

3 Medizinisch-psychologisches Wissen zwischen Realität und (Sprach-)Zeichen

3.1 Medizinische und psychosomatische Semiotik

Der Begriff ›Semiotik‹ zur Bezeichnung einer *allgemeinen* Theorie der Zeichen findet sich erstmals im 17. Jahrhundert (Nöth ²2000: 1). Wenn in früheren Jahrhunderten griechisch oder lateinisch auf das Gebiet der ›Semiotik‹ referiert wurde, dann bezog man sich „auf die medizinische Lehre von den Symptomen“ (Nöth ²2000: 1) bzw. „Lehre von den Krankheitszeichen“ (von Uexküll 1984: 3). Seit der Spätantike gilt die Diagnostik als der „semiotische Teil“ (μέρος σημειωτικόν) der Medizin“ (Nöth ²2000: 1). Der Arzt Galen von Pergamon teilte im zweiten Jahrhundert nach Christus die medizinische Praxis in drei Bereiche auf: „die Erkenntnis des Vergangenen (Anamnese), die Untersuchung des Gegenwärtigen (Diagnose) und die Vorhersage des Zukünftigen (Prognose)“, wobei er die Praktiken der „Deutung der Krankheitszeichen“ zur Diagnosestellung als „semeiosis“ rechnete (Reisigl 2010: 71; vgl. Nöth ²2000: 2). Die Bezeichnungen *Semiotik* oder *Semiologie* wurden im medizinischen Bereich bis ins 19. Jahrhundert in „diagnostisch-symptomatologischen Lehrwerken explizit im Titel geführt“ (Reisigl 2010: 72).

Thure von Uexküll spricht 1984 in dem Einleitungsbeitrag des Themenhefts „Semiotik und Medizin“ der Zeitschrift für Semiotik von einer „Renaissance der Zeichenlehre in der Medizin“ (von Uexküll 1984a: 3), nachdem das semiotische Paradigma vom 17.–19. Jahrhundert aufgrund des Aufkommens physiologisch-mechanischer Erklärungsmechanismen seine Bedeutung in der Medizin zunächst verloren habe⁸⁴ und die Semiotik als wissenschaftliche Disziplin im 20. Jahrhundert „lange eine Domäne der Sprachwissenschaften“ gewesen sei (von Uexküll

84 Thure von Uexküll erklärt den Paradigmenwechsel zwischen einer semiotisch orientierten Medizin, die ihre Wurzeln in der Antike hat, und einem physiologisch-mechanischen Paradigma, das den Organismus als Maschine betrachtet, dadurch, dass die antike Semiotik das „Problem der Verursachung“ und damit zusammenhängende Fragen der Pathogenese und Therapie nicht berücksichtigt habe. Antike Ärzte hätten die Symptome ihrer Patienten kaum im Hinblick auf Vorgänge innerhalb des Körpers, sondern im Rahmen eines „umfassenden Naturgeschehens“ als Information über ihr „vergangenes und zukünftiges Schicksal“ gedeutet (von Uexküll 1984c: 55). Mit dem Beginn der Neuzeit habe man begonnen die Beziehung zwischen Symptom und Krankheit kausal zu erklären. Dabei habe sich der Zeichenbegriff allerdings verengt auf „technische Zeichen, die den Ort der Betriebsstörung in einer Maschinerie für den therapeutischen Eingriff anzeigen“ (ebd.: 56). Die Rückwendung zur Semiotik in der Medizin basiere auf einem umfassenderen Zeichenbegriff, der sowohl semantische, syntaktische und pragmatische Dimensionen des Zeichens berücksichtige. Bezogen auf den Symptombegriff heißt das, „Symptome [...]“

1984a: 3). Diese Rückwendung der Medizin zur Semiotik – allerdings zu einem gegenüber der Antike gewandelten semiotischen Modell⁸⁵ – sieht von Uexküll dadurch in Gang gesetzt, dass man in der Medizin erkannt habe,

daß Zeichen für die Informationsübertragung im Organismus eine zentral wichtige Bedeutung haben. Das schlägt sich am auffälligsten in der Terminologie nieder, in der semiotische Begriffe geprägt werden, um die Phänomene angemessen beschreiben zu können. Begriffe wie „Receptor“, „Mediatoren“, „Transmitter“ oder „genetischer Kode“ sind nur einige Beispiele. (von Uexküll 1984a: 3)

Für Uexküll muss die Erforschung der verschiedenen Zeichen und Zeichensysteme in der Medizin interdisziplinär erfolgen, wobei die Semiotik die „fachübergreifende, universelle Terminologie“ bereitstellen könne (von Uexküll 1984a: 4). In der Medizin stellten sich unter semiotischen Aspekten „so viele und so verschiedene Fragen“ (ebd.), dass es hilfreich sei, zwischen einer „Semiotik der Medizin“ und einer „Semiotik in der Medizin“ zu unterscheiden. Erstere untersuche

die Medizin selbst als Zeichensystem, z. B. als Menge unterschiedlicher Fachsprachen, als System von Zeichen, welche die Kommunikation zwischen Ärzten und Laien etc. ermöglichen. Eine Semiotik in der Medizin würde dagegen die Zeichen untersuchen, welche dem Arzt Hinweise auf die Interaktionen geben, die sich zwischen dem Organismus eines Kranken und dessen Erleben, zwischen dem Organismus und seinen Organen bis hinunter zu den Zellen abspielen. (ebd.)

Die „Semiotik in der Medizin“, die beispielsweise Laborbefunde mit weiteren äußeren und inneren körperlichen Anzeichen (z. B. Schmerz ausdrückenden Interjektionen des Patienten beim Loslassen einer Körperstelle, von Patienten berichtete Schlafprobleme) verknüpft, erfordert differenziertes medizinisches Fachwissen. Linguistisch-semiotische Beiträge an der Schnittstelle von Medizin und Linguistik lassen sich nach dieser Unterscheidung daher eher der „Semiotik der Medizin“ zuordnen. „Da allerdings auch die nicht sprachlich wahrgenommenen Sinneseindrücke zum Zwecke der Kommunikation sprachlich gefasst werden müssen“ (Felder 2009b: 13), beispielsweise in Fachausdrücken wie *Loslasssschmerz* oder Untersuchungsfragen wie *Wird der Schmerz stärker, wenn ich loslasse?* etc., scheint diese Unterscheidung bei der Untersuchung konkreter Kommunikationssituationen unter Fachleuten sowie Fachleuten und Laien etc. bisweilen künstlich und reduktionistisch. Sie spie-

als Antworten lebender Systeme zu verstehen, die im Sinn der Systemtheorie als Hierarchie (von Zellen, Zellverbänden, Organen, Organismen, sozialen Gebilden usw.) geordnet sind“ (ebd.).

⁸⁵ Vgl. die Ausführungen in der Fußnote zuvor.

gelt allerdings das Bedürfnis wider, die verschiedenen Zeichendimensionen und -funktionen, die im Bereich der Medizin bzw. Psychosomatik ineinander greifen, analytisch zu trennen: zum einen die Versprachlichung von und Kommunikation über Gegenstände(n) der Medizin/Psychosomatik, zum anderen die sprachlichen, aber auch nicht-sprachlichen (somatischen, biologischen, chemischen, im Verhalten sich zeigenden etc.) Zeichen, die jede Person (mit ärztlicher Ausbildung) mit Blick auf weitere Symptome sowie vor dem Hintergrund ihres bisherigen Wissens aus Erfahrung und Beschreibung interpretieren muss. Die verschiedenen Zeichendimensionen und -funktionen werden ferner deutlich, wenn man sich genauer ansieht, was in der Literatur der Medizin und Semiotik unter einem ›Symptom‹ und damit zusammenhängend einem ›Syndrom‹ verstanden wird.

Peirce beschreibt „Symptome“ als „Subtyp der Indices“, d. h. als

[...] signs which become such by virtue of being really connected with their objects. Such is a symptom of disease, [...]. (Peirce, CP, 8.119)

Peirce ergänzt an anderer Stelle, dass diese Körpersymptome ähnlich wie Wetterzeichen auftreten, ohne dass sie bewusst produziert würden: „But it appears to me that all symptoms of disease, signs of weather, etc., have no utterer“ (CP 8.185). Für eine Person, die eine Schmerzattacke zu einem bestimmten Zeitpunkt erleidet, wäre dieser Schmerz nach Peirce ein symptomatisches indexikalisches Sinzeichen, indexikalisch, da die Person es nicht willentlich herbeigeführt hat, aber eine direkte Verbindung zwischen Physis und Symptom besteht, und ein Sinzeichen, da die Person dieses Zeichen in dieser konkreten Situation, subjektiv-singulär erlebt (vgl. Reisigl 2010: 84f. und 90).

Auf der anderen Seite kann man Peirce so lesen, dass Symptome auch symbolischen Wert haben, da ihnen über die Aktualität eines spezifischen Vorkommens hinausgehend Typizität und eine über die medizinische und z. T. auch alltagsmedizinische Konvention festgelegte Qualität zukommt (vgl. Reisigl 2010: 88f.).⁸⁶

I define an Index as a sign determined by its dynamic object by virtue of being in a real relation to it. Such is a Proper Name (a legisign); such is the occurrence of a symptom of a disease. (The symptom itself is a legisign, a general type of a definite character. The occurrence in a particular case is a sinsign.) (CP 8.335, Unterstreichung T.S.)

⁸⁶ Peirce hat, wie Reisigl anführt, selbst in der Schrift „Über die Einheit kategorischer und hypothetischer Propositionen (1896)“ darauf hingewiesen, in früheren Arbeiten „natürliche Symptome sowohl unter die Indizes als auch unter die Symbole gerechnet“ zu haben (Reisigl 2010: 90f. in Fußnote 12, mit Bezug auf Peirce 2000, Bd. 1: 255).

Thure von Uexküll, der sich dem triadischen Zeichenmodell von Peirce generell für die Beschreibung medizinsemiotischer Sachverhalte anschließt, geht es weniger um die Gegenüberstellung ›Index‹ oder ›Symbol‹, sondern um die Funktion von Zeichen in medizinisch-biologischen Zusammenhängen (von Uexküll 1984b: 32f.). Symptome eines lebenden Systems hätten die Funktion von „Signalen“, die eine Person unbeabsichtigt abgebe. Eine andere Person, z. B. der Arzt/die Ärztin oder der/die Therapeut/in, deute diese Signale vor dem Hintergrund seines/ihrer nosologischen Wissens als Informationen über die Verfassung des Senders (von Uexküll 1984b: 32). Symptome seien, so führt Sebeok im Anschluss daran aus, Anzeichen am Körper der zunächst unbewusst ‚sendenden‘ Person, „die nach einer Erklärung schreien – nach der Schaffung eines zusammenhängenden und einleuchtenden Interpretationsmusters“ (Sebeok 1984: 42).⁸⁷ Die auf diese Weise skizzierte Zeichenfunktion von Symptomen setzt Aspekte der Bühler’schen „Funktionen des (komplexen) Sprachzeichens“ dominant („*Symptom* [...] kraft seiner Abhängigkeit vom Sender, [...] und *Signal* kraft seines Appells an den Hörer“, Bühler ³1999: 28). Es ist gewissermaßen auch ein Appell, diese Signale durch die Deutung zu Legizeichen bzw. Symbolen zu machen, dadurch dass das spontane Signal in ein Gesetz oder eine konventionelle Deutung eingeordnet wird. Dabei ist jedoch noch nicht ausreichend reflektiert, wodurch diese Symptome zu *Krankheitssymptomen* werden. Ein Symptom, das „über die Verfassung des Senders informiert“, könne auch ein „Symptom für Gesundheit“ oder für etwas nicht Medizinisches sein, betont T. von Uexküll (von Uexküll 1984b: 32/33). Des Weiteren gäbe es „wenig eindeutige Symptome“. Das heißt erstens, „[i]solierte Phänomene geben dem Arzt fast nie Hinweise, die ihm erlauben, sie als Krankheitssymptome zu definieren“ (ebd.). Es wird daher versucht, einzelne Symptome ›Syndromen‹, d. h. dem „Zusammentreffen mehrerer charakteristischer Krankheitsanzeichen“ (Reisigl 2010: 73) in bestimmten Konstellationen, zuzuordnen (vgl. Krampen 1984: 6). Zweitens sei neben praktischem Wissen das Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell entscheidend, das der Arzt/die Ärztin seiner Interpretation des Symptomkomplexes bewusst oder unbewusst zugrunde

87 Sebeok nimmt in diesem Zusammenhang Bezug auf die Unterscheidung von Jakobson (1971) zwischen „Kommunikation“ und „Information“ (Sebeok 1984: 42). Für Jakobson impliziert ›*Kommunikation*‹ „a real or alleged addresser“, also einen realen oder unterstellten Absender, wohingegen bei der ›*Information*‹ die Quelle der Zeichen vom Interpreten nicht als Absender angesehen werden kann („information whose source cannot be viewed as an addresser by the interpreter oft he indications obtained“, Jakobson 1971: 703). Sowohl für Sebeok als auch für T. von Uexküll haben körperliche Symptome gegenüber einer reinen Informationsübermittlung jedoch noch eine besondere Position inne, da sie gegenüber der Person, die sie zunächst unbewusst sendet, eine Appellfunktion haben. Sebeok verdeutlicht dies am Beispiel des Schmerzes: „er ist eine Botschaft, die das zentrale Nervensystem zwingt, in bewußtem wie unbewußtem Verhalten, [...] nach Zeichen zu suchen“ (Sebeok 1984: 42; vgl. von Uexküll 1984b: 32/33).

lege. T. von Uexküll kritisiert beispielsweise das „Krankheitsmodell des Maschinenschadens“, das in der Medizin seit der Neuzeit Tradition habe, als zu unpersönlich.⁸⁸ Nach diesem gälten Symptome als krankhaft, wenn sie auf eine Einschränkung der „Leistungsfähigkeit der Körpermaschine“ hinwiesen (ebd.: 33/34). Bei dem von ihm präferierten Modell des „lebenden Systems“ (ebd.) sei das Kriterium,

mit dessen Hilfe der Arzt Krankheitssymptome von Symptomen für Gesundheit unterscheiden kann. [...] die Unfähigkeit eines Systems, seine Probleme mit den eigenen Hilfsmitteln zu lösen [...].
(von Uexküll 1984b: 35)

Im folgenden Kapitel werden weitere Gesundheits- und Krankheitsmodelle vorgestellt, die sich teilweise mit diesem Modell von Uexkülls verbinden lassen (siehe Kap. 3.2).

Auch Sebeok weist auf die Bedeutung und den heuristischen Wert des Aspekts der ‘Anomalie’ von Symptomen hin, da jedes Symptom, das aktuell nach einer Erklärung verlange, erst aufgrund des vorhandenen Wissens erklärungsbedürftig erscheine.⁸⁹ Nicht nur im medizinischen Kontext werden Anzeichen, die zunächst ‘neutral’ über die Verfassung des Senders informieren, durch interpretatorische Anreicherung zu symbolischen Symptomen für eine bestimmte Anomalie oder Krankheit. In dieser Arbeit wird zu zeigen sein, welche Bedeutung gerade alltagsweltliche Normvorstellungen für die Bewertung und Definition psychosomatischer und psychosozialer Phänomene besitzen.

Eine weitere Differenzierung, die über den Symptombegriff deutlich wird, ist die zwischen „privater Welt“ und „öffentlicher Welt“ (Sebeok 1984: 39), d. h. man hat es hier mit verschiedenen Zugängen zur Welt bzw. Wahrnehmungsweisen der Realität zu tun. Sebeok zitiert eine Untersuchung von Harley C. Shands und Jacob E. Finesinger zum Phänomen der ERMÜDUNG:

Die genaue Untersuchung von [...] Patienten macht es erforderlich, sorgfältig zwischen ‚Ermüdung‘, einem Gefühl, und ‚Schwächung‘, einem beobachtbaren Abfall der Leistung als Folge der Anstrengung zu unterscheiden. Dies ist der Unterschied zwischen einem

88 Zu Maschinenmetaphorik und mechanistischem Metaphernspiel in den Naturwissenschaften am Beispiel der Virologie siehe Liebert 2005: 216ff.

89 Sebeok (1984: 46) bezieht sich an dieser Stelle auf Humphreys’ Schrift „Anomalies and Scientific Theories“ von 1968: “What, then, is a naturally anomalous state of affairs? It is one which we have at least plausible reasons to believe should not have come pass. In other words, it is a *state of affairs anomalous with respect to a set of statements which are at present putatively true*. In the case of scientific anomalies this means: anomalous with respect to existing theory, observation reports or reports of experimental data. [...] There is another more direct way of putting the matter: *any fact or state of affairs which actually requires explanation can be shown to be in need of explanation in the basis of existing knowledge*.” (Humphreys 1968: 88f.)

Symptom und einem Zeichen. Das Symptom wird gefühlt, das Zeichen von einer anderen Person beobachtet. [...]

(Shands/Finesinger 1970: 52, zitiert und übersetzt von Sebeok 1984: 39)

Diese Unterscheidung zwischen ›Symptom‹ und ›medizinischem Zeichen‹ werde „auf terminologisch unsemiotische, der Sache nach aber einleuchtende Weise“ bis heute in der medizinischen Fachsprache des Englischen und Französischen getroffen (Reisigl 2010: 85). Man könnte diese Unterscheidung auf die verschiedenen Vorkommensarten des Zeichenträgers (Repräsentamen) im Zeichenmodell von Peirce beziehen: Eine Person, die an sich sinnlich-fassbar erlebt, DASS IHR AUGE DIE BUCHSTABEN NICHT MEHR FIXIEREN KANN und dies mit *mir schwimmt alles* metaphorisch-ikonisch sprachlich fasst, erfährt dies als „aktual, konkret, einmalig, singulär vorkommendes“ Sinzeichen⁹⁰. Patienten und Ärzte können durch ihre fünf Sinne und bisherigen sinnlichen Erfahrungen bzw. dem damit verbundenen (Fach)wissen verschiedene (potenzielle) Qualitäten von Zeichen, sprich „Qualizeichen“, benennen und wahrnehmen (vgl. Reisigl 2010: 90). Insbesondere Fachleute aus den Bereichen Medizin und Psychotherapie schließlich sind darauf geschult, den „über die Aktualität eines spezifischen Vorkommens hinausgehenden [...] Typ ‚hinter‘ den konkreten (von außen beobachteten und aus der Innensicht berichteten, T.S.) Krankheitsphänomenen aufzuspüren“ (ebd.) und sie als „Legizeichen“ zu interpretieren. ‚Von außen‘ aus Sicht der Medizin könnte dieses Symptom z. B. als eine Ermüdungserscheinung der Augenmuskeln interpretiert werden.

Zum Abschluss dieses Überblickskapitels zur medizinischen Semiotik wird erstens eine Übersicht gegeben, in welcher Materialität Symptome in der ärztlichen Praxis und damit schließlich in ‚übersetzter‘ textueller Form als Elemente einer Wissenskonstituierung durch Beschreibung auch im Diskurs in Erscheinung treten können. Zweitens wird zusammenfassend herausgestellt, welche Zeichendimensionen und -funktionen für die folgende Analyse besonders relevant erscheinen.

In folgenden Formen können Symptome in der medizinischen Untersuchungs-, Gesprächs- und Textpraxis sichtbar werden:⁹¹

1. Durch äußere Anzeichen am Körper. Die klassischen Indizes sind „ruber“, ‚dolor‘, ‚calor‘, ‚tumor‘, die der Arzt von außen am Körper des Kranken im Zusammenspiel aller seiner Sinne erfassen kann“ (Krampen 1984: 5/6) und weitere durch spezielle ärztliche Untersuchungsmethoden sichtbar werdende Symptome (z. B. funktionierende Reflexe etc.);

⁹⁰ Reisigl (2010: 89). Reisigl erläutert diesen Begriff ferner etymologisch: „[D]as lat. Präfix ‚sin‘ steht für ‚nur einmal vorkommend‘ im Sinne von „singulär“ (ebd.).

⁹¹ Diese Liste dient als Anhaltspunkt für die folgenden diskurslinguistischen Analysen und erhebt nicht den Anspruch der Vollständigkeit aus medizinisch-psychosomatischer Sicht.

2. Laborbefunde, bildgebende Verfahren etc.;
3. Beobachtungen des Verhaltens, besonders von Verhaltensänderungen oder Verhalten, das zu Problemen im Alltag führt, durch den Arzt/die Ärztin über die Zeit und mit Berücksichtigung des sozialen Umfelds, der Patientenbiografie;
4. Aussagen der Person über Symptome, ihr Erleben, Befinden, Handeln, Verhalten;
5. Aussagen von Dritten über das Verhalten und Handeln einer Person.

In Diskursen (fachlichen wie öffentlichen) sind diese Symptome meist über Texte oder über Bilder vermittelt,⁹² so auch in den schriftlichen fachlichen und fachexternen Texten, die der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen (vgl. zur Zusammenstellung des Untersuchungskorpus Kap. 5). Äußere Anzeichen, die in der medizinischen Untersuchungssituation in ihrer Wahrnehmung direkt, vermeintlich ohne Zutun des Betrachters erscheinen⁹³, werden an der Diskursoberfläche textuell, eingebunden in ein Diskursgeflecht, sichtbar. Die Unterteilung der verschiedenen Erscheinungsformen von Symptomen ist jedoch auch für eine differenzierte Diskursanalyse zu Definitionsprozessen im Bereich von Gesundheit und Krankheit bedeutsam. Bei psychischen (pathologischen) Phänomenen sind besonders die Punkte 3–5 relevante Symptomquellen, wobei gerade bei diesen im Hinblick auf den Geltungsanspruch eines Symptoms aufschlussreich sein kann, ob das Symptom als eine subjektive oder von verschiedenen Quellen gestützte äußerliche Beobachtung konstituiert wird.

Zusammenfassend scheinen mehrere Zeichendimensionen den Eindruck von unmittelbarem-direktem oder auch natürlichem, d. h. nicht von Menschenhand beeinflusstem, Erleben zu unterstützen: So zum Beispiel eine ikonische Abbildung von einer leidenden Person, eine ikonisch-metaphorische Umschreibung von Schmerz oder die Darstellung eines Zeichens als indexikalisches Warnsignal an den Körper, die Person oder die Gesellschaft. In letzterem entfaltet das Zeichen zugleich eine deontische Kraft, nämlich den Zwang, auf dieses Zeichen

⁹² Das Adjektiv *textuell* kann sich in diesem Zusammenhang sowohl auf gesprochene als auch auf geschriebene Sprache beziehen. In Videos ergeben sich dann noch weitere Quellen für die Symptominterpretation durch die Mimik, Gestik, Intonation (diese natürlich auch in Gesprächsaufnahmen) der im Video vorkommenden Personen.

⁹³ Die direkte Wahrnehmung der Wirklichkeit wird durch die Formel *vermeintlich ohne Zutun des Betrachters* eingeschränkt im Sinne der Überlegungen Ludwik Flecks, dass auch die scheinbar direkte Wahrnehmung und Aufmerksamkeit durch „die Gesamtheit geistiger Bereitschaft, das Bereitsein für solches und nicht anderes Sehen und Handeln“ mit bestimmt wird. (Fleck 1935/1980: 85; siehe zu Fleck auch Kap. 3.2).

zu reagieren. Des Weiteren können beispielsweise mit Interjektionen verbundene zitierte Aussagen aus der Ich-Perspektive einer von einem Leiden betroffenen Person je nach Kontext wie ein Sinzeichen, d. h. eine Manifestation eines aktuellen subjektiven Empfindens, wirken, welches erst in der Zusammenschau mit anderen subjektiven und objektiven med. Symptomen als Legizeichen, d. h. Krankheitstyp interpretiert werden kann. So ist eine Hypothese dieser Arbeit, dass u. a. über diese Zeichendimensionen in diesem Diskurs Geltungsansprüche und Identifizierungspotenziale für medizinisch-psychologisches Wissen aufgebaut werden (vgl. Kap. 6.2.4.2). Wichtig für die vorliegende Analyse wird ferner die Dimension des Zeicheninterpretanten sein. Denn dieser verdeutlicht anschaulich, dass ähnlich der flächigen Bedeutungsbildung in einem Text nach Gardt (2009: 1202) die wiederholte Nennung mehrerer, zusammenhängender Symptome vor dem Hintergrund eines bestimmten Gesundheits- und Krankheitsbilds sowie weiterer fachlicher und gesellschaftlicher Norm(al)vorstellungen ein Syndrom (= medizinisch-psychologisches Legizeichen) konstituieren oder auch definieren kann.⁹⁴ Bevor in Kapitel 4 die Untersuchungsmethode der vorliegenden Arbeit detailliert dargelegt wird, werden im folgenden Kapitel, anschließend an die Ausführungen zur medizinischen Semiotik, noch einige Besonderheiten medizinischer und psychologischer Wissensbildung und Kommunikation beschrieben und fach- und laiensemantische Konzepte von Gesundheit und Krankheit skizziert. Die historischen Rahmen- und Entstehungsbedingungen für den Untersuchungsgegenstand ›Burnout‹ werden in Kapitel 5.2 eingehend erläutert.

3.2 Besonderheiten medizinischer und psychologischer Wissensproduktion im Kontext fachlicher und gesellschaftlich-öffentlicher Rahmenbedingungen und variierende Konzepte von ›Gesundheit‹ und ›Krankheit‹

„Medizin betrifft alle Menschen, Ärzte, Patienten, Fachleute wie Laien, gleichermaßen zu allen Zeiten. Die Medizin steht daher wie wenige andere Bereiche des Lebens im Spannungsfeld von fachwissenschaftlicher Spezialisierung und menschlichen Alltagserfahrungen.“

(Riecke 2016: 240)

⁹⁴ Eine Heuristik zum Definieren als diskursive Praxis der Wissenskonstituierung wird in Kap. 4.2 entfaltet und in 4.3. zu einer Arbeitsdefinition einer diskursiven Praxis des Definierens für die folgende Untersuchung verdichtet.

Gegenstand sowohl der Medizin als auch der Psychologie ist der Mensch – in ersterer verstärkt somatisch und in letzterer fokussiert auf das „menschliche Erleben, Verhalten und Handeln“ (Fröhlich ²⁴2002: 8). Diese beiden Dachfächer überschneiden sich allerdings in zahlreichen Bereichen, was durch heutige Fächerbezeichnungen wie *psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *Verhaltensmedizin*, *medizinische Psychologie*, *klinische Psychologie*, *Psychiatrie* oder *Psychopathologie* zum Ausdruck kommt.⁹⁵ So orientieren sich heute sowohl medizinische als auch psychologische Unterfächer einerseits am biologisch-physiologischen und andererseits am psychosozioökulturellen Bezugssystem (vgl. Fröhlich ²⁴2002: 26).⁹⁶

Wissenschaftshistorisch lassen sich Kämpfe zwischen empirisch-naturwissenschaftlich arbeitenden Fächern (z. B. die naturwissenschaftliche Medizin, empirische Verhaltens- und Sozialwissenschaften, Experimentalpsychologie) und hermeneutisch-geisteswissenschaftlichen Fächern, insbesondere in den Unterfächern und Strömungen der Dachfächer Medizin und Psychologie über die Zeit nachzeichnen.⁹⁷ Diese wissenschaftlichen Hauptparadigmen standen beispielsweise auch am Anfang der Herausbildung des Fachs Psychologie Ende des 19. Jahrhunderts. Walach (³2013) fasst die verschiedenen Strömungen, aus denen

⁹⁵ Die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ ist „in Deutschland seit 1970 an den Universitäten im Pflichtunterricht vertreten“ (Ermann ⁶2016: 20f., im QV unter 8.1.2). Die Psychiatrie ist ein medizinisches Fach. Das zeigt sich auch in ihrem Namen, der aus den griechischen Wörtern ψυχή (psyche) und ιατρός (Arzt) besteht. Die *Psychopathologie* verbindet ebenfalls den Namen eines traditionell medizinischen Fachs, die *Pathologie*, mit dem Zusatz *Psych-*. Zur Entstehung der Psychopathologie siehe Payk (²2007: 5ff.).

⁹⁶ Vgl. dazu das „bio-psycho-soziale Modell“, das u. a. Engel durch seinen Aufsatz *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* 1977 in der Fachzeitschrift *Science* in der Medizin/Psychologie etablierte. Vgl. dazu auch Ermann ⁶2016: 16.

⁹⁷ 1.) Einen detaillierten Überblick zu den institutionell-kommunikativen Rahmenbedingungen der Etablierung der Psychiatrie bietet Schuster (2010: Kap. 2.2). Für die Entwicklung der Psychiatrie in den deutschsprachigen Ländern hebt Schuster die „teilweise heftig geführten Auseinandersetzungen zwischen Somatikern und Psychikern“ im Lauf des 19. Jahrhunderts hervor (ebd.: 38). 2.) Die Herausbildung des akademischen Fachs „Psychologie“ Ende des 19. Jahrhunderts beschreiben Ulich/Bösel (⁴2005: 78) wie folgt: „Die ‚neue‘ Wissenschaft Psychologie knüpfte nicht unmittelbar am alltäglichen Psychologisieren an. Ihre Grundkonzepte wie z. B. ‚Bewusstsein‘ oder ‚Vorstellung‘ entnahm sie der Philosophie, ihre Methoden der Physiologie und Physik.“ 3.) Auch die Medizin des 19. Jahrhunderts veränderte sich durch die im 18. Jahrhundert sich etablierenden Naturwissenschaften Physik und Chemie maßgeblich: „Alleinbestimmend wird das naturwissenschaftliche Denken, ganzheitliche und philosophische Ansätze verblassen oder führen ein Außenseiterdasein. Bedeutende Wegmarken sind die Entstehung der empirisch-experimentellen Physiologie, die Entwicklung der wissenschaftlichen Pharmakologie, die Inauguration der Zellulärpathologie und die Formulierung des bakteriologischen Paradigmas. [...]“ (Eckart ⁸2017: 173).

sich das Fach Psychologie entwickelte und auf denen psychologische Forschung in der Gegenwart beruht, folgendermaßen zusammen:

Die Psychologie hat den Widerstreit der Wissenschaft, der an ihrer Wiege stand und gleichzeitig ihr Geburtshelfer geworden ist, mit übernommen: den Streit zwischen aufstrebender Natur- und traditioneller Geisteswissenschaft. [...] So ist die Psychologie eine Wissenschaft mit zwei und möglicherweise sogar mehr Gesichtern geworden und geblieben: Auf der einen Seite ist sie Geisteswissenschaft und bedient sich geisteswissenschaftlicher Methoden, z. B. der Textinterpretation, der Interpretation von Träumen, Biographien oder ausführlichen Interviews. Auf der anderen Seite verwendet die Psychologie messende, quantifizierende Verfahren, wie sie die Naturwissenschaft zu ihrem Erfolg geführt hat, indem sie versucht, mit Hilfe von Fragebögen Gemütszustände zu quantifizieren, die Intelligenz zu messen oder andere Persönlichkeitskonstrukte zu erfassen, oder mit Hilfe von psychophysiologischen Verfahren Zusammenhänge zwischen physiologischen Indikatoren wie etwa Immunparametern, dem Bluthochdruck oder der autonomen Erregung und psychologischen Angaben herzustellen. (Walach ³2013: 72)

Walach erläutert am Beispiel der Depression, die „komplementäre Doppelnatur psychologischen Forschens“ (ebd.: 80f.): Man könne einen depressiven Patienten auf der einen Seite „rein naturwissenschaftlich-verobjektivierend“ betrachten, indem man beispielsweise einen „Depressionsfragebogen“ verwende, über „physiologische Messungen“ die „Aktivität des Serotoninsystems“ überprüfe und über „verschiedene psychologische Tests“ den „Typ der Depression“ klassifiziere und ihren Schweregrad feststelle. Weitere medizinische Untersuchungen zu Stoffwechselerkrankungen, Infektionen etc. seien ebenso für eine Differentialdiagnose vonnöten. Einen „rein verobjektivierend psychologischen Blick“ stelle zudem die Feststellung von „Verhaltens- und Antriebseingrenzung“ dar, beispielsweise durch die Beobachtung einer „Reduktion sozialer Kontakte, des Antriebs durch mangelnden Appetit oder mangelnde sexuelle Appetenz“. Weitere „typische verbale, nonverbale und paraverbale Signale der Depression“ seien z. B. „leise Stimme, wenig Aktivität, reduzierte Mimik, trauriges Gesicht“ (ebd.).

Auf der anderen Seite, betont Walach, sei ein Klassifizieren und Verstehen „verbaler oder nonverbaler Signale“ nicht möglich, ohne dass „wir uns [...] unseres eigenen persönlichen und biologischen Erfahrungshorizontes“ bedienen. Wir wüssten zum Beispiel aus eigener Erfahrung, wie sich Niedergeschlagenheit anfühle. Sonst könnten wir sie bei unserem Gegenüber auch nicht verstehen. Um die Depression einer Person zu verstehen, sei es zudem unumgänglich, die „individuelle Geschichte einer Depression“ zu beachten und der geschilderten Innensicht Aufmerksamkeit zu schenken (ebd.: 81).

Für die vorliegende Arbeit ist dieses von Walach geschilderte Depressionsbeispiel in dreifacher Hinsicht interessant: Erstens zeigt er verschiedene Forschungs- und Diagnosezugänge aktueller psychologischer bzw. psychiatrischer

und medizinisch-psychosomatischer Wissensbildung auf, die auch im untersuchten Burnout-Diskurs Relevanz besitzen. Diese Forschungszugänge, die in fachkulturellen Praktiken und Untersuchungsmethoden ihren Ausdruck finden, können sich über die Zeit ändern oder einzelne können in bestimmten fachlichen Traditionslinien als wichtiger erachtet werden als andere. Ludwik Fleck betonte als einer der ersten für das Fach Medizin die Bedeutung von wissenschaftlichen Kollektiven („Denkkollektiven“) und „denkstilgebundene[n] Gewohnheiten“ (Schäfer/Schnelle 1980: VIII, siehe Fleck 1935/1980: 85; 121; vgl. Radeiski 2017: 52ff.), unter deren Voraussetzung die „Tatsachen“ eines Bereichs erfasst werden. Bei der Erforschung und Diagnostik psychischer Krankheiten sind die fachkulturellen Praktiken und Untersuchungsmethoden, wie zum Beispiel Fragebogentests, besonders erkenntnisprägend, da die Referenzobjekte weniger eindeutig in Erscheinung treten als beispielsweise eine Schnittwunde und die Beobachtung durch diese Methoden vermittelt wird.

Zweitens kann mit Rückgriff auf die vorangehenden Kapitel am Depressions-Beispiel verdeutlicht werden, dass in den von Walach erwähnten *persönlichen Erfahrungshorizont* „beim Verstehen verbaler oder nonverbaler Signale“ auch der gesellschaftlich-soziale, fachkulturelle und diskursive Erfahrungshorizont hineinspielt. Denn die Bewertung, was Symptomwert besitzt und was nicht, z. B. das von Walach genannte Symptom der „mangelnde[n] sexuelle[n] Appetenz“, unterliegt historisch gesehen Wandlungen. Ein weiteres Beispiel, das zeigt, „dass die Definition von Krankheit(en) nicht nur dem Erkenntniszuwachs geschuldet ist, sondern auch einem gesellschaftlichen Wandel unterliegt“, ist, dass „Homosexualität erst 1973 von der American Psychiatric Association als psychiatrische Diagnose abgeschafft“ wurde (Birkner/Vlassenko 2015: 139). Berühmte wissenschaftsgeschichtliche Untersuchungen von Ludwik Fleck und Michel Foucault haben die „Entwicklung der medizinischen Beobachtung und ihrer Methoden“ (Foucault 1973: 206) innerhalb sich wandelnder historischer, sozialer und kultureller Bedingungen eindrücklich dargelegt (Fleck [1935] 1980; Foucault ([1969] 1981: 62ff.; 1973; [1977a] 2003).

Drittens passen die von Walach geschilderten Zugangsweisen zu der in der medizinischen Semiotik in Kap. 3.1 erläuterten Unterscheidung zwischen subjektiven Symptomen (Sinzeichen aus der Innensicht des Patienten/der Patientin) und von außen beobachtbaren medizinischen bzw. psychischen Zeichen (fachwissenschaftliche Legizeichen). Für die Analyse des Burnout-Diskurses stellt sich die Frage, an welchen Stellen im Diskurs welche Zeichendimensionen besonders dominant gesetzt werden und ob diese kombiniert oder einander gegenübergestellt werden und welche Wirkung dies für einzelne Texte und Definitionen haben kann.

In den erkenntnistheoretischen Arbeiten des „Mediziner[s], Wissenschaftssoziologe[n] und Philosoph[en]“ Ludwik Fleck (Schäfer/Schnelle 1980: VIII) aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts lassen sich noch weitere Besonderheiten medizinischer Wissensproduktion nachlesen: Fleck beschreibt in einem Aufsatz „Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens“, dass man im Arztberuf gerade „die nicht typischen, nicht normalen, krankhaften Phänomene“ untersuche (Fleck [1927] 1983: 37) und in diesen aber nach Zusammenhängen und einem gemeinsamen Nenner Ausschau halte. Die „grundsätzliche Frage des ärztlichen Denkens“ laute: „Auf welche Weise ist ein Gesetz für nicht gesetzmäßige Phänomene zu finden?“ (ebd.: 37). Dabei stoße man auf einen „gewaltigen Reichtum und [eine, T.S.] Individualität dieser Phänomene“. Es sei eine „Vielheit ohne klare, abgegrenzte Einheiten [...], voller Übergangs- und Grenzzustände.“ (ebd.). Man müsse darin versuchen, „irgendwelche Gesetze, Zusammenhänge, irgendwelche Typen höherer Ordnung zu finden“ (ebd.: 38). Schäfer/Schnelle fassen die Ausführungen Flecks folgendermaßen zusammen:

Die Formulierung von Regelmäßigkeiten unter den Krankheitsphänomenen, die Definition von Krankheitseinheiten ist daher nur bei hoher Abstraktion von individuellen Beobachtungen möglich. Oft erfolgen daher Konzeptualisierungen in der Medizin statistisch. (Schäfer/Schnelle 1980: XIX über Fleck)

Fleck betont des Weiteren die „Diskrepanz zwischen Buchwissen und lebendigen Beobachtungen“. Medizin sei in besonderer Weise immer an die Praxis rückgebunden. Denn man könne in der Medizin „oft den berühmten Satz anwenden: ‚In der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor‘“ (Fleck [1927] 1983: 40). Schäfer/Schnelle (1980: XIX) schreiben dazu:

Konzeptionen, Modelle und Ansätze, kurz alles zur theoretischen Erklärung von Krankheitsbeobachtungen Zählende ist damit einem ständigen, sehr unmittelbaren Erfolgsdruck ausgesetzt. [...] Die Unzahl der Besonderheiten in konkreten Krankheitszuständen zwingt zur ständigen Veränderung der ärztlichen Konzeption.

Aus diesem Grund plädiert Fleck dafür, Krankheitsphänomene spezifisch temporär und dynamisch zu fassen:

Der Gegenstand ärztlichen Denkens, die Krankheit, ist kein dauerhafter Zustand, sondern ein sich unablässig verändernder Prozeß, der seine eigene zeitliche Genese, seinen Verlauf und Hingang hat. Diese wissenschaftliche Fiktion, dieses Individuum, geschaffen durch Abstraktion, gestützt auf Statistik und Intuition, das Individuum genannt Krankheit, das bei statistischer Auffassung rundweg irrational ist, unfafßbar und sich nicht eindeutig definieren läßt, wird erst in temporärer Fassung zur konkreten Einheit. Niemals ein status praesens, sondern erst die historia morbi schafft die Krankheitseinheit. (Fleck [1927] 1983: 43)

Etwa 80 Jahre später scheint folgende Aussage im Kapitel „Krankheitsdefinitionen“ eines Überblickswerks zur „Geschichte der Medizin“ von Wolfgang U. Eckart die Ansicht von Fleck zu bestätigen:

Krankheitsdefinitionen sind fast so zahlreich, wie die Krankheiten des Menschen selbst. Sie sind prinzipiell immer im sozialen, politischen, kulturellen und wissenschaftlichen Kontext ihrer Zeit und als ein Abbild ebendieser zu verstehen. (Eckart ⁸2017: 310)

Eckart präsentiert unter Rückgriff auf die Differenzierungen der Medizinsoziologen Heiko Waller und Johannes Siegrist die folgenden acht „Krankheitskonzepte“:

- das medizinische Krankheitskonzept,
- das psychosomatische Konzept,
- das Stress-Coping-Konzept,
- das Risikofaktorenkonzept,
- das sozioökonomische Konzept,
- das Devianzkonzept,
- das Konzept multifaktorieller Krankheitsentstehung und
- das Traumakonzept (physische schädigt ebenso wie seelische Gewalt den Organismus, wobei sich physische und seelische Gewalteinwirkungen immer mehr oder weniger verschränken). (Eckart ⁸2017: 318f.)

Wolfgang Vollmoeller nennt für die Konzeptualisierung psychischer Krankheiten, die folgenden Krankheitsbegriffe und Modellvorstellungen:

Das ontologische Grundkonzept [...]
 Das nominalistische Grundkonzept [...]
 Das biografische Grundkonzept [...]
 Das biopsychosoziale Modell [...]
 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell [...]
 Modell der Salutogenese [...] (Vollmoeller 2005: 230ff.)

Diese Konzepte und Modelle sowie Überschneidungen zwischen diesen werden im Folgenden in knapper Form skizziert:

Das „medizinische Krankheitskonzept“, das sich um „kausalanalytisches Verstehen und Behandeln von Krankheit auf naturwissenschaftlicher Grundlage bemüht (Ursache-Wirkungs-Zusammenhang[s] auf der körperlichen Ebene)“ (Eckart ⁸2017: 318). Dieses Krankheitskonzept habe sich durch die Erfolge „der wissenschaftlich begründeten Medizin bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert [...] zum Beginn des 21. Jahrhunderts in den westlichen Industrienationen nahezu konkurrenzlos“ durchgesetzt (ebd.). Krankheit sei dadurch „immer weniger als eine Angelegenheit der Kirche oder Seelsorge, der Familie und des Individuums betrachtet“ worden (ebd.).

Im klinischen Online-Wörterbuch Pschyrembel wird „Krankheit“ in ähnlicher Weise definiert:

Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen. Krankheit wird von der Befindlichkeitsstörung ohne objektivierbare medizinische Ursache abgegrenzt.⁹⁸

Vollmoeller bezeichnet dieses Konzept als „ontologisch“, da es auf einer „Realdefinition pathologischer Phänomene“ unabhängig von Konventionen aufbaue. In dieser Form werde es teilweise auch auf psychische Krankheiten angewandt, die „demgemäß als letztlich objektiv verankert“ gelten, deren Ursachen „als organisches Substrat wissenschaftlich nachweisbar“ seien (Vollmoeller 2005: 230).

Das psychosomatische Konzept macht nach Eckart (⁸2017: 318) „seelische Konflikte als Ursachen für körperliche Erkrankungen des Menschen verantwortlich“. Dieses Krankheitskonzept wird von Josef W. Egger, der viele Schriften zum auch von Vollmoeller angeführten „biopsychosozialen Krankheits- und Gesundheitsmodell[s]“ veröffentlicht hat, kritisiert, da es „zwei Klassen von Krankheiten, nämlich psychosomatische und nicht-psychosomatische“, suggeriere (Egger 2015: 54). Diese Dichotomie sei auf der Basis des biopsychosozialen Modells aber „weder logisch noch wissenschaftlich nützlich“. Denn dieses ist nach Egger bestrebt:

(a) die biologischen Aspekte (die organisch begründbaren Befunde), (b) die psychischen Dimensionen (Denken, Fühlen, Handeln) und (c) die sozialen wie ökologischen Lebenswelten des Menschen parallel zu erfassen und auch parallel zu nützen. (ebd.: 53)

Vollmoeller urteilt, dass sich dieses Modell vor allem für die Analyse chronischer Erkrankungen bewährt habe (Vollmoeller 2005: 231).

Das Stress-Coping-Konzept, das ähnlich wie das biopsychosoziale Modell eine „Weiterentwicklung des psychosomatischen Konzepts“ (Eckart ⁸2017: 319) darstellt, wird schon früh auf das Burnout-Phänomen bezogen (Cherniss 1980a: 17ff., im QV unter 8.1.5). Bei diesem Konzept „wird der organische Krankheitsverlauf mit sozialen und umweltbezogenen Faktoren in Beziehung gesetzt. Als Krankheitsursache kommen soziale, psychische und umweltbedingte Stressoren infrage“ (Eckart ⁸2017: 319), und „die Möglichkeiten des Einzelnen, mit den Belastungen umzuge-

⁹⁸ Siehe den Eintrag auf Pschyrembel Online (= Stellpflug/Kramer/Pschyrembel Redaktion 2018) unter: <https://www.pschyrembel.de/Krankheit/KOC8J/doc/> (zuletzt eingesehen am 9.11.2019).

hen (Bewältigungsstrategien, Salutogenese, Coping)“ spielen eine bedeutsame „Rolle für die Ausprägung des somatischen Geschehens“ (ebd.: 320). Das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky kann zudem in dieses Konzept miteinbezogen werden, um die Frage zu erhellen, „woher die Kraft rührt, die Menschen trotz widriger Umstände gesund hält“ (ebd.: 320; Antonovsky 1997). „Krankheit wird hier als Folge unzulänglicher menschlicher Ressourcen dargestellt“ (Vollmoeller 2005: 232).

Das „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“, das „zum besseren Verständnis der Schizophrenie entwickelt wurde“, behandelt aus der Perspektive der Vulnerabilität eine dem Konzept der Salutogenese komplementäre, aber ähnliche Frage. Es geht in diesem Modell darum, bei welchen Dispositionen eine Person vulnerabel dafür ist, dass Belastungsfaktoren wie Stress zur Manifestation einer Krankheit führen (vgl. Vollmoeller 2005: 231 mit Bezug auf Zubin/Spring 1977: 108ff.).

Auch das Risikofaktorenkonzept scheint für die vorliegende Arbeit Relevanz zu besitzen. Denn das Phänomen BURNOUT wird insbesondere seit den 2010er Jahren als ›Risikozustand‹ konzeptualisiert (vgl. dazu Kap. 6.2.2.2 und 6.2.2.4). Dieses Konzept entwickelte sich nach Eckart in Zusammenhang mit der Zunahme „sog. Zivilisationskrankheiten seit Beginn des 20. Jahrhunderts“ (Eckart ⁸2017: 322). Innerhalb dieser Perspektive wird untersucht, welche (beeinflussbaren) Faktoren (wie z. B. Alkohol- und Nikotinkonsum, Bewegungsmangel etc.) und „Fremdeinflüsse“ risikoreich für die Gesundheit sind (ebd.).

Im sozioökonomischen Krankheitskonzept werden ebenfalls bestimmte gesellschaftliche Machtverhältnisse als risikoreich für die Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen angesehen. Krankheit ist in diesem Konzept „das Resultat klassenspezifischer Erkrankungsrisiken durch die Stellung im Produktionsprozess und der sozialen Ungleichheit im Zugang zu Genesungschancen“ (ebd.: 323). Eine neuere sozioökonomische Sichtweise auf Krankheit stellt nach Eckart (⁸2017: 323) das Konzept der „Gratifikationskrise“ dar, das von Johannes Siegrist formuliert wurde. Nach diesem Modell, das in einer Studie von Klein/Grosse Frie/Blum (2010)⁹⁹ auch auf ›Burnout‹ bezogen wurde, sei das „Krankheits- und Burnout-Risiko erhöht“, wenn „ein dauerhaftes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung in Form von Gehalt bzw. beruflichem Aufstieg, Wertschätzung und Arbeitsplatzsicherheit“ besteht (ebd: 375).

Verhalten, das vom „normativ erwarteten bzw. erwartbaren Verhalten [...] (in der Gesellschaft)“ (Wirtz 2019)¹⁰⁰ abweicht und Krankheit damit sozial definiert,

⁹⁹ In der Zeitschrift „Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie“ (PPmP, im QV unter 8.1.4).

¹⁰⁰ Siehe das Stichwort *Devianz* im Dorsch – Lexikon der Psychologie, Onlineausgabe (= Wirtz 2019), nach Anmeldung einsehbar unter: <https://dorsch-hogrefe-com.ubproxy.ub.uni-heidelberg.de/stichwort/devianz> (zuletzt eingesehen am 12.7.2021).

wird im oben angeführten Devianzkonzept fokussiert. Eckart führt als Beispiel den strukturfunktionalistischen Ansatz nach Talcott Parsons zur Ausformulierung verschiedener Aspekte der „Krankheitsrolle“ (Eckart ⁸2017: 323) und den in den 1960er Jahren insbesondere im Rahmen von Kriminalität aber auch psychiatrischen Krankheiten diskutierten „Stigmatisierungs- und Labeling-Ansatz“ an (ebd.: 323f. u. a. mit Bezug auf George Herbert Mead, Frank Tannenbaum und Erving Goffman).

Beim nominalistischen Grundkonzept geht es nach Vollmoeller (2005: 230) um die Frage, wie man sich im Fach und in einer Gesellschaft über Krankheiten verständigt. Es ist das Konzept, das den beiden Klassifikationssystemen, der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO und dem „Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders“ (DSM) für psychische Krankheiten ten bzw. psychiatrische Diagnosen zugrunde liegt:¹⁰¹

Die Definition psychischer Krankheiten beruht im Kern auf frei wählbaren Vereinbarungen über jeweils gemeinsam angenommene Krankheitsinhalte. Nach dem aktuellen Stand dieser Konsensbildung und damit veränderbar werden in solchen Nominaldefinitionen alle diejenigen Kriterien festgelegt, bei denen man im Weiteren, d. h. gemäß entsprechender Kataloge, von „dieser Krankheit“ sprechen sollte. Im Prinzip orientieren sich an dieser Konzeption heute alle wichtigen Diagnosesysteme, das der WHO, die ICD-10 [...], wie das der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA), das DSM-IV [...]. In ihnen werden durch entsprechende Konsensusgremien einvernehmliche diagnostische Zuordnungsregeln aller anerkannten psychischen Störungen festgehalten. Ausgangspunkt sind in der Regel klinisch gut fass- und operationalisierbare sowie terminologisch unstrittige abnorme Phänomene und Kriterien unter weit gehender Vermeidung ätiopathogenetischer Implikationen. (ebd.)

Henning Saß und Isabel Saß-Houben führen zur Entwicklung der klinisch-psychologischen und psychiatrischen Klassifikation in der ICD und dem DSM aus, dass es eine „pragmatische Konsequenz“ war, „ätiologieneutrale, rein deskriptive und anhand von Kriterien operationalisierbare Diagnosesysteme zu schaffen, in denen bestimmte Symptomcluster per definitionem zu Störungsbildern zusammengefasst werden“ (Saß/Saß-Houben 2005: 145). Denn bislang sei:

über gesetzmäßige Zusammenhänge zwischen somatischen Grundbedingungen und psychopathologischem Phänotypus ebensowenig bekannt [...] wie darüber, ob die untersuchten biologischen Befunde Ursache oder Folge des psychiatrischen Störungsbildes sind. (ebd.)

101 In Kapitel 7.2 wird dieses Krankheitskonzept im Rahmen des Typs 4 einer diskursiven Praxis des Definierens beschrieben (siehe Kap. 7.2 und Beleg 12 in Kap. 6.2.2.2).

Der Begriff der ›Störung‹, mit dem im DSM-4 seit der 4. Version (APA 1994; Saß/Wittchen/Zaudig et al. 2003, im QV unter 8.1.3) „nahezu jede Diagnosebezeichnung“ versehen und der auch seit der 10. Fassung in die ICD übernommen wurde (DIMDI 1994), steht für ein Konzept,

das ausdrücklich *nicht* annimmt, dass die Zeichen und die Symptome durch die Störung im Sinne einer Krankheit verursacht werden. Stattdessen wird angenommen, dass bestimmte Zeichen und Symptome häufig gemeinsam auftreten und sich mit hoher Reliabilität zu Symptombildern (die im DSM folglich auch nicht als Syndrome¹⁰² bezeichnet werden) unter einer bestimmten Bezeichnung als Störung zusammenfassen lassen. Die Diagnose einer Störung darf jedoch erst dann gestellt werden, wenn subjektives Leiden oder Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen oder ein deutlich erhöhtes Risiko besteht, Tod, Schmerz, Behinderung oder einen wichtigen Verlust an Freiheit zu erleiden. Das bedeutet, dass durchaus alle übrigen Kriterien für eine Störung erfüllt sein können, ohne dass diese diagnostiziert werden darf, nämlich in solchen Fällen, wenn der Patient und dessen Umgebung nicht darunter leiden. [...] die Störung wird als Manifestation einer Dysfunktion im Verhalten, Denken und Fühlen oder in biologischen Abläufen aufgefasst.¹⁰³ (Saß/Saß-Houben 2005: 138f.)

Eine Störung kann demnach auch ohne „objektivierbare medizinische Ursache“ diagnostiziert werden. Des Weiteren wird im Konzept ›Störung‹ durch den genannten Leidensaspekt der subjektiven Perspektive Relevanz zugesprochen. Dies passt zu den Ausführungen Walachs zu Beginn des Kapitels, dass die „individuelle Geschichte einer Depression“ zu beachten und der geschilderten Innensicht Aufmerksamkeit zu schenken sei (Walach 2013: 81). Daran schließt das biografische Grundkonzept zur Erstellung einer psychischen Diagnose an. Diese müsse immer mit einem „Sinnbezug zur Biografie der betroffenen Person“ einhergehen (Vollmoeller 2005: 231).

In diese individuellen Geschichten einer Krankheit fließen subjektive Vorstellungen der Patientinnen und Patienten von Gesundheit und Krankheit ein. In der Forschung werden diese als „subjektive Gesundheits- und Krankheits-

102 Dass der Terminus *Syndrom* eine Aussage zur Ätiologie einschließt, bestätigt die Definition im klinischen Wörterbuch Pschyrembel: „Im engeren Sinn ein durch Zusammentreffen verschiedener Symptome gekennzeichnetes Krankheitsbild, dessen Symptome alle durch eine gleiche Ursache ausgelöst (z. B. ein Enzymdefekt) werden; im weiteren Sinn sich in die gleiche Krankheitsrichtung entwickelnder Symptomenkomplex, den verschiedene Ursachen auslösen (z. B. Parkinson-Syndrom).“ (Braun/Pschyrembel Redaktion (2016), letzte Aktualisierung dieses Artikels: 4.2016, abrufbar unter: <https://www.pschyrembel.de/Syndrom/KOM29>, Unterstreichungen im Orig. (zuletzt eingesehen am 9.11.2019)).

103 Vgl. auch die Ausführungen zur Frage „Was ist eine psychische Störung“ in der Einleitung der deutschen Fassung des DSM-5 (= Falkai/Wittchen/Döpfner et al. 2015: 26–28).

theorien“ (z. B. Verres 1998, im Überblick Birkner/Vlassenko 2015) oder „Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit“ (Faltermaier 2016), im englischen Sprachraum als „illness representations“ oder auch „common sense models of illness“ (Faltermaier 2005: 35) benannt. Beide subjektiven und sozialen Aspekte sind nicht voneinander zu trennen, denn: „Subjektive Vorstellungen werden in einem gesellschaftlichen Kontext erworben, sie sind damit nicht nur individuelle, sondern auch sozial geteilte Konstruktionen“ (Faltermaier 2005: 34). Toni Faltermaier hält „die Laienperspektive [...] für jede soziologische (und psychologische) Untersuchung von Gesundheit und Krankheit“ für unerlässlich (Faltermaier 2016: 230). Erst die Entstehung neuer wissenschaftlicher Disziplinen (wie z. B. die Gesundheitspsychologie oder Medizinsoziologie) in den 1970er Jahren und das Denken im biopsychosozialen Modell hätten es möglich gemacht, „Gesundheit und Krankheit auch aus der Perspektive des betroffenen Individuums und von sozialen Gruppen zu sehen“ (ebd.).

Faltermaier benennt folgende gemeinsame inhaltliche Kategorien von ›Gesundheit‹, die über verschiedene Studien hinweg von erwachsenen Laien in unterschiedlichen Ländern und Bevölkerungsgruppen erhoben wurden (Faltermaier 2005: 37–38)¹⁰⁴:

- „Gesundheit als *psychisches Wohlbefinden*: Sie wird beschrieben als innere Ruhe und Ausgeglichenheit sowie als positive Stimmung, Lebensfreude und Zufriedenheit, gelegentlich auch im umfassenden Sinn als inneres Gleichgewicht.
 - Gesundheit als körperliche und/oder geistige *Leistungsfähigkeit* im Hinblick auf die gute (z. B. optimale) Erfüllung von zentralen Aufgaben und sozialen Rollen (z. B. in der beruflichen Arbeit, im Sport) sowie als *Handlungsfähigkeit* im Hinblick auf grundlegende Funktionen des alltäglichen Lebens (z. B. am Morgen gut aufstehen können; normal essen, trinken, sich bewegen und schlafen können).
 - Gesundheit als *Reservoir* bzw. Potenzial an (körperlicher) Energie bzw. Stärke, die sich z. B. in körperlicher Robustheit oder in Widerstandskraft gegenüber schädlichen Einflüssen äußert.
 - Gesundheit als *Abwesenheit von Krankheit*: Gesundheit als solche ist nicht zu erleben, sondern nur ihr Gegenteil Krankheit; der gesunde Körper wird nicht wahrgenommen, „die Organe schweigen“;
 - Gesundheit als *geringes Ausmaß an gesundheitlichen Beschwerden*, Schmerzen oder Problemen“.
- (Faltermaier 2005: 37f., Kursivsetzung im Orig.)

Die Forschung hat des Weiteren untersucht, welche Theorien erwachsene Laien sich über Einflussfaktoren und Zusammenhänge bilden, die sich positiv oder

104 Zur Zusammenfassung von „subjektiven Konzepten bzw. sozialen Repräsentationen von Gesundheit“ siehe auch in komprimierterer Form Faltermaier (2016: 231f.).

negativ auf ihre Gesundheit auswirken können. Sie setzen dabei nach Faltermaier unterschiedliche Schwerpunkte:

[S]ie konzentrieren ihre Theorien entweder mehr auf riskante Bedingungen, [sic] oder mehr auf Ressourcen, [sic] oder formulieren auch Theorien der Interaktion und des Ausgleichs zwischen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen. Ein Teil der befragten Menschen vertritt auch schicksalhafte Theorien, die Gesundheit vom Zufall, dem Schicksal oder dem Alter abhängig sehen [...]. (Faltermaier 2016: 232)

Die Untersuchung subjektiver Krankheitstheorien konzentriert sich nach Alexa Franke auf zwei Schwerpunkte (Franke 2012: 247):

Zum einen auf die Erforschung der Konzepte, die Menschen generell von Krankheit haben, und zweitens auf die Erforschung der Konzepte von Patientinnen und Patienten einer bestimmten Erkrankungsgruppe über diese Krankheit.

Die Forschung habe sich bisher mehr mit der zweiten Thematik beschäftigt (ebd.). In Bezug auf bestimmte Krankheiten (wie z. B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Aids) werden folgende Aspekte abgefragt: Wahrnehmung von Symptomen und Verbindung zu einem Krankheitsbild; Annahmen über Krankheitsursachen; Erwartungen über den zeitlichen Verlauf; Erwartungen zu unmittelbaren und langfristigen Folgen; Annahmen zu Möglichkeiten der Krankheitsüberwindung (Faltermaier 2005: 47; Franke 2012: 247; Birkner/Vlassenko 2015: 141). Dabei würden einige Symptome „eindeutig als Krankheitszeichen interpretiert werden: Fieber zum Beispiel, starke anhaltende Schmerzen oder extreme Müdigkeit, für die es keine vernünftige Erklärung gibt“ (Franke 2012: 248). Franke zufolge gebe es „erstaunlicherweise noch wenige Erkenntnisse darüber, wie Krankheit subjektiv definiert wird“ (ebd.). Einige Punkte nennt sie dennoch:

- auf körperlicher Ebene: „Störung der normalen Körperfunktionen“ und „Schmerzen“
- auf der sozialen Ebene: „vor allem bei Frauen – Befürchtungen [...], in soziale Abhängigkeit zu geraten oder – vor allem bei Männern – durch Krankheit einen sozialen Abstieg und soziale Ausgrenzung zu erleiden“
- auf der psychischen Ebene: „Wahrnehmung eigener Schwäche und Einschränkungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten“
- „Krankheit als Warnsignal, kann auf Überforderung des Organismus hinweisen“ (ebd.: 248f.)

Ein wichtiges Ergebnis verschiedener Studien, das sowohl Faltermaier als auch Franke hervorheben, ist, dass in den subjektiven Krankheitstheorien von Laien „psychosomatische, psychosoziale und verhaltensbedingte Ursachen durchgehend einen hohen Stellenwert“ haben (Faltermaier 2005: 48; vgl. Franke 2012: 248).

In Verbindung zu den dargestellten Konzepten und Theorien von Fachleuten und Laien zu ›Gesundheit‹ und ›Krankheit‹ sei zum Abschluss dieses Kapitels noch ein Blick auf Krankheitskonzepte im Sozialversicherungsrecht geworfen, die im Kontext der „Regulierung des Systems der Gesundheitsversorgung“ (Huster 2017: 41), im Kontakt mit Kranken- und Unfallkassen und im Bereich von Arbeitsunfähigkeit große praktische Relevanz besitzen. Stefan Huster konstatiert die zentrale Steuerungsfunktion der Begriffe Krankheit und Krankenbehandlung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (ebd.: 42) und erläutert, warum der Gesetzgeber dennoch nie versucht habe, den Krankheitsbegriff gesetzlich zu definieren. Denn „der Fähigkeit des Begriffs, neue medizinische Erkenntnisse und Verfahren in die Versorgung zu integrieren, wäre ein derartiger Versuch auch kaum förderlich gewesen“ (ebd.). In der Sozialrechtsprechung werde „mit einem zweigliedrigen Begriff“ gearbeitet (ebd.: 43). Die Krankenkasse AOK fasst diese Definition für ihre Kunden wie folgt zusammen:

Die Sozialgerichte definieren Krankheit im Sinne der GKV als einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.¹⁰⁵
(vgl. dazu auch BSGE 35, 10: 12f.; Eckart ⁸2017: 311 und Huster 2017: 43)

Dieser Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung werde nicht „als Gegenstück zum weiten Begriff der Gesundheit im Sinne der World Health Organization verstanden, welche die Gesundheit als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens versteht“ (Spickhoff 2017). Indiz für die Notwendigkeit einer Behandlung sei auch die Erstattungsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (ebd.).

Huster nennt Beispiele für Zweifelsfälle und Unklarheiten bezogen auf diesen Krankheitsbegriff: So würden beispielsweise alterstypische und damit eigentlich nicht regelwidrige Gebrechen von der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel finanziert, aber es sei fraglich, ab wann „Fettleibigkeit oder eine Einstellung behandlungsbedürftige Krankheiten“ seien (Huster 2017: 43). Auch Bereiche wie die künstliche Befruchtung oder die prädiktive genetische Diagnostik stellten komplexe Grenzbereiche dar (ebd.: 43ff.). Der Rechtsbegriff müsse in Einzelfällen in Verbindung mit „medizinisch-sachverständige[r] Hilfe“ konkretisiert werden. Spickhoff zählt folgende Beispiele auf:

Als Krankheiten sind beispielhaft anerkannt worden: AIDS, auch solange noch keine nachteiligen Folgen feststellbar sind²¹, Alkoholabhängigkeit²², eine Eileiterschwangerschaft²³;

105 Lexikon der AOK, abrufbar unter: https://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_00448.html (Unterstreichung im Orig., zuletzt eingesehen am 9.11.2019).

Schlaganfall und Warzen²⁴; letzteres ist bereits umstritten²⁵. Indes begründen Warzen je nach Sachlage Schmerzen und eine Ansteckungsgefahr für andere, was deutlich für die Einordnung als Krankheit spricht. Auch Erschöpfungszustände können eine Krankheit auslösen²⁶, ebenso Süchte²⁷. Der Behandlung einer Krankheit dient weiter die Palliativ-Behandlung, weil und soweit sie – trotz unheilbarer Grunderkrankung – auf die Linderung von Schmerzen und damit auf die – zumindest teilweise – Beseitigung oder Linderung einer körperlichen Störung gerichtet ist²⁸. (Spickhoff 2017: 221)

Man sieht in diesen Beispielen, dass in den rechtlichen Einzelfällen folgende Attribute eine Rolle spielen können, dass eine ›Krankheit‹ angesetzt wird: ›Nachteilige Folgen‹, ›Schmerzen‹, ›Ansteckungsgefahr‹, ›(Un-)Heilbarkeit‹, ›körperliche Störung‹.

Eine weitere rechtliche Fassung des Krankheitsbegriffs findet man im Versicherungsvertragsgesetz in Bezug auf die „Leistungspflicht des Versicherers einer Berufsunfähigkeitsversicherung nach § 172 Abs. 2 VVG“ (ebd.):

Unter Krankheit im Sinne der Berufsunfähigkeitsversicherung wird allgemein jeder körperliche oder geistige Zustand verstanden, der vom normalen Gesundheitszustand so stark und so nachhaltig abweicht, dass er geeignet ist, die berufliche Leistungsfähigkeit oder die berufliche Einsatzmöglichkeit dauerhaft auszuschließen oder zu beeinträchtigen⁵⁸. (Spickhoff 2017: 224 f.)

Zu dieser Definition kommt der „Tatbestand des Ausschlusses der Leistungspflicht des Versicherers im Falle der vorsätzlichen Herbeiführung des Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer (§ 81 Abs. 1 VVG)“ (ebd.: 226) und spiegelbildlich das Attribut der ›Unverschuldetheit‹ hinzu.

3.3 Zusammenfassung

In den letzten beiden Kapiteln wurden Besonderheiten medizinischer und psychologischer Wissensproduktion, die Bedeutung semiotischer Dimensionen sowie grundlegende zeitgenössische Termini und Konzepte (›Symptom‹, ›Syndrom‹, ›Krankheit‹ und ›Gesundheit‹) innerhalb dieser Wissensbereiche ausführlich beschrieben.

Elementar sowohl für die medizinische als auch psychologische Wissensbildung ist, dass die zu erforschenden Phänomene im „Spannungsfeld von fachwissenschaftlicher Spezialisierung und menschlicher Alltagserfahrung“ (Riecke 2016: 240) und zwischen einer inneren Erlebniswelt und äußeren Wahrnehmungswelt changieren. Unter anderem am Beispiel der ›Depression‹ konnte diese „Doppelnatur“ medizinischer und psychologischer Forschung verdeutlicht (vgl. Walach 2013: 72) und mit verschiedenen Zeichendimensionen

der medizinisch-psychosomatischen Semiotik verbunden werden: Diese unterscheidet beispielsweise 1.) subjektive Symptome (= Sinzeichen aus der Innensicht der betroffenen Person), z. B. das Gefühl der Niedergeschlagenheit oder Müdigkeit, und 2.) von außen von einer Expertin/einem Experten beobachtete Zeichen (fachwissenschaftliche Legizeichen), z. B. Werte eines niedrigen Serotoninspiegels, die von ärztlich-therapeutischer Seite vor dem Hintergrund fachlicher Theorien mit anderen charakteristischen Symptomen zusammengebracht und als ›Symptomcluster‹, ›Störung‹, ›Syndrom‹ oder ›Krankheitsbild‹ gedeutet werden müssen.¹⁰⁶

Für diesen ärztlich-therapeutischen Akt des Diagnostizierens ist nach Thure von Uexküll zudem das Krankheits- bzw. Gesundheitsmodell entscheidend, das bewusst oder unbewusst zugrunde gelegt wird (von Uexküll 1984b: 33.f; vgl. Kap. 3.1). Von Uexküll kritisiert das „Krankheitsmodell des Maschinenschadens“ (ebd.), das in der Medizin seit der Neuzeit Tradition habe. Die Definition von „Krankheit“ in der aktuellen Online-Ausgabe des klinischen Wörterbuchs Pschyrembel bezieht die subjektive Empfindungsseite mit ein, der Fokus ist aber ebenfalls ein somatischer (Stellpflug/Kramer/Pschyrembel Redaktion 2018¹⁰⁷; siehe Kap. 3.2). Medizinhistorisch attestiert Eckart (⁸2017: 318), dass sich das kausalanalytisch-naturwissenschaftliche „medizinische Krankheitskonzept“ zum „Beginn des 21. Jahrhunderts in den westlichen Industrienationen nahezu konkurrenzlos“ durchgesetzt habe. Dieses Konzept wird trotz seiner dominanten Stellung jedoch durch einige andere Konzepte von Krankheit ergänzt (z. B. das psychosomatische Konzept, das Stress-Coping-Konzept, das bio-psycho-soziale Modell oder das nominalistisch-operationale Modell im Rahmen der Klassifizierungsmanuale bei psychischen und Verhaltensstörungen etc.), von denen in Kapitel 3.2. einige vorgestellt wurden. Diese Krankheitskonzepte unterscheiden sich beispielsweise darin, ob sie eine (gleiche) „objektivierbare medizinische Ursache“ als konstitutiv für den ›Krankheits‹- bzw. ›Syndrom‹-Begriff ansetzen¹⁰⁸ oder ob sie sich auf die

106 Zur fachlichen Unterscheidung der Termini *Symptom*, *Syndrom*, *Störung* und *Krankheitsbild* siehe Kapitel 3.1 und 3.2 sowie die Ausführungen im folgenden Absatz und den folgenden Fußnoten dieses Zusammenfassungskapitels.

107 Siehe den Eintrag auf Pschyrembel Online (= Stellpflug/Kramer/Pschyrembel Redaktion 2018) unter: <https://www.pschyrembel.de/Krankheit/KOC8J/doc/> (zuletzt eingesehen am 09.11.2019).

108 Vgl. den Krankheits- und Syndrombegriff im klinischen Wörterbuch „Pschyrembel Online“: **Krankheit:** „[...] Krankheit wird von der Befindlichkeitsstörung ohne objektivierbare medizinische Ursache abgegrenzt“ (Unterstreichung T.S, weitere Hervorhebungen im Orig., Stellpflug/Kramer/Pschyrembel Redaktion 2018, Pschyrembel Online, einsehbar unter: <https://www.pschyrembel.de/Krankheit/KOC8J/doc/>, zuletzt eingesehen am 9.11.2019); **Syndrom:** „Im engeren Sinn ein durch Zusammentreffen verschiedener Symptome gekennzeichnetes Krank-

aktuell vorliegende Symptomatik mit dem Begriff der ›(psychischen) Störung‹¹⁰⁹ als ›Symptombild‹ oder ›Symptomcluster‹ stützen. Die Krankheitskonzepte bzw. -modelle variieren zudem darin, wie viele verschiedene Faktoren (biologische, psychische, soziale) sie in die Hypothesenbildung zur Krankheitsentstehung und -erklärung einbeziehen und ob sie stärker potenziell schädliche, risikoreiche „Stressoren“ oder potenziell gesundheitserhaltende „Ressourcen“ fokussieren (vgl. z. B. das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und das Stress-Coping-Konzept, das salutogenetische Anteile aufweist, siehe Kap. 3.2) oder ein ›Ungleichgewicht‹ zwischen diesen Faktoren als risikoreich ansehen (z. B. das Modell der Gratifikationskrise, vgl. Kap. 3.2).

Trotz der Unterschiede gibt es jedoch auch einige Gemeinsamkeiten zwischen den Krankheitskonzepten und -modellen: Die Krankheitsursachen sind in der Regel nicht aktiv persönlicher Natur. Das heißt, dass kranke Personen ihren Zustand in der Regel nicht ‘bewusst’, ‘kontrolliert’, ‘kompetent’, ‘motiviert’ und ‘freiwillig’ herbeigeführt haben. Aktanten der Ursache-Folge-Beziehungen sind stattdessen in den meisten Krankheitsdefinitionen personifizierte biologische, soziale oder psychische Faktoren. Die Attribute, die mit dem Krankheitszustand verbunden werden, sind ‘Anomalie vor dem Hintergrund von fachlichem und gesellschaftlichem Wissen’, ‘Hilfs- bzw. Behandlungsbedürftigkeit’, ‘Unkontrollierbarkeit’, ‘Mangel an selbstregulierenden Faktoren’, ‘(drohende) eigendynamisch auftretende Funktions- und Möglichkeitseinschränkungen’, ‘Unwohlsein’ und ‘Unbewusstheit’:

- „Unfähigkeit eines Systems, seine Probleme mit eigenen Hilfsmitteln zu lösen“ (von Uexküll 1984b: 35);
- „Störung der Lebensvorgänge in Organen“ (Stellpflug/Kramer/Pschyrembel 2018);
- „Krankheit als Folge unzulänglicher menschlicher Ressourcen“ (Vollmoeller 2005: 232);
- „Störung der normalen Körperfunktionen“ (Franke 2012: 248);
- „seelische Konflikte als Ursachen für körperliche Erkrankungen“ (Eckart ⁸2017: 319);
- „Diagnose einer Störung [...], wenn subjektives Leiden oder Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen oder ein deutlich erhöhtes Risiko besteht,

heitsbild, dessen Symptome alle durch eine gleiche Ursache ausgelöst (z. B. ein Enzymdefekt) werden; im weiteren Sinn sich in die gleiche Krankheitsrichtung entwickelnder Symptomenkomplex, den verschiedene Ursachen auslösen (z. B. Parkinson-Syndrom)“ – Unterstreichung T.S., weitere Hervorhebungen im Orig., Braun/ Pschyrembel Redaktion 2016, Pschyrembel Online, einsehbar unter: <https://www.pschyrembel.de/Syndrom/KOM29/doc/> (zuletzt eingesehen am 9.11.2019). Siehe auch Kap. 3.1 und 3.2.

109 Ausgangspunkt zum Ansetzen einer psychischen Krankheit/Störung sind nach Vollmoeller „in der Regel klinisch gut fass- und operationalisierbare sowie terminologisch unstrittige abnorme Phänomene und Kriterien unter weit gehender Vermeidung ätiopathogenetischer Implikationen“ (Vollmoeller 2005: 230; vgl. auch Saß/Saß-Houben 2005: 145 und Kap. 3.2).

Tod, Schmerz, Behinderung oder einen wichtigen Verlust an Freiheit zu erleiden. [...] die Störung wird als Manifestation einer Dysfunktion im Verhalten, Denken und Fühlen oder in biologischen Abläufen aufgefasst“ (Saß/Saß-Houben 2005: 145f.);

- Die Sozialgerichte definieren Krankheit [...] als einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (Lexikon der AOK)¹¹⁰.

Risikokonzepte beziehen neben äußeren Belastungsfaktoren die involvierten Personen stärker in die Krankheitsentstehung mit ein, dadurch dass risikoreiche Verhaltensweisen benannt werden, die Personen dann bewusst und freiwillig weiter ausüben oder unterlassen können (wie z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel etc.).

Konzepte, die der salutogenetischen Perspektive zugeordnet werden können, wie z. B. ›sense of coherence‹/SOC (Kohärenzgefühl)‹, ›Resilienz‹, ›Ressourcen‹ oder ›Coping‹, schreiben den involvierten Personen schließlich teilweise Kontrollmöglichkeiten und Kompetenzen zu, wie in der Beschreibung des Kohärenzgefühls nach Antonovsky deutlich wird:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.

(Antonovsky 1997: 36, Kursivsetzung im Original)

Diese Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen finden sich auch in inhaltlichen Kategorien von ›Gesundheit‹ von erwachsenen Laien in unterschiedlichen Ländern und Bevölkerungsgruppen wieder, wie in Kapitel 3.2 mit Bezug auf verschiedene Studien dargelegt wurde: Z. B., wenn Gesundheit als „körperliche und/oder geistige Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die gute (z. B. optimale) Erfüllung von zentralen Aufgaben und sozialen Rollen (z. B. in der beruflichen Arbeit, im Sport)“ oder als „Widerstandskraft gegenüber schädlichen Einflüssen“ gefasst wird (Faltermaier 2005: 37–38; für weitere Gesundheitskonzepte siehe Kap. 3.2).

¹¹⁰ Abrufbar unter: https://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_00448.html (zuletzt eingesehen am 4.11.2019).

Die in den letzten drei Kapiteln entfalteten semiotischen Dimensionen und Zeichenfunktionen sowie Grundkonzepte bzw. Termini des medizinisch-psychologischen Bereichs werden in die Analyse der sprachlichen Mittel und diskursiven Praktiken des Definierens als Orientierungspunkte an verschiedenen Stellen in den Unterkapiteln des Analysekapitels 6.2 einfließen.