

# 1. Einleitung

Am 26. März 2009 trat die UN-Menschenrechtskonvention für Menschen mit Behinderungen in Deutschland in Kraft. In diesem Kontext möchte die vorliegende Arbeit mit ihrem Schwerpunktthema ihren theologischen Beitrag verortet sehen. Ulrich Bach selbst hat meines Wissens explizit den Begriff der Inklusion in seinen Arbeiten nicht verwendet. Dennoch verfolgte er mit seinen Anregungen, Forderungen und mitunter auch scharfer Kritik letztlich das gleiche Ziel: kein Oben und Unten, und damit keine Barrieren zwischen den Menschen. Bach hat dies vorrangig im Bereich der Theologie, der Kirche und der Diakonie eingefordert und eindringlich vor den Folgen solch eines Barrieredenkens gewarnt. Nicht umsonst bezeichnet er seine Theologie als eine Theologie nach Hadamar, einem der vielen Vernichtungsorte im Dritten Reich.

## 1.1 *Zum Aufbau der Arbeit*

Zur Darstellung der „barrierefreien Theologie“ von Ulrich Bach und ihrer Einordnung und Würdigung werden zuerst die eigenen persönlichen Voraussetzungen (1.2) sowie die Begrifflichkeit und Bedeutungshorizonte von „Behinderung“, „Krankheit“ und „Gesundheit“ und deren Verwendung dargestellt (1.3). In der Regel erweist sich die „Be“-Hinderung eines Menschen neben dem physisch-psychischen Faktum und den medizinischen Befunden vorwiegend als soziale Konstruktion mit oft weitreichenden Konsequenzen für die betroffenen Personen: Das wird deutlich anhand der sog. Disability Studies und deren Anliegen als auch der WHO-Definition von „Behinderung“ (1.4).

In der UN-Behindertenrechtskonvention von 2009 geschieht nicht wirklich Neues, aber eine erneute Konkretion der Menschenrechtscharta von 1948: Aufgrund von leidvollen Erfahrungen zeigt sich die Notwendigkeit, dass an die Geltung der Menschenrechte auch für Menschen mit Handicap nicht nur ermahnt, sondern diese unter dem Thema der Inklusion auch nachdrücklich eingefordert werden muss (1.5).

Der jeweilige gesellschaftlich-soziale Umgang mit Menschen mit schweren Krankheiten und Behinderungen wurde und wird durch religiös-spirituelle Einflüsse und Vorgaben geprägt. Die christliche Theologie kann davon nicht ausgenommen werden: Auch sie hat im Laufe der Kirchengeschichte große Schuld auf sich geladen (1.6). Das wird in Person und Werk von Ulrich Bach immer wieder deutlich (1.7). Sein theologisches und gesellschaftliches Denken und Reden entzündet sich an konkreten Situationen der Benachteiligung und Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen. Seine kontextuelle Theologie (1.8) besitzt keinen durchstrukturierten Aufbau vergleichbar der einer her-

kömmlichen systematischen Theologie, auch wenn solch ein Versuch in der Darstellung von Bachs Theologie unternommen wird (Kap. 2): Jedoch mindert das keineswegs ihre Bedeutung, sondern in ihr zeigt sich sehr eindrucksvoll eine Wahrheit über das Leben in christlicher Verantwortung, die sonst unterzugehen drohte.

In diesem Kontext wird es interessant sein, das Phänomen „Heilung“ genauer zu betrachten und deren Verhältnis zum „Heil“ zu illustrieren (Kap. 3). Denn Bachs Anliegen war es, bei körperlicher Nicht-Heilung dennoch das Heil der behinderten Menschen, letztlich aber aller Menschen, zu betonen.

Wenn Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Rationalität zu bestimmenden Maßstäben für ein gelingendes Leben werden, finden Erfahrungen von Liminalität und Angewiesen-Sein auf andere wenig Beachtung. Dadurch droht die Multidimensionalität des Lebens verloren zu gehen: Gesundheit und Krankheit bzw. Behinderung, Freude und Leid, Aktivität und Passivität.

Aus der Perspektive Bachs und anderer behinderter Menschen wird darin eine gefährliche Reduzierung sichtbar, die das Menschenbild der gegenwärtigen Gesellschaft zu großen Teilen dominiert. Es erwächst die Bedrohung der grundlegenden Einschränkung nicht nur des behinderten Menschen, sondern für jedes Individuum. Eine Theologie, die sich an einem solchen Menschenbild orientiert, erscheint von hier aus als eine behindernde und behinderte Theologie.

Dagegen ist eine barrierefreie Theologie gewünscht und erhofft. Auf den Spuren von Ulrich Bach werden entsprechende Überlegungen und Modelle aus dem deutschen und englischen Sprachraum vorgestellt (Kap. 4). Die Schlussüberlegung mit Inklusion als Paradigma im kirchlich-theologischen Bereich mahnt eine Übernahme von Verantwortung von Theologie und Kirche im Binnen- wie „Außen“-Bereich der Welt an (Kap. 5).

Zum Begriff der „Behinderung“ in meiner vorliegenden Arbeit möchte ich festhalten: Er präsentiert sich multidimensional und uneinheitlich. Trotzdem werde ich ihn verwenden. Denn andere Alternativen wie Schädigung oder Beeinträchtigung unterliegen der gleichen Problematik. Im Vergleich zu ihnen erweist sich der Begriff der Behinderung als umfassender, da er auch den externen gesellschaftlichen Aspekt des aktiven Behinderens gegenüber dem passiven Behindert-Werden bzw. –Sein umfassen kann.

In meinen Formulierungen werde ich von „behinderten Menschen“ oder von „Menschen mit Behinderung/en“ sprechen. Von einem „Behinderten“ zu sprechen halte ich für eine fahrlässige Simplifizierung: Wenn eine betroffene Person so bezeichnet wird, wird zum einen ihr Mensch-Sein und zum anderen ihre Komplexität auf ein einziges Symptom verkürzt. Es wird darauf hingewiesen, dass viele angeführte Zitate oft noch diese Begrifflichkeit verwenden. Des Weiteren möchte ich meine Terminologie geschlechtsneutral verstanden wissen; ich werde um der Lesbarkeit willen weitgehend auf geschlechtsspezifische Doppelungen verzichten.

## 1.2 *Aus eigener Betroffenheit schreiben*

Der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist meine eigene Betroffenheit durch eine Hörbehinderung. Vieles von dem, was ich selbst erlebt und erfahren habe, habe ich bei Ulrich Bach und in seinen Aussagen wiedergefunden.

Eine Behinderung wirkt sich bei jedem betroffenen Menschen anders aus. Um diese Verschiedenheit erkennen und verstehen zu können, sind Begegnungen zwischen den Menschen und eine offene Kommunikation notwendig. Das alles geht aber nur mit uns behinderten Menschen, nicht ohne uns und schon gar nicht über uns.<sup>1</sup>

Die vorliegende Arbeit könnte im Blick auf ihre Verfasserin gleichwohl als parteiisch und für eine wissenschaftliche Untersuchung zu wenig objektiv gesehen werden. Andererseits stellt sich die Frage: Wer kann für die Personengruppe der Menschen mit Behinderungen besser, adäquater und umfassender sprechen, als eine betroffene Person? Eine feministische oder eine schwarze Theologie werden heute analog auch selbstverständlich von Frauen und Menschen mit schwarzer Hautfarbe betrieben, ohne dass diese sich dafür rechtfertigen müssten. Genau in dieser scheinbaren Subjektivität kann zugleich eine Stärke dieser Studie liegen: Dadurch bringe ich Sensibilität und die Fähigkeit der Empathie ein, die es ermöglichen, sich sowohl angemessen auf gleicher Augenhöhe als auch adäquat kritisch mit Ulrich Bach und dessen Positionen auseinanderzusetzen.

Mit anderen Worten: Ich stehe auf der gleichen Ebene wie Ulrich Bach und kann ihm dadurch in der Sache „objektiver“ begegnen. Mit dieser Haltung stehe ich zudem längst nicht mehr alleine da: Sie ist Ausgangspunkt und eines der zentralen Themen der vom angelsächsischen Raum ausgehenden sog. Disability Studies, die zunehmend auch bei uns Fuß fassen und auf die ich gleich noch zu sprechen kommen werde.

Ein weiterer Aspekt ist mir wichtig: In der Vergangenheit wurden Menschen mit einer Behinderung vorwiegend als Objekte betrachtet. Das ändert sich nun langsam: Ihre Würde als Subjekt und der Wert der eigenen Erfahrung werden jetzt verstärkt aufgegriffen und dargestellt. Für dieses integrative bzw. inklusive Verhalten ist bereits Jesus ein Vorbild: So fordert er z.B. in der Heilungsgeschichte am Teich Bethesda (Joh 5,1–9) den sog. Gelähmten auf, sich aufzurichten und herumzugehen. Damit nimmt er ihn als Subjekt ernst und führt ihn so über das Objektsein hinaus.

Zudem zeigt das Beispiel der erwähnten Heilungsgeschichte, dass eine Veränderung im Verhalten und in den Einstellungen nicht nur bei den Menschen ohne

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu Sylvia Krautter, „Nichts über uns ohne uns“. Das Europäische Jahr der Menschen mit Behinderungen (2003), 414–416. Die Aussage „Nichts über uns ohne uns“ war im Übrigen der Grundsatz bzw. das Leitmotiv, welches die Europäische Union für ihre Aktion 2003 ausgab.

eine explizite Behinderung, sondern auch bei betroffenen Menschen selbst notwendig ist. So ist es heilsam, sich der heimlichen Heilserwartung, ein anderer möge mich (vergleichbar dem sog. Gelähmten zum Teich Bethesda) tragen, bewusst zu werden. In diesem Kontext hat Kathrin Asper recht: Sie betont, dass Bethesda dort ist, „wo die Strebung nach einem gesunden und heilsamen Umgang mit der Belastung zuzeiten stattfinden kann. Bethesda heißt Haus der Barmherzigkeit: es braucht dazu den barmherzigen, achtsamen und klugen Umgang mit sich selber.“<sup>2</sup> Diese Seite ist ebenso notwendig: Nicht nur Menschen ohne Behinderung sehen Menschen mit Behinderung als wertvoll an, sondern auch Menschen mit Behinderungen lernen sich selbst wertzuschätzen. Das ist auch ein Thema der sog. Disability Studies.

### 1.3 *Phänomene von „Gesundheit“, „Krankheit“ und „Behinderung“*

#### 1.3.1 *Gesundheit und Krankheit als Grundzustände menschlichen Seins*

Die Frage nach Gesundheit und Krankheit ist so alt wie die Menschheit selbst.<sup>3</sup> Gesundheit und Krankheit sind Grundphänomene des Lebens: Der einzelne Mensch ist weder gesund noch krank, sondern er befindet sich in einem Fließgleichgewicht zwischen diesen beiden Polen. Er wird demnach solange als „gesund“ angesehen, solange er vom Durchschnittswert einer allgemeinen Norm nicht allzu sehr abweicht.<sup>4</sup> Geht man von einem Ineinander von gesunden und kranken Zuständen und Befindlichkeiten aus, ist keine eindeutige Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit möglich.

Ein Mensch wäre dann als gesund zu bezeichnen, wenn ihm ein gewisses Gesundheitsniveau ermöglicht, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Dann können aber auch chronisch kranke oder behinderte Menschen trotz ihrer körperlichen Dysfunktion als gesund angesehen werden, wenn sie in der Lage sind, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Oftmals erschließt sich die Gesundheit aber erst via negationis über die Erfahrung ihres vorüber-

---

<sup>2</sup> Vgl. a. a. O., 158.

<sup>3</sup> Vgl. Dirk Lanzerath, *Krankheit und Gesundheit. Eine philosophische Annäherung an zwei Grundkategorien menschlichen Daseins* (2006), 19–49.

<sup>4</sup> Vgl. Eberhard Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss* (32000), 217; vgl. Johannes Eurich, *Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung. Ethische Reflexionen und sozialpolitische Perspektiven* (2008), 323.

gehenden oder dauerhaften Verlustes: Sie wird als eigener Zustand übersehen. Gesund zu sein bedeutet, befreit zu sein von Einschränkungen und Problemen, die eine Reflexion auf sich selbst fördern würden. Deshalb konnte der Philosoph Hans-Georg Gadamer auch von der „Verborgtheit der Gesundheit“ sprechen.<sup>5</sup>

Damit rückt die subjektive Bewältigung von Krankheit und Behinderung (mit dem Bezugspunkt der Selbstbetätigung) der einzelnen Person in den Vordergrund. Die Verbindung von objektiv vorliegenden Funktionsstörungen und subjektivem Krankheitserleben führt dann dazu, „Krankheit nicht nur als Zustand, sondern prozessual und dynamisch als biografischen Vorgang und personales Geschehen zu bewerten“<sup>6</sup>.

Der medizinische Krankheitsbegriff dagegen bezieht sich in der Regel nur auf methodisch abstrakte, organisch nachweisbare und als pathologisch definierte Befunde. Werden die Person und ihr subjektives Erleben der Krankheit eingebunden, dann weitet sich auch der klinische Krankheitsbegriff: Auch er stellt dann die Frage nach Bewältigung, Sinnggebung im Leben eines Kranken sowie dessen Funktionsfähigkeit in der Gesellschaft. Auch danach ist Gesundheit eine „anthropologische Leitvorstellung, die das Ziel gelingenden Menschseins umschreibt“<sup>7</sup>.

Daran kann sich eine biblisch-theologische Perspektive anschließen: Die grundlegende Bestimmung des Menschen als „relationales Personsein zu Gott, zu sich und der Umwelt“<sup>8</sup> wird durch seine Endlichkeit und ihre Erscheinungsweisen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung nicht aufgehoben. Es bleibt seine Aufgabe, diese Zustände in seine Beziehungen zu integrieren. Theologen wie Jürgen Moltmann und Dietrich Rössler definieren Gesundheit demnach als Kraft des Menschseins oder zum Menschsein, d.h. als Kraft, mit Krankheit und Behinderung zu leben.<sup>9</sup>

Zu Recht kritisiert aber Johannes Eurich in seiner Habilitationsschrift von 2008 daran das Übergewicht der subjektiven Dimension von Krankheit gegenüber ihrem objektiven Vorhandensein: Der Nachteil dieser theologischen Bestimmung liegt daran, dass sie organische Störungen (Krankheit) nur aus der Perspektive des subjektiven Krankseins bzw. ihrer Bewältigung wahrnimmt. Auch geraten dann das Kranksein ohne pathologischen Krankheitsbefund und

---

<sup>5</sup> Vgl. Hans-Georg Gadamer, *Über die Verborgtheit der Gesundheit* (1996).

<sup>6</sup> Vgl. Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin (Ethik – Grundlagen und Handlungsfelder 2)*, Stuttgart 2003, 45, zitiert bei: Eurich, *Gerechtigkeit*, 2008, 323.

<sup>7</sup> Schockenhoff, *Ethik*, 2000, 221, zitiert bei Eurich, *Gerechtigkeit*, 2008, 324.

<sup>8</sup> So Eurich, *Gerechtigkeit*, 2008, 324, dem ich mich anschließe.

<sup>9</sup> Vgl. Jürgen Moltmann, *Gott in der Schöpfung. Ökologische Schöpfungslehre* (1993), 276; Dietrich Rössler, *Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen* (1977), 73.119.

das Sich-gesund-Fühlen trotz schon längst vorhandener Krankheitsparameter aus dem Gesichtsfeld. „Mit dem Zurücktreten des Aspekts der physischen Dysfunktion werden daher sinnvolle Unterscheidungen zwischen gesund und krank verwischt.“<sup>10</sup>

Insgesamt ist es offenbar schwierig, eine exakte Abgrenzung zwischen beiden Phänomenen vorzunehmen. Der Soziologe Dirk Lanzerath beruft sich dabei auf die These von Immanuel Kant, wenn dieser davon spricht, dass sie als Grundbegriffe zwar erörterbar oder beschreibbar, aber kaum definierbar sind.<sup>11</sup>

Wenn aber solch eine Abgrenzung geschieht, dann ist sie oft vom jeweiligen Zeit- und Kulturverständnis abhängig. So können Krankheit und Gesundheit als soziokulturelle Wertbegriffe oder auch als implizite Werturteile verstanden werden.

### 1.3.2 Krankheit als Dysfunktion

Gegen die Deutung von Gesundheit, vor allem aber von Krankheit als soziokulturellem Wertbegriff kann eingewendet werden, dass die kulturelle Varianz im Blick auf die verschiedenen Arten von Krankheit eher ein Randproblem darstellt: So gebe es bei der Bewertung von Krankheiten doch einen weitgehenden transkulturellen Konsens.

Umgekehrt könnte man vorbringen, dass dieser Konsens nur aufgrund weitverbreiteter Konventionen und Normen beruht. Für Deutungen naturalistischer Genese aber besteht der Konsens deshalb, weil diese Übereinstimmung scheinbar in der „humanen Artnatur“ liegt und damit für alle Menschen gleichermaßen gilt. Damit wären Krankheiten als „biologische Dysfunktionalitäten“ in der Natur des Menschen ablesbar.<sup>12</sup>

Vor diesem Hintergrund hat Christopher Boorse ein funktionalistisches Krankheitsverständnis entwickelt, das häufig als „(bio)medical model“ bezeichnet wird: Der Begriff der Krankheit (disease) stellt für ihn eine „wertfreie theoretische Annahme“ dar, die durch die Elemente sowohl der biologischen Funktionalität als auch der statistischen Normalität geprägt ist. Dabei verwendet Boorse den Ausdruck „normal“ stets als Äquivalent zu „natürlich“; und „natürlich“ ist für ihn das, was sich empirisch als „arttypisch“ herausgestellt hat. Dementsprechend ist Krankheit dann die Störung des „statistisch normalen Funktionierens“ eines Organismus im Feld der Umweltansprüche dieser Art.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Eurich, *Gerechtigkeit*, 2008, 325.

<sup>11</sup> Immanuel Kant zitiert bei Lanzerath, *Krankheit und Gesundheit*, 20.

<sup>12</sup> Vgl. a. a. O., 22f.

<sup>13</sup> Vgl. Christopher Boorse, *Health as a theoretical concept* (1977), 542–573, 542–562.

Unter evolutionstheoretischen Gesichtspunkten setzt dieses Funktionalitätsdenken eine sog. „Bauplan-Umwelt-Vernetzung“ als gegeben voraus, die man für die organische und anorganische Umwelt des Menschen konstatieren kann. Damit ist aber keineswegs eine Gültigkeit für den Menschen gegeben. Vielmehr muss der „Bauplan“ des Menschen zwar als vorgegebene, aber dennoch als individuell variierende und von der jeweiligen Person als zu interpretierende Größe angesehen werden.<sup>14</sup> Er lässt sich demnach auf den von seiner Umweltgebundenheit befreiten, „weltoffenen“ Menschen (Max Scheler) nicht ohne weiteres übertragen. Denn der Mensch handelt nicht nur aus natürlichen Ursachen und Trieben heraus, sondern auch aus anderen Gründen. Zudem ist er in der Lage, eigene Ziele und Ideen zu formulieren. Er verhält sich zur Welt. All das fließt in die Interpretation von Krankheit im Kontext des eigenen Lebensentwurfs ein.

Die von Christopher Boorse präferierte Form der isolierten funktionalistischen Betrachtungsweise des menschlichen Körpers entspricht der im Allgemeinen anzutreffenden Perspektive. Sie beruht auf dem Hintergrund der Gedanken von René Descartes und seiner Interpreten in der Folgezeit: Sie verstehen nämlich den Menschen als ein seiner Substanz nach dualistisch-organisiertes Leib-Seele-Wesen und ignorieren dabei die Verschränkung dieser beiden Teile. Mit solch einer Deutung aber wird die Person eines Menschen auf seinen Körper reduziert. Dadurch scheint der Mensch zu einer funktional zu verstehenden wie einfach zu interpretierenden Einheit zu werden.<sup>15</sup>

Diese Konzeption mag im Alltag wie in den Naturwissenschaften ihre Berechtigung haben. Doch darf bezweifelt werden, ob demnach sich Krankheit bzw. das Kranksein wirklich nur als Panne und damit auf den naturwissenschaftlichen Befund reduzieren lassen. Das könnte zu einer Verengung der Sichtweise und damit zu einer „biomedizinischen Täuschung“ führen.<sup>16</sup>

### 1.3.3 Krankheit als Lebenserfahrung

Krankheit kann im Kontext der Biographie nach der jeweiligen Schwere der Erkrankung den betroffenen Menschen mit der Frage nach dem Sinn seines Daseins konfrontieren: „Erst als Kranker weiß ich, wer ich bin.“<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Vgl. a. a. O., 23.

<sup>15</sup> Vgl. Dirk Lanzerath, *Natürlichkeit der Person und mechanistisches Weltbild* (1998), 81–104, 83–94.

<sup>16</sup> Vgl. Renate Schernus, *Kranksein und Suche nach Sinn*, 7–29, 14–17. Vgl. dazu auch den Beitrag von Thomas Lemke: ders., *Gesunde Körper – kranke Gesellschaft? Medizin im Zeitalter der Biopolitik* (2003), 67–71.

<sup>17</sup> Dietrich Rössler, *Vom Sinn der Krankheit* (1988), 196–209, 200.

Damit spricht Dietrich Rössler die Erfahrung an, dass Menschen erst durch Schicksalsschläge und Widrigkeiten – und das kann Krankheit sein – erkennen, und dass sie dadurch lernen, was die eigentlich wichtigen Werte im Leben sind. Das scheinbar „Selbstverständliche“ der Gesundheit<sup>18</sup> wird durch Krankheit und Behinderung erst mal in Frage gestellt: Statt Sicherheit, Optimismus und Fortschritt dominieren nun oft Angst und Ungewissheit im Leben der betroffenen Menschen. Es ist eine Konfrontation mit der eigenen kontingenten und endlichen Existenz.

Die Beobachtung, dass Krankheit als Aufruf zur Eigentlichkeit verstanden wird, ist häufig in Literatur und Kunst vorzufinden. Hier werden Krankheitserfahrung und –erleben zumindest als epistemischer Wert dargestellt: Er beginnt schon damit, den Eigenwert des Lebens intensiver wahrzunehmen. So verdankt die Menschheit einen großen Teil ihres kulturellen Schaffens Menschen, die damit ihre Krankheits- und Leiderfahrungen verarbeitet haben. Es darf nicht vergessen werden, dass aus eben diesen Erfahrungen Menschen Religionen gestiftet und Meisterwerke der Kunst hervorgebracht haben. Diese erleichterten die Bewältigung mit Krankheit, Schmerz und Todesangst.

In ähnlicher Weise betont der Medizinhistoriker und Ethiker Dietrich von Engelhardt die positive Funktion, welche die Krankheit individuell und kulturell haben kann: „Krankheiten verleihen der Beziehung von Körper und Kultur neue Dimensionen. Im Kranksein wird dem Menschen sein Körper oft erst bewußt. [...] Das durch Krankheit veränderte Körpergefühl verändert das Raum- und Zeitgefühl wie die sozialen Kontakte und das Selbstbild des Kranken.“<sup>19</sup>

Auch das Ehepaar Böhme (die Soziologin Farideh Akashe-Böhme und der Philosoph Gernot Böhme) deutet Krankheiten als ausgezeichnete Form der Leiberfahrung in einer von Leibvergessenheit geprägten Zivilisation. Darüber hinaus erschließt sich für sie in der Krankheit der grundlegende „Lastcharakter des Daseins“, von dem Martin Heidegger gesprochen hat und dessen Bewältigung zu einem guten Leben gehöre.<sup>20</sup>

Besonders schwere Krankheiten lassen vor diesem Hintergrund Fragen aufkommen wie: „Warum ist das passiert? Warum gerade jetzt? Und warum aus-

<sup>18</sup> Das Phänomen der Gesundheit ist offensichtlich und in der Tat so selbstverständlich, dass eine Auseinandersetzung mit ihr in einer der wichtigen Lexika-Reihen im theologischen Bereich fehlt: So findet man keinen separaten Artikel zu „Gesundheit“ in der Theologischen Realenzyklopädie (TRE); vielmehr wird sie unter anderen Begrifflichkeiten sublimiert. Im Gegensatz dazu steht der EKL-Beitrag, der beides, nämlich Gesundheit und Krankheit, in Verbindung darstellt (vgl. Jürgen Hübner, Art. „Gesundheit und Krankheit“ (31989), 158–161).

<sup>19</sup> Dietrich von Engelhardt, *Krankheit, Schmerz und Lebenskunst. Eine Kulturgeschichte der Körpererfahrung* (1999), 13.

<sup>20</sup> Vgl. Farideh Akashe-Böhme, Gernot Böhme, *Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen* (2005), 16–23.



gerechnet ich?“ Die erlebte und gedachte Welt kann auf einmal in sich zusammenfallen: „Ich habe etwas falsch gemacht, und das ist jetzt die Strafe dafür. Alles ist so sinnlos.“ Krankheit kann aber auch für den Einzelnen zum Anlass für eine Gewissenserforschung und eben Ausgangspunkt für Sinnsuche und Sinnfindung werden. Dadurch kann sich das ganze Leben ändern oder zumindest zu einer Änderung der Rangordnung der Lebensziele führen. Das ist nicht grundsätzlich der Fall. Es hängt sehr stark von der jeweiligen Situation, Person und Erkrankung ab.

Besonders chronische und unheilbare Erkrankungen und dauerhafte Behinderungen sind mit Blick auf die Kontingenzerfahrung des menschlichen Lebens noch einmal anders zu sehen und zu bewerten. Sie stellen kein akutes Durchgangsstadium dar, sondern müssen vielmehr über lange Zeiträume hindurch ertragen werden. Diese Zustände fordern den einzelnen, davon betroffenen Menschen in noch stärkerem Maß als solche, die nur eine vorübergehende sowie zeitlich begrenzte Erscheinung darstellen.

So kann festgehalten werden: „Mit diesem Erleben wird einerseits deutlich, dass Gesundheit als ein Zustand bezeichnet werden kann, der nicht das Gegenteil von Krankheit ist, sondern diese vielmehr mit einschließt, und andererseits lässt sich erkennen, dass der Krankheitsbegriff in dieser Betrachtungsweise eine eigentümlich dialektische Struktur von Destruktivem und Konstruktivem, von existentiellm Leid und existenzieller Chance beinhaltet.“<sup>21</sup>

### 1.3.4 Krankheit, Behinderung, Schmerz und Leiden

Hier stellt sich die Frage nach der Differenz von Krankheit und Behinderung, d.h. konkret zugespitzt: Was ist der Unterschied zwischen Krankheit und Behinderung? Die Begrifflichkeiten werden scheinbar selbstverständlich im medizinisch-naturwissenschaftlichen Bereich verwendet. Nun muss aber z.B. jemand, der behindert ist, nicht zwangsläufig krank sein. Im umgekehrten Fall kann aber jemand, der chronisch und unheilbar krank ist, auch behindert werden durch eben diese Krankheit. Der Sozialmediziner Heinz Krebs ist deshalb nicht müde geworden zu formulieren: Behinderung ist keine Krankheit, sondern die Folge eines krankhaften Ereignisses.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Lanzerath, Krankheit und Gesundheit, 30.

<sup>22</sup> Vgl. u.a. Heinz Krebs, Die Würde des behinderten Menschen – aus medizinischer Sicht (2001), 232–252, 234.

Behinderung wie Krankheit stellen keine strikten Gegensätze bzw. Negationen zur Gesundheit dar. Sie können im Hinblick auf Kontingenz und Endlichkeit zum Leben eines Menschen dazugehören.<sup>23</sup>

Zu den körperlichen Symptomen von Krankheit, aber auch Behinderung gehört in vielen Fällen der Schmerz. Man kann es so verstehen, dass in ihm die Organe ihr Schweigen brechen. Wie die Krankheit ist aber auch zugleich der Schmerz biokulturell zu verstehen: Auch er ist Natur und Kultur zugleich und bedarf der Interpretation (vgl. die kulturellen Unterschiede, mit Trauer umzugehen bzw. sie auszudrücken oder es nicht zu tun). So gibt es eine Kulturgeschichte des Schmerzes, die z.B. Dietrich von Engelhardt nachzeichnet.<sup>24</sup>

Krankheit und Schmerz müssen voneinander unterschieden werden, sie können aber auch zu einer ineinander übergehenden Einheit verschmelzen. Das gilt in besonderer Weise für chronische Schmerzen, die von den akuten zu unterscheiden sind. Die moderne Medizin geht in ihrem Konzept der Schmerztherapie mittlerweile davon aus, dass der Schmerz in vielen Fällen nicht nur als ein mögliches Symptom von Krankheit, sondern auch selbst als Krankheit angesehen werden muss. So können z.B. chronische Rückenschmerzen nicht ausschließlich auf somatische Ursachen, sondern auch auf psychische Probleme zurückgeführt werden. Andererseits gibt es auch Fälle, in denen Patienten mit organischen Befunden schmerzfrei sind.

So begreift ein biokulturelles bzw. ein bio-psychosoziales Modell des Schmerzes den Schmerz nicht nur als ein Symptom, auch nicht nur als eine Krankheit, sondern geht einen Schritt weiter: Es versteht und deutet den Schmerz wie auch die „Krankheit als Metapher“.<sup>25</sup> Das hat zur Folge, dass individuelle oder auch gesellschaftlich-kollektive Zuschreibungen von Bedeutung die Schmerzerfahrung des Einzelnen wesentlich beeinflussen können (z.B. bei Krebs-, AIDS-Erkrankungen oder etwa die romantisierende Verklärung von Tuberkulose in Thomas Manns Roman „Der Zauberberg“).

Im Vergleich dazu kann im Folgenden auch grundsätzlich zwischen Krankheit und Leiden unterschieden werden. Entsprechend der genaueren Differenzierung von Krankheit im englischen Sprachraum zwischen „disease“ und „illness“ kann man eine Krankheit haben, ohne an ihr zu leiden. Das Leiden ist aber auch vom Schmerz zu unterscheiden. Man kann Schmerzen haben, ohne zu leiden, oder

<sup>23</sup> Vgl. Gernot Böhme, Krankheit und Behinderung (2002/2003), 383–405; vgl. Dietrich von Engelhardt, Mit der Krankheit leben. Grundlagen und Perspektiven der Copingstruktur des Patienten (1986); etc.

<sup>24</sup> Vgl. von Engelhardt, Krankheit, Schmerz und Lebenskunst, 102–138.

<sup>25</sup> Vgl. das Buch der amerikanischen Schriftstellerin Susan Sontag: Krankheit als Metapher [1978] (1992). Dabei bedeutet Krankheit bei Sontag „illness“, wie der Buchtitel der Originalausgabe zeigt. „Illness“ ist im Deutschen in etwa mit „Kranksein“ im Unterschied zu „disease“ (Krankheit) wiederzugeben.