragmatische Philosophiedidaktik 1979, S. 5.

Anpassungen für jede Gruppe, unabhängig, ob sie homogen ist oder nicht, eine Didaktisierung anzusetzen, die es ermöglicht über Krankheit oder andere Themen gemeinsam zu philosophieren.

6. Literaturverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Akashe-Böhme, Farideh/ Böhme, Gernot: Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen. München: Beck 2005.
- Aristoteles: Die Nikomachische Ethik. Griechisch-deutsch. Übersetzt von Olof Gigon, neu hrsg. von Rainer Nickel. (Sammlung Tusculum) 2.Aufl., Düsseldorf: Artemis& Winkler 2007.
- Bauer, Joachim: Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. 5. Aufl. Hamburg: Hoffmann und Campe 2007.
- Bauer, W. Axel: Gesundheit als normatives Konzept in medizintheoretischer und medizinhistorischer Perspektive. In: Biendarra, Ilona/ Weeren, Marc (Hg.): Gesundheit – Gesundheiten? Eine Orientierungshilfe. Würzburg: Königshausen& Neumann 2009, S. 31-58.
- Beauchamp, Tom L.: Prinzipien und andere aufkommende Paradigmen in der Bioethik. In: Rauprich, Oliver/ Steger, Florian (Hg.): Prinzipienethik in der Biomedizin. Moralphilosophie und medizinische Praxis. Frankfurt am Main: Campus 2005, S. 48-73.
- Beck, Matthias: Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn/ München/ Wien/ Zürich: Schöningh 2000.
- Bieganski, W: Der Krankheitsbegriff. In: Rothsuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 102-124.
- Birnbacher, Dieter: Philosophie als sokratische Praxis: Sokrates, Nelson, Wittgenstein. In: Birnbacher, Dieter/ Krohn, Dieter (Hg.): Das sokratische Gespräch. Stuttgart: Reclam 2012, S. 140-165.
- Bleicher, Joan K./ Lampert, Claudia: Gesundheit und Krankheit als Themen der Medien- und Kommunikationswissenschaft – eine Einleitung. In: Medien & Kommunikationswissenschaft 51. Jahrgang 3-4 (2003), S. 347-352.
- Bluhm, Robyn/ Borgerson, Kirstin: Evidence-Based-Medicine. In: Gifford, Fred (Hg.): Handbook of Philosophy of Science. Volume 16 Philosophy of Medicine. Amsterdam: Elsevier 2011, S. 203 – 238.
- Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung. Hamburg: Junius 2016.
- Carel, Havi: Can I Be Ill and Happy? In: Philosophia Band 35 (2007), S. 95-110.
- Carel, Havi: Phenomenology of Illness. Oxford: Oxford University 2016.
- Dalferth, Ingolf U.: Hoffnung. Berlin/ Boston: de Gruyter 2016.
- Engelhard von, Dietrich: Krankheit als Schicksal und Chance. Wandel und Kontinuität im Spiegel der Medizin- und Kulturgeschichte. In: Maio, Giovanni (Hg.): Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizintechnischer Gestaltbarkeit. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Herder 2011, S.146-175.

- Engelhardt Jr., H. Tristram: Die Begriffe „Gesundheit“ und Krankheit“. In: Schramme, Thomas (Hg.): Krankheitstheorien. 1.Aufl. Berlin: Suhrkamp 2015, S. 41-62.
- Felder, Marcel/ Kramer-Länger, Mathis/ Lille, Roger/ Ulrich, Ursula: Studienbuch Theaterpädagogik. Grundlagen und Anregungen. Zürich: Publikationsstelle an der Pädagogischen Hochschule 2013.
- Fleck, Ludwig: Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Mit einer Einleitung hrsg. von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Berlin: Suhrkamp 1983.
- Gadamer, Hans-Georg: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993.
- Gebattel von, Viktor-Emil: Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung. In: Rothschild, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 234-255.
- Gefert, Christian: Didaktik theatralen Philosophierens. Untersuchungen zum Zusammenspiel argumentativ- diskursiver und theatral-präsentativer Verfahren bei der Textöffnung im philosophischen Bildungsprozessen. Dresden: Thelem 2002.
- Gelhaus, Petra: Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Eine Skizze. In: Rothhaar, Markus/ Freweg, Andreas (Hg.): Das Gesunde, das Kranke und die Medizinethik. Moralische Implikationen des Krankheitsbegriffs. Stuttgart: Franz Steiner, 2012, S. 133-147.
- Hadot, Pierre: Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin: Gatz 1991.
- Heidegger, Martin: Die Zeit des Weltbildes. In: Holzwege. Frankfurt: Klostermann 1950, S. 69- 97.
- Hofmann, Bjørn: Disease, Illness, and Sickness. In: Solomon, Miriam/ Simon, Jeremy R./ Kincaid, Harold (Hg.): The Routledge Companion to Philosophy of Medicine. New York: Taylor & Francis 2017, S.16-26.
- Imhof, Michael: Krankheit und Zeit. Eine Philosophie der Medizin. Lengerich: Pabst Science Publishers 2018.
- Jores, Arthur: Der Mensch und seine Krankheit. Grundlagen einer anthropologischen Medizin. Stuttgart: Ernst Klett 1956.
- Kaelin, Lukas: Adornos Begriff der Autonomie und die Medizin. In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M. Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014. S. 19-28.
- Kaelin, Lukas: Macht in der Medizin- eine Philosophische Perspektive. In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M. Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014, S. 43-50.

- Kant, Immanuel: Kritik der reinen Vernunft. Hrsg. von Jens Timmermann. Hamburg: Meiner 1998.
- Kathan, Bernhard: Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Wien: Döcker 1999.
- Kellehear, Allan: The Inner Life of the Dying Person. New York/ Chichester/ West Sussex: Columbia University 2014.
- Kluge, Friedrich: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Unter Mithilfe von Max Bürgisser u. Bernd Gregor völlig neu bearbeitet von Elmar Seebold. 22. Aufl. Berlin/ New York: de Gruyter 1989.
- Knapp, Guntram: Über die Krankheit. Inaugural – Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. München: Tausch U.B. 1967.
- Koch, Gerd/ Streisand, Marianne (Hg.): Wörterbuch der Theaterpädagogik. Berlin: Schibri 2003.
- Koch, Robert: Sinn des Krankseins. In: Rothsuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 127-153.
- Krämer, Christian: Philosophische Praxis für die Fachdidaktik Ethik und Philosophie. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften 2013.
- Kusch, Martin/ Ratcliffe, Matthew: The World of Chronic Pain: A Dialog. In: Aho, Kevin (Hg.): Existential Medicine. Essays on Health and Illness. London: Rowman & Littlefield 2018, S.61-80.
- Küsters, Gerd-Walter: Dialog-Prinzip des Philosophieunterrichts oder des Philosophierens? Zur Frage der Gesprächsführung im Philosophieunterricht. In Rehfus, Wulff D./ Becker, Horst (Hg.): Handbuch des Philosophie-Unterrichts. Düsseldorf: Schwann 1986, S. 302- 314.
- Lanzerath, Dirk: Krankheitsbegriff, Anthropotechnik und die Grenzen ärztlichen Handelns. In: Maio, Giovanni/ Clause, Jens/ Müller Oliver (Hg.): Mensch ohne Maß? Reichweite und Grenzen anthropologischer Argumente in der biomedizinischen Ethik. Freiburg/ München: Karl Alber 2008, S. 154-175.
- Lenz, Petra: Der theoretische Krankheitsbegriff und die Krise der Medizin. Wiesbaden: J. B. Metzler 2018.
- Lenz, Petra: Was ist Krankheit? Ein Antwortversuch mit der Anthropologie von Helmuth Plessner. In: Ebke, Thomas/ Schloßberger, Matthias: Dezentrierungen. Zur Konfrontation von Philosophischer Anthropologie, Strukturalismus und Poststrukturalismus. In: Accarina, Bruno/ de Mul, Jos/ Krüger, Hans-Peter (Hg.): Internationales Jahrbuch für Philosophische Anthropologie. Band 3 2011/2012. Berlin: Akademie 2012, S. 303-326.
- Liebau, Eckart: Theatrale Bildung. Produktions- und rezeptionsästhetische Perspektiven der darstellenden Künste. In: Schneider, Wolfgang (Hg.): Theater und Schule. Bielefeld: transcript 2009.

- Lindseth, Anders: Zur Sache der Philosophischen Praxis. Philosophieren in Gesprächen mit ratsuchenden Menschen. 2. Aufl. Freiburg/ München: Karl Alber 2017.
- Maio, Giovanni: Gefangen im Übermaß an Ansprüchen und Verheißungen. Zur Bedeutung des Schicksals für das Denken der modernen Medizin. In: Maio, Giovanni (Hg.): Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Herder 2011, S. 10-48.
- Maio, Giovanni: Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg im Breisgau: Herder 2015.
- Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege. 2. überarbeit. u. erweitert. Aufl. Stuttgart: Schattauer 2017.
- Martens, Ekkehard: Einführung in die Didaktik der Philosophie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1983.
- Martens, Ekkehard: Methodik des Ethik- und Philosophieunterrichts. Philosophieren als elementare Kulturtechnik. 3. Aufl. Hannover: Siebert 2007.
- Martens, Ekkehard: Dialogisch-pragmatische Philosophiedidaktik. Hannover: Schroedel 1979.
- Martens, Ekkehard: Philosophieunterricht als Problem- und Lerngeschichte. Ein dialogisch-pragmatischer Ansatz. In: Rehfus, Wulff D./ Becker, Horst (Hg.): Handbuch des Philosophie-Unterrichts. Düsseldorf: Schwann 1986, S. 89-97.
- Mitscherlich, Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1967
- Neißer, Barbara: Das sokratische Gespräch im Philosophieunterricht der Sekundarstufe II. In: Birnbacher, Dieter/ Krohn, Dieter (Hg.): Das sokratische Gespräch. Stuttgart: Reclam 2012, S. 198-214.
- Neumann, Josef J.: Medizin als kulturbestimmte Praxis. Eine Auseinandersetzung mit den historisch-sozialen Ansatz der Medizinthorie von Ludwig Fleck. In: Choluj, Bozena/ Joerden, Jan C. (Hg.): Von der wissenschaftlichen Tatsache zur Wissensproduktion. Ludwig Fleck und seine Bedeutung für die Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Peter Lang 2007, S. 163 – 189.
- Pfeifer, Volker: Didaktik des Ethikunterrichts. Bausteine einer integrativen Wertevermittlung. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2009.
- Riedel, Manfred/ Seubert, Harald: Einführung in die Philosophie. Hrsg. von Friedemann Sprang. Köln/ Weimar/ Wien: Böhlau 2015.
- Rohbeck, Johannes: Philosophische Methoden im Unterricht. In: Meyer, Kirsten (Hg.): Texte zur Didaktik der Philosophie. Stuttgart: Reclam 2010, S. 237-254.
- Rothschuh, Karl E.: Der Krankheitsbegriff. In: Rothschuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 397 – 420.

- Rothschuh, Karl E.: Einleitung. In: Rothschuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 1-10.
- Schmid, Wilhelm: Das Leben verstehen. Von den Erfahrungen eines philosophischen Seelsorgers. Berlin: Suhrkamp 2016.
- Schramme, Thomas: Einleitung: Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ in der philosophischen Diskussion. In: Schramme, Thomas (Hg.): Krankheitstheorien. 1.Aufl. Berlin: Suhrkamp 2015, S. 9-37.
- Sommaruga, Simonetta: Politik – Macht – Medizin: eine Bestandsaufnahme. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hg.): Medizin und Macht. Die Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel: mehr Entscheidungsfreiheit? Bern: Peter Lang 2007, S. 93-100.
- Springhart, Heike: Der verwundbare Mensch. Sterben, Tod und Endlichkeit im Horizont einer realistischen Anthropologie. Tübingen: Siebeck 2016.
- Steenblock, Volker: Philosophische Bildung. Einführung in die Philosophiedidaktik und Handbuch: Praktische Philosophie. Münster: Lit 2013.
- Svenaesus, Fredrik: Phenomenological Bioethics. Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive. Oxon: Routledge 2018.
- Tetens, Holm: Argumentieren lernen. Eine kleine Fallgeschichte. In: Meyer, Kirsten (Hg.): Texte zur Didaktik der Philosophie. Stuttgart: Reclam 2010, S.198-214.
- Twaddle, Andrew C.: Sickness and the Sickness Career: Some Implications. In: Eisenberg, Leon/ Kleinman, Arthur (Hg.): The Relevance of Social Science for Medicine. Culture, Illness, and healing 1. Dordrecht: D. Reidel 198, S. 111 – 133.
- von Werder, Lutz: Beklage dich nicht- philosophiere. Ein Übungsbuch in praktischer Philosophie für Einzelne und Gruppen. 2 Aufl. Berlin: Schibri 2006.
- Waldenfels, Bernhard: Einführung in die Phänomenologie. Paderborn: Fink 1992.
- Walser, Angelika: Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Verantwortung. Die Autonomie von Frauen in bioethischen Konfliktfeldern. In: In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M., Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014, S. 29-40.
- Weizsäcker von, Viktor: Der Arzt und der Kranke. In: Rothschuh, Karl E. (Hg.): Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1975, S. 214-232.
- Windscheid, Eike Christoph: Rückkehr und Reintegration nach psychischer Erkrankung. Soziale Gelingensbedingungen und Hemmnisse betrieblicher Wiedereingliederung. Wiesbaden: Springer 2019.
- Zehetner, Bettina: Krankheit und Geschlecht. Feministische Philosophie und psychosoziale Beratung. Wien/ Berlin: Turia + Kant 2012.

Internetquellen

- Becker-Mrotzek, Michael/ Schneider, Frank/ Tetling, Klaus: Fachliche Unterrichtsentwicklung Deutsch. Argumentierendes Schreiben – lehren und lernen. Qualitäts- und UnterstützungsAgentur- Landesinstitut für Schule Nordrhein-Westfalen (Hg.). Soest 2018, S. 3
https://www.schulentwicklung.nrw.de/cms/upload/netzwerk_NfUE/deutsch/argumentieren_einfuehrung_lang.pdf (26.09.2019)
- Bundesministerium Bildung, Wissenschaft und Forschung: Gesamte Rechtsvorschrift für Lehrpläne – allgemeinbildende höhere Schulen, Fassung vom 23.07.2019, Anlage A, Lehrplan der allgemeinbildenden Höheren Schule, Erster Teil, Allgemeines Bildungsziel unter dem dritten Punkt „Leitvorstellungen“:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008568> (letzter Aufruf 23.07.2019)
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Gesamte Rechtsvorschrift für Lehrpläne- allgemeinbildende höhere Schulen, Fassung vom 01.09.2018:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008568/Lehrpl%3%a4ne%20%e2%80%93%20allgemeinbildende%20h%3%b6here%20Schulen%2c%20Fassung%20vom%2001.09.2018.pdf?FassungVom=2018-09-01> (letzter Aufruf 26.09.2019)
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Lehrplan der AHS-Oberstufe Deutsch:
https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_neu_ahs_01_11853.pdf?61ebzj (letzter Aufruf: 28.09.2019).
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Psychologie und Philosophie:
https://bildung.bmbwf.gv.at/schulen/unterricht/lp/psycho_philo_ost_7052.pdf?61ebyp (letzter Aufruf 26.09.2019).
- Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (Hg.): Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Allgemeinbildende höhere Schule:
https://www.oesterreich.gv.at/themen/bildung_und_neue_medien/schule/2/Seite.1760160.html (letzter Aufruf 26.09.2019).
- World Health Organization: Constitution. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (letzter Aufruf 23.07.2019) Bibliographie nach eigenen Angaben der WHO: Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no.2, p.100) and entered into force on 7 April 1948.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tabelle von Bjørn Hofmann: S. 26

Abbildung 2: Krankheitsdiagramm von Karl E. Rothschuh: S. 43.

7. Anhang

Arbeitsblatt 1: Krankheitsdefinitionen: Was kann ich wissen?

1. Was ist Krankheit?

Notieren Sie Ihre Definition von Krankheit in die untere Box.

Erste Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus dem gemeinsamen Dialog.

2. Welche Krankheiten gibt es?

- Notieren Sie die fünf häufigsten Antworten aus dem Unterricht.
- Ordnen Sie die Krankheiten nach ihrem Schweregrad von 1(=sehr schwer) bis 5(=minimal schwer) ein und begründen Sie Ihre Antwort stichwortartig.
- Vergleichen Sie Ihre Rangliste und die Begründungen mit ihrem Sitznachbarn.

Krankheit	Rangliste	Begründung

Zweite Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus dem gemeinsamen Dialog.

3. Krankheit= *disease, illness* und *sickness*?

a. Notieren Sie wichtige Informationen aus dem Vortrag.

	<i>Disease</i>	<i>Illness</i>	<i>Sickness</i>
Definition	Leid und Not, unabhängig davon, ob die Person die Krankheit bemerkt oder nicht.	Sich krank fühlen	Sozialer Status der Krankheit
Akteure	Ärzte, medizinisches und Pflegepersonal	Die eigene Person	Gesellschaft, Institutionen, Gesetzesgeber
Grundlegendes Phänomen	Körperliche, geistige, genetische oder umweltbedingte Vorkommnisse	Subjektive Erfahrung, negative Selbsterfahrung, Schmerz, Leiden	Soziale Vorurteile, Soziale Konventionen, Normen, Rollen und Erwartungen
Zugang zum Phänomen	Überwachung, Untersuchung, Messungen durch die Naturwissenschaft und Verwendung technischer Mittel	Selbstbeobachtung, Intuition (phänomenologisch) Interaktion (sprachlich) Psychische Verfassung (psychologisch)	Beteiligung, Interaktion, soziale Studien
Wissensstatus	Objektiv	Subjektiv	Inter-subjektiv
Wunschziel	Heilung	Schutz	Gerechte Verteilung der Ressourcen
Resultiert in:	Untersuchungen, Diagnostik, Behandlung	Aufmerksamkeit, Unterstützung, moralische und soziale Ausreden, verminderte Verantwortlichkeit	Finanzielle Unterstützung und finanzieller Ausgleich, mögliche Diskriminierung und Stigmatisierung
Beispiele	Aufgrund einer Blutuntersuchung festgestellter Eisenmangel	Kopfschmerzen, die es einem nicht mehr erlauben aus dem Bett aufzustehen.	Die Möglichkeit bei Erkrankung vom Unterricht befreit zu werden, aber auch die Möglichkeit aufgrund der Krankheit ausgelacht zu werden innerhalb der Klasse. ²⁴⁴
Notizen/ weitere Beispiele:			

²⁴⁴ Vgl.: Hofmann, Bjørn: Disease, Illness, and Sickness. In: Solomon, Miriam/ Simon, Jeremy R./ Kincaid, Harold (Hg.): The Routledge Companion to Philosophy of Medicine. New York: Taylor & Francis 2017, S.18

- b. Ordnen Sie folgende Krankheitsdefinitionen zu *disease*, *illness* oder *sickness* zu und begründen Sie Ihre Antwort.

Krankheitsdefinitionen	Zuordnung	Begründung
(1) Health is a state of complete physical, mental and social well-being and nor merely the absence of disease or infirmity.		
(2) Krankheit ist eigentlich eine Abweichung von der physiologischen Norm, die mit medizinisch-technischen Mitteln festgestellt wird.		
(3) Krankheit ist nicht nur eine objektivierbare Funktionsstörung, sondern etwas, das die Gesellschaft aufgrund bestimmter Vorstellungen eines guten Lebens definiert.		
(4) Krankheit wird durch die Empfindung des kranken Menschen definiert.		
(5) Krankheit ist eine Art Urlaub, um den täglichen Verpflichtungen zu entkommen.		
(6) Krankheit ist ein Phänomen, das bei allen Menschen vorhanden ist. Deshalb ist Krankheit ein Teil des menschlichen Daseins.		
(7) Krankheit ist ein von Gott gesandtes Phänomen.		

Dritte Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus dem gemeinsamen Dialog.

--

Arbeitsblatt 2: Umgang mit Krankheit: Was soll ich tun?

1. Arzt- Patienten²⁴⁵-Beziehung

Notieren Sie Ihre Eindrücke in Bezug auf die gespielten Szenen.

Szene

3 Ärztetypen nach Alexander Mitscherlich²⁴⁶

Notieren Sie einige Merkmale aus dem Vortrag.

Typ 1 =	Typ 2 =	Typ 3 =

Erste Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis zu der Szene in Verbindung mit den Ärztetypen.

²⁴⁵ Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird die männliche Form benutzt, soll jedoch geschlechtsneutral für weibliche und männliche Personen gelten.

²⁴⁶ Mitscherlich, Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1967, S. 40.

2. Krankenhausvisite

- a. Bilden Sie Gruppen zu 4-5 Personen und leeren Sie einen Tisch.

Situation:

Sie befinden sich gerade mit einer schwerwiegenden Krankheit im Krankenhaus. Bei der morgendlichen Krankenhausvisite kommen ein Facharzt, zwei auszubildende Medizinstudenten und eine Krankenschwester an ihr Bett, um sie zu untersuchen.

- b. Eine Person legt sich auf den Tisch und nimmt die Position des Patienten ein. Die restlichen Gruppenmitglieder teilen sich die Rollen Facharzt, Medizinstudenten und Krankenschwester auf.
- c. Das medizinische Fachpersonal redet über die Krankheit des Patienten untereinander. Sie stellen Fragen an den Patienten und wünschen eine Antwort. Der Patient versucht, Fragen zu stellen, die jedoch unbeantwortet bleiben.
- d. Wenn das Klatschen einsetzt, nimmt das nächste Mitglied die Rolle des Patienten ein und alle Rollen verschieben sich.

Zweite Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis zu der gespielten Szene in Verbindung mit dem Machtverhältnis in der Medizin nach Kaelin.

3. Umgang mit kranken Menschen in der Gesellschaft und Schule

Notieren Sie Ihre Eindrücke in Bezug auf die gespielten Szenen.

Szene 1	Szene 2	Szene 3

Dritte Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus den gespielten Szenen.

--

Hausübung

Lesen Sie die Text auf der Textbeilage 2 von Bernhard Kathan und notieren Sie drei für Sie relevante Erkenntnisse.

(Anmerkung: Notieren Sie zu Ihrer Erkenntnis auch die dazugehörige Seite aus dem Text)

1. Erkenntnis
2. Erkenntnis
3. Erkenntnis

Rollenkarten für den Themenblock: „Umgang mit Krankheit“

Arzt-Patienten-Beziehung (Rollenkarten)

Ausgangssituation:

Krebspatient (weit fortgeschritten) beim Arzt, um ein paar Fragen zu klären und weitere Therapie zu besprechen. Arzt und Patient sitzen klassisch am Tisch.

Rolle 1: Patient

- Vor kurzem informiert über die Krebsdiagnose, die bereits fortgeschritten ist.

Ausgangssituation:

Krebspatient (weit fortgeschritten) beim Arzt, um ein paar Fragen zu klären und weitere Therapie zu besprechen. Arzt und Patient sitzen klassisch am Tisch.

Rolle 2: Arzt

- Arzt hat vor kurzer Zeit dem Patienten mitgeteilt, dass der Krebs bereits sehr fortgeschritten ist.

Reaktionen auf kranke Menschen (Rollenkarten)

Ausgangssituation:

Person mit Lungenkrebs im Endstadium teilt einem guten Freund ihre Krankheit und den wenig aussichtsreichen Krankheitsverlauf mit. Die Person hat erst vor Kurzem von der Krankheit erfahren.

Rolle 1: krebskranke Person

- Vor kurzem informiert über die Krebsdiagnose, die bereits fortgeschritten ist.

Schlüsselsatz:

„Ich habe Lungenkrebs im Endstadium.“

Szene 1: krebskranke Person und Freund 1

Szene 2: krebskranke Person und Freund 2

Szene 3: krebskranke Person und Freund 3

Ausgangssituation:

Person mit Lungenkrebs im Endstadium teilt einem guten Freund ihre Krankheit und den wenig aussichtsreichen Krankheitsverlauf mit. Die Person hat erst vor Kurzem von der Krankheit erfahren.

Rolle 2: Freund 1 → Reaktion: Ekel und Abwehr

- Sehr guter Freund der gegenüberstehenden Person
- Bislang keinerlei Kontakt zu ernsthaft erkrankten Personen
- Genießt sein Leben in vollen Zügen

Schlüsselsatz:

„Igitt. Ist das ansteckend???“

Szene 1: krebskranke Person und Freund 1

Ausgangssituation:

Person mit Lungenkrebs im Endstadium teilt einem guten Freund ihre Krankheit und den wenig aussichtsreichen Krankheitsverlauf mit. Die Person hat erst vor Kurzem von der Krankheit erfahren.

Rolle 3: Freund 2 → Reaktion: Betroffenheit und Mitgefühl

- Sehr guter Freund der gegenüberstehenden Person
- Hat bereits Erfahrung mit erkrankten Personen

Schlüsselsatz:

„Das wird zwar eine schwere Phase für dich, aber ich bin für dich da.“

Szene 2: krebskranke Person und Freund 2

Ausgangssituation:

Person mit Lungenkrebs im Endstadium teilt einem guten Freund ihre Krankheit und den wenig aussichtsreichen Krankheitsverlauf mit. Die Person hat erst vor Kurzem von der Krankheit erfahren.

Rolle 4: Freund 3 → Reaktion: von oben herab Mitleid

- Sehr guter Freund der gegenüberstehenden Person
- legt viel Wert auf eigene Gesundheit, ernährt sich gut, macht täglich Sport und betont das auch zu jedem Zeitpunkt

Schlüsselsatz:

„Tja, kein Wunder bei deiner Ernährung.“

Szene 3: krebskranke Person und Freund 3

Textbeilage 1: Lukas Kaelin: *Macht in der Medizin- ein Philosophische Perspektive.*²⁴⁷

Eingangs wurden drei unterschiedliche Ebenen der Macht in der Medizin unterschieden. Diese lassen sich in Horkheimer und Adornos Ansatz deuten: Erstens besteht ärztliche Macht fundamental in der Kenntnis des menschlichen Körpers, seiner Funktionsweise und der damit verbundenen Möglichkeit „Herr über Leben und Tod“ (Carl Zuckmayer) zu sein. Es ist dies die grundlegendste Ebene, auf der Herrschaft über Natur ausgeübt wird. Zweitens ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient geprägt von einer doppelten Asymmetrie: Das (Experten-)Wissen des Arztes über die Krankheit konstituiert eine Form von Macht über den Patienten; auf der anderen Seite hat der Patient Wissen über seine Krankheitserfahrung, welche aber eher die Form der Ohnmacht annimmt. Die Deutungshoheit über das subjektive Krankheitsleben hat weniger Gewicht als das ärztliche Expertenwissen.²⁴⁸

Textbeilage 2: Bernhard Kathan: *Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin.*²⁴⁹

Die Textbeilage 2 wird eine Kopie aus dem oben benannten Werk von der Seite 67 -83.

²⁴⁷ Kaelin, Lukas: Macht in der Medizin- eine Philosophische Perspektive. In: Anselm, R./ Inthron, J./ Kaelin, L./ Körtner, U. H. J./ Atzeni, G./ Butz, U./ Kipke, R./ Krug, H./ Peintinger, M./ M. Walser, A./ Wydak, L.: Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen. Reihe: Edition Ethik, Band 12. Göttingen: Edition Ruprecht 2014.

²⁴⁸ Kaelin, Lukas: Macht in der Medizin- eine Philosophische Perspektive 2014, S. 47-48.

²⁴⁹ Kathan, Bernhard: Das Elend der ärztlichen Kunst. Eine andere Geschichte der Medizin. Wien: Döcker 1999.

Arbeitsblatt 3: „Ich bin krank.“: Was darf ich hoffen?

1. Wirkungen und Folgen des Krankseins

Machen Sie Notizen aus dem gemeinsamen Gespräch.

Akzeptanz des Krankseins

Unsichere Zukunftsfragen und -ängste : Fünf Verluste nach S. Kay Toombs

1. Verlust der Ganzheit

2. Verlust der Sicherheit

3. Verlust der Kontrolle

4. Verlust der Freiheit zu handeln

5. Verlust der vertrauten Welt

Erste Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus dem gemeinsamen Gespräch.

2. Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein

Machen Sie Notizen aus dem gemeinsamen Gespräch.

Bewältigungsstrategien

Unterstützung durch Gesellschaft

Räume für Dialoge	Verändertes öffentliches Krankheitsbild

Zweite Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus dem gemeinsamen Gespräch.

3. „The World of Chronic Pain“ von Martin Kusch und Matthew Ratcliffe

- a. Lesen Sie den Text in der Textbeilage 3 sorgfältig durch.
- b. Notieren Sie drei relevante Erkenntnisse

(Anmerkung: Notieren Sie zu Ihrer Erkenntnis auch die dazugehörige Seite aus dem Text)

1. Erkenntnis

Mögliche Verbindung zum Thema:

2. Erkenntnis

Mögliche Verbindung zum Thema:

3. Erkenntnis

Mögliche Verbindung zum Thema:

- c. Versuchen Sie Ihre Erkenntnisse aus dem Text mit den bislang erworbenen Inhalten in Verbindung zu bringen und notieren Sie diese unter Ihre Erkenntnisse.
- d. Besprechen Sie Ihre Ergebnisse mit Ihrem Sitznachbarn und machen Sie Notizen aus dem gemeinsamen Gespräch mit Ihrem Sitznachbarn.

Notizen

Dritte Erkenntnis

Notieren Sie eine Erkenntnis aus dem gemeinsamen Gespräch.

Textbeilage 3: Martin Kusch und Matthew Ratcliffe: *The World of Chronic Pain: A Dialog.*²⁵⁰

Die Textbeilage wird eine Kopie des Kapitels „Trust, Doubt, and Helplessness“ aus dem benannten Werk von Seite 72 bis 75.

²⁵⁰ Kusch, Martin/ Ratcliffe, Matthew: *The World of Chronic Pain: A Dialog.* In: Aho, Kevin (Hg.): *Existential Medicine. Essays on Health and Illness.* London: Rowman & Littlefield 2018, S.61-80.

8. Abstract

Disease, illness und *sickness* sind drei Auffassungen von Krankheit. *Disease* und *sickness* sind gesellschaftlich verbreitet und anerkannt, während *illness* als Ausdruck der subjektiven Krankheitserfahrung kaum Anerkennung im gesellschaftlichen Bereich genießt. Ungeachtet der konkreten Krankheitserfahrung, welches das Leben des kranken Menschen nachgehend prägt, ist ein unreflektierter Umgang mit Krankheit in der Medizin und Gesellschaft vorhanden. Dieser Umstand erschwert den ohnehin schwierigen Zustand der erkrankten Person. Daher gilt es Möglichkeiten eines neuen Umgangs mit Krankheit und Kranksein zu suchen, in der die erkrankten Personen Bewältigungsstrategien erlernen und in der die Medizin und die Gesellschaft einen reflektierten Einblick zum Kranksein gewinnen.

Diese Diplomarbeit möchte einerseits die oben benannten aktuellen Problemfelder beleuchten und andererseits diesen Themenkomplex mit einer Auswahl gezielter Methoden aus dem Bereich der dialogisch-pragmatischen Philosophiedidaktik im Philosophieunterricht umsetzen. Dabei gilt es zu prüfen, wie die gewählten philosophiedidaktischen Methoden, das Sokratische Gespräch, das theatrale Philosophieren und Philosophieren als Lebenspraxis/ Philosophische Praxis, die Haltung der Lernenden und Lehrenden zur Krankheit und dem Umgang verändert.

Disease, illness and *sickness* are three definitions for a kind of malady. *Disease* and *sickness* are socially accepted and common to describe one's well being. *Illness* however is an expression hardly ever used in social interaction. In the medical history of a person's life, however influential, there is a lack of reflection upon being unwell within society and the medical community. This fact hampers a sick person's condition even more so. We need to find new ways to deal with being unwell. These ways should teach a sick person how to activate coping mechanisms, while providing reflective insights for the society as well as the medical community about the state of being unwell.

On one hand this thesis analyzes the problems described above and on the other hand uses selected methods stemming from the dialogue-pragmatic Philosophy-Didactics to implement these topics in an everyday philosophy lesson. It needs to be evaluated how the chosen methods, mainly the Socratic dialogue, theatrical philosophizing and philosophy as a life practice/ philosophical practice, shifted the attitudes of staff and pupils because of these implementations.