Jörg Hardy/Oliver R. Scholz (Hg./eds.)

Angewandte Philosophie

Eine internationale Zeitschrift

Applied Philosophy

An International Journal

Heft/Volume 1|2015
herausgegeben von/edited by
Ludger Jansen, Jörg Hardy

Medizinische Erkenntnistheorie /
Medical Epistemology

V&R

V&R Academic

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Angewandte Philosophie. Eine internationale Zeitschrift/
Applied Philosophy. An International Journal

Herausgegeben von/Edited by
Jörg Hardy, Oliver R. Scholz

Editorial Assistants: Laila Filali, Margarita Kaiser, Sibylle Therese Rieck, Mayana Thao

Advisory Board: Ruben Apressyan, Kurt Bayertz, Dieter Birnbacher, Dagmar Borchers, Shan Chun, Wolfgang Detel, Stefan Gosepath, Thomas Gutmann, Christoph Horn, Ivan Mikirtumov, Michael Quante, George Rudebusch, Peter Schaber, Reinold Schmücker, Gerhard Schurz, Ludwig Siep, Katja Stoppenbrink, Roman Svetlov, Holm Tetens, Paul Woodruff

Call for papers.
Applied Philosophy is a peer-review journal. The journal is published annually. Deadline for papers is July 31. The languages of publication are English, German, and French. Please send articles and correspondence regarding editorial matters to either: Oliver R. Scholz: oscholz@uni-muenster.de,
or Jörg Hardy: jhardy@zedat.fu-berlin.de

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Angewandte Philosophie. Eine internationale Zeitschrift/
Applied Philosophy. An International Journal

Heft/Volume 1|2015

herausgegeben von/edited by
Ludger Jansen, Jörg Hardy

Medizinische Erkenntnistheorie / Medical Epistemology

V&R unipress

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

ISSN 2198-8404
ISBN 978-3-8471-0505-3
ISBN 978-3-8470-0505-6 (E-Book)
ISBN 978-3-7370-0505-0 (V&R eLibrary)

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Stiftung „Menschenwürde weltweit“ in der Verwaltung der Deutschen Stiftungsagentur GmbH, Neuss.

© 2015, V&R unipress GmbH, Robert-Bosch-Breite 6, 37079 Göttingen / www.v-r.de
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.
Printed in Germany.
Druck und Bindung: CPI buchbuecher.de GmbH, Zum Alten Berg 24, 96158 Birkach

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Inhalt

Themenschwerpunkt:
Medizinische Erkenntnistheorie / Medical Epistemology

Ludger Jansen
Einleitung: Was weiß die Medizin? 7

Kazem Sadegh-Zadeh
Die Medizin ist eine deontische Disziplin 10

Alex Broadbent
Is Stability a Stable Category in Medical Epistemology? 24

Heiner Fangerau, Michael Martin
Medizinische Diagnostik und das Problem der Darstellung: Methoden der Evidenzerzeugung 38

Ludger Jansen
Expiring while the Doctors are Disputing. Principled Limits of Medical Knowledge and the Ontological Square 69

Marco Stier
Im Dickicht der Kategorienfehler, oder: Was weiß die biologische Psychiatrie? 89

Diskussion

Rainer Enskat
Gettier und kein Ende? Das doxastische Dogma der modernen Wissenstheorie 115

© V&R unipress GmbH, Göttingen

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Themenschwerpunkt: Medizinische Erkenntnistheorie / Medical Epistemology

Einleitung: Was weiß die Medizin?

Ludger Jansen

Unter der Leitfrage „Was weiß die Medizin?“ geben die Beiträge im Themenschwerpunkt dieses Heftes der Zeitschrift *Angewandte Philosophie / Applied Philosophy* einen Einblick in aktuelle Forschungen zur Theorie der medizinischen Erkenntnis.

Nicht alles, was ein Mediziner weiß, ist medizinisches Wissen. Und viele Wissensbestände der Medizin schlummern in Büchern und Aufsätzen, die vielleicht kein zeitgenössischer Mediziner je gelesen hat. Spätestens mit der Erfindung der Schrift fallen diese beiden Weisen des Wissens auseinander. Die Erfindung der Datenbank vergrößert diese Kluft: Vielleicht ‚weiß‘ eine elektronische Ressource längst um den gesuchten Zusammenhang, aber die entscheidende Suchanfrage ist noch nicht gestellt worden, so dass der entsprechende Wissensbestand nicht in den Wissensbestand eines Mediziniers gelangen konnte. Deshalb stellt sich die Frage, wie sich personales und disziplinäres, medizinisches Wissen zueinander verhalten.

Welcher Art ist das medizinische Wissen? Kazem Sadegh-Zadeh plädiert in seinem Beitrag in diesem Band dafür, die Medizin als eine deontische Disziplin zu verstehen, also als eine Disziplin, in der es darum geht, was in bestimmten Handlungssituationen getan werden soll (Sadegh-Zadeh 2015) – eine Position, die er ausführlich auch in dem von ihm verfassten *Handbook of Analytical Philosophy of Medicine* verteidigt hat (Sadegh-Zadeh 2012). Ludger Jansen argumentiert in seinem Beitrag hingegen dafür, dass das medizinische Faktenwissen ein unaufgebbares Fundament medizinischen Handelns ist (Jansen 2015).

Die entscheidende Eigenschaft des Wissens ist seine Begründbarkeit. Begründungen sind eine graduelle Angelegenheit: Eine Behauptung kann mehr oder weniger gut begründet sein. Unsere Ansprüche an Rechtfertigungen sind situations- und kontextabhängig (Willaschek 2000). Man sollte annehmen, dass unsere Erwartungen an die Begründung von Aussagen steigen, wenn sie für Handlungen relevant werden, die mit einem hohen Risiko verbunden sind. In der Medizin geht es manchmal um Leben und Tod – und immer um die Gesundheit

© V&R unipress GmbH, Göttingen

des Patienten, die wiederhergestellt, erhalten oder nicht gefährdet werden soll. Deshalb wird man erwarten dürfen, dass die Begründungsstandards in der Medizin besonders hoch sind. In der Medizin herrscht jedoch die tragische Situation, dass die hohen und berechtigten Erwartungen an die Begründungsstandards aufgrund prinzipieller Probleme gar nicht erfüllt werden können: Der Arzt muss sich oft auf statistische Daten und Wahrscheinlichkeiten verlassen.

Alex Broadbent geht in seinem Beitrag der Frage nach, ob Stabilität von Ergebnissen ein Zeichen von Verlässlichkeit ist. Wenn eine Reihe von medizinischen Studien in dieselbe Richtung weisen, steigert diese Tatsache die Wahrscheinlichkeit, dass die Wahrheit in dieser Richtung zu suchen ist (Broadbent 2015)? Heiner Fangerau und Michael Martin stellen in ihrem Beitrag dar, wie Begründungsstandards im Laufe der Medizingeschichte thematisiert werden und sich wandeln, wenn neue Methoden und Geräte verfügbar werden (Fangerau/Martin 2015). Ist mehr Verlass auf den subjektiven, aber direkten und unverfälschten, Blick des untersuchenden Arztes oder auf Geräte, deren Befund zwar weniger subjektiv gefärbt ist, dafür aber mit einer technischen Vermittlung und möglicherweise Verzerrung einhergeht? Und sollen diese Ergebnisse mit idealisierten (mithin manipulierten) Zeichnungen verglichen werden, oder wären allein „objektive" Fotografien sinnvolle Vergleichsmaßstäbe, die doch immer nur Abbild des Besonderen, nie des Allgemeinen sind? Angesichts der gestiegenen Bedeutung von bildgebenden Verfahren in der Medizin (Röntgen, Ultraschall, CT, MRT, …) haben diese Fragen keineswegs an Aktualität verloren.

Wahrheit wird in der Regel als eine Alles-oder-Nichts-Angelegenheit betrachtet: Ein Satz kann wahr oder falsch, aber nicht halbwahr oder mehr oder weniger wahr als ein anderer sein (Keil 2010). Dennoch könnte es sinnvoll sein, von mehr oder weniger großen Annäherungen an die Wirklichkeit zu sprechen: Wer sagt, Berlin habe 3,5 Millionen Einwohner, sagt zwar mit großer Wahrscheinlichkeit etwas Falsches, gibt uns aber dennoch eine gute Annäherung. Ein Anzeichen dafür könnte sein, dass wir den Satz „Berlin hat *ungefähr* 3,5 Millionen Einwohner" wohl als wahr betrachten würden, weil die Angabe für die Einwohnerzahl einer Großstadt hinreichend genau sein könnte, selbst wenn wir sie um, sagen wir, etwa 100 000 Einwohner verfehlen würden. Würden wir die Einwohnerzahl Helgolands um die gleiche Differenz verfehlen, würde das jedoch nicht ausreichen: Der Satz „Helgoland hat ungefähr 100 000 Einwohner" würde wohl nicht als wahr erachtet werden. Ingvar Johansson und Niels Lynøe haben dafür plädiert, gerade angesichts der erkenntnistheoretischen Probleme der Medizin das Streben nach Wahrheit durch das Streben nach einer hinreichend guten Annäherungen an die Wahrheit zu ersetzen (Johansson/Lynøe 2008). Was als hinreichend genaue Annäherung an die Wirklichkeit angesehen wird, ist wiederum vom jeweiligen Kontext abhängig.

Einige der erkenntnistheoretischen Probleme der Medizin hängen eng mit den jeweiligen Arten von Dingen zusammen, über die die Medizin Aussagen trifft. Das ist die These, für die Ludger Jansen in seinem Beitrag argumentiert. Anhand

© V&R unipress GmbH, Göttingen

des sogenannten „Ontologischen Quadrats“ fragt er zunächst danach, welche allgemeinen ontologischen Kategorien für die Medizin relevant sind und leitet daraus eine Reihe von prinzipiellen erkenntnistheoretischen Problemen ab.

Während es viele medizinische Disziplinen wie die Anatomie mit materiellen Dingen zu tun haben, beschäftigt sich die Psychiatrie mit mentalen Sachverhalten: mit dem Geist und seinen möglichen Erkrankungen. Doch auch in dieser medizinischen Subdiziplin spielen freilich materielle Dinge eine Rolle: Gehirne und ihre Substrukturen. Marco Stier erörtert in seinem Beitrag die daraus erwachsenden erkenntnistheoretischen Probleme der biologischen Psychiatrie und das Problem der psychischen Erkrankungen. Er erörtert, welche (Arten von) Verbindungen zwischen dem Bereich des Geistes und dem Gegenstandsbereich der Biologie angenommen werden können, also etwa zwischen Wahnvorstellungen und Angstzuständen auf der einen, Neuronen und Neurotransmittern auf der anderen Seite.

Die Beiträge in diesem Band erschließen ein noch wenig erkundetes Forschungsfeld. In einzigartiger Weise verbindet die Medizin naturwissenschaftliches Wissen und Anwendungsbezug in zugleich komplexen und existentiellen Handlungssituationen. Eine genauere Analyse des medizinischen Wissens und der Praxis seiner Anwendung könnte daher auch für ebendiese Praxis hilfreich sein. Es steht daher zu wünschen, dass die hier versammelten Beiträge zu weiteren Arbeiten zur Erkenntnistheorie der Medizin anregen werden.

Literatur

Broadbent, A. 2015. Is Stability a Stable Category in Medical Epistemology?, in: *Angewandte Philosophie* 2, 24–37.

Fangerau, H.; Martin M. 2015. Medizinische Diagnostik und das Problem der Darstellung: Methoden der Evidenzerzeugung, in: *Angewandte Philosophie* 2, 38–68.

Jansen, L. 2015. Expiring while the Doctors are Disputing. Limits Medical Knowledge and the Ontological Square, in: *Angewandte Philosophie* 2, 69–88.

Johansson, I., Lynøe, N. 2008. *Medicine and Philosophy. A Twenty-First Century Introduction*, Frankfurt.

Keil, G. 2010. Halbglatzen statt Halbwahrheiten. Über Vagheit, Wahrheits- und Auflösungsgrade, in: M. Grajner, A. Rami (Hrsg.), *Wahrheit – Bedeutung – Existenz*, Frankfurt/M. 57–86.

Sadegh-Zadeh, K. 2012. *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine* (Philosophy of Medicine series, vol. 113), Dordrecht et al.

Sadegh-Zadeh, K. 2015. Die Medizin ist eine deontische Disziplin, in: *Angewandte Philosophie* 2, 10–23.

Stier, M. 2015. Im Dickicht der Kategorienfehler, oder: Was weiß die biologische Psychiatrie?, in: *Angewandte Philosophie* 2, 89–114.

Willaschek, M. 2000. Wissen, Zweifel, Kontext. Eine kontextualistische Zurückweisung des Skeptizismus, in: *Zeitschrift für Philosophische Forschung* 54, 151–172.

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Die Medizin ist eine deontische Disziplin

Kazem Sadegh-Zadeh

Abstract. Was ist praktisches Wissen? Die Diskussion über diese Frage hat sich in den letzten Jahrzehnten darauf konzentriert, das praktische Wissen als ein *Wissen-wie* aufzufassen. Im Folgenden wird eine weitere Differenzierung dieser Ansicht vorgenommen, indem durch eine Analyse der Syntax des klinisch-praktischen Wissens dafür geworben wird, dieses Wissen als eine Kategorie von bedingten Geboten für das ärztliche Handeln in der klinischen Entscheidungsfindung zu betrachten. Syntaktisch gesehen, sind diese Gebote deontische Normen („conditional obligations"). Da sie durch die diagnostisch-therapeutische Forschung (= klinische Forschung) aufgestellt und erforscht werden, muss die klinische *Forschung* als eine deontische Disziplin angesehen werden. Sie ist deshalb dem Bereich der normativen Ethik zuzuordnen. Im direkten Zusammenhang damit ist die klinische *Praxis* – als eine überzeitliche Institution, nicht als das Handeln von Einzelpersonen – als praktizierte Moral im Dienste der Menschen („Karitas") einzustufen, weil sie aus dem Versuch besteht, jene Gebote umzusetzen.

Schlüsselwörter. Wissen-wie, praktisches Wissen, klinisch-praktisches Wissen, klinische Forschung, ärztliche Praxis, bedingtes Gebot, deontische Disziplin, normative Ethik, praktizierte Moral.

1 Einleitung

Seit der Unterscheidung zwischen *Wissen-dass* und *Wissen-wie* durch Gilbert Ryle[1] wird das praktische Wissen aufgefasst als ein Wissen, *wie man etwas Bestimmtes tut*, und wird dem propositionalen Wissen, *dass etwas Bestimmtes der Fall ist*, gegenübergestellt. Das propositionale Wissen verdankt seinen Namen dem Umstand, dass es sich auf Sachverhalte der Welt bezieht und diese durch Aussagen (= Behauptungssätze) beschrieben werden, indem jemand zum Beispiel behauptet, „Ich weiß, dass *der Eiffelturm in Paris steht*". Der Inhalt dieses Wissens wird ausgedrückt durch die Aussage „Der Eiffelturm steht in Paris". Gemäß der traditionellen Erkenntnistheorie kann eine solche Aussage wahr oder falsch sein. Somit hat das propositionale Wissen, über das jemand verfügen kann, der traditionellen Erkenntnistheorie zufolge einen Wahrheitsgehalt.

1 Ryle 1946, 1 ff.

© V&R unipress GmbH, Göttingen

Das propositionale Wissen ist nicht praktisches Wissen, das praktische Wissen ist nicht propositional.[2] Somit kann das praktische Wissen nicht in Form von wahrheitsfähigen *Aussagen* über die Welt dargestellt werden. Der Versuch, diese These zu widerlegen,[3] wird bis heute kontrovers diskutiert.[4] Aus weiter unten, im Abschnitt 5 erläuterten, syntaktischen Gründen hat er auch keine Aussicht auf Erfolg. Worauf bezieht sich dann aber das praktische Wissen und woraus besteht es, wenn es nicht propositional ist, und was hat es zum Inhalt, wenn es ohne Wahrheitsgehalt ist? Diese Frage wird im Ryleschen Ansatz nicht gestellt, und daher auch nicht beantwortet. Nur bei Ryle selbst findet sich an einer einzigen Stelle seines ursprünglichen Beitrags die lapidare Bemerkung: „When a person knows how to do things of a certain sort (e.g., cook omelettes, design dresses or persuade juries), his performance is in some way governed by principles, rules, canons, standards or criteria".[5] Wie diese Prinzipien, Regeln, Kanons, Standards oder Kriterien aussehen, wird nicht thematisiert. Hingegen wird die Betrachtung des praktischen Wissens als Wissen-wie in der Regel dadurch veranschaulicht, dass einer Person, die einer bestimmten Leistung fähig ist, das praktische Wissen zugeschrieben wird, diese Leistung zu vollbringen.[6] So wird beispielsweise jemandem, der das Präludium Nr. 17 des Wohltemperierten Klaviers von Johann Sebastian Bach spielen kann, das praktische Wissen zuerkannt, dieses Präludium zu spielen. Es ist jedoch fraglich, ob diese Gleichsetzung von praktischer Fähigkeit und Fertigkeit mit praktischem Wissen dieses Wissen adäquat und vollständig charakterisiert. Denn sie überantwortet das erkenntnistheoretische Problem „Was ist praktisches Wissen?" der Domäne der Psychologie der Fähigkeiten und der Neurophysiologie der sensomotorischen Fertigkeiten, und verdeckt dadurch die Notwendigkeit einer analytisch-philosophischen Erforschung der Natur und Struktur des praktischen Wissens. Die Folge davon ist, dass die Philosophie bis heute keine Auskunft darüber gibt, wie wir uns die Syntax, Semantik und Pragmatik des praktischen Wissens vorzustellen haben. Seine negative Charakterisierung als nicht-propositionales Wissen befriedigt nicht das philosophische Bedürfnis, was es denn nun positiv sei, wenn es kein propositionales Wissen sei. In dem vorliegenden Beitrag wird anhand einer Analyse der Struktur des praktischen Wissens in der Medizin eine Antwort auf diese Frage vorgeschlagen.

Weiter unten wird im Abschnitt 4 am Beispiel des klinisch-praktischen Wissens gezeigt, dass dieses Wissen aus deontischen Normen besteht. Da die Medizin als Heilkunde, repräsentiert durch die klinische Medizin, solche deontischen Normen erforscht, institutionalisiert und anwendet, wird sie daher im Abschnitt 5 als eine deontische Disziplin kategorisiert. Im Verlaufe der Untersuchung wird auf

2 Ryle 1946, 4 ff.
3 Stanley / Williamson 2001.
4 Vgl. Jung 2012.
5 Vgl. Ryle 1946, 8.
6 Vgl. Jung 2012.

© V&R unipress GmbH, Göttingen

den Gebrauch von formal-logischen Hilfsmitteln weitestgehend verzichtet.[7] In den nächsten zwei Abschnitten 2–3 wird zunächst die oben angekündigte Antwort kurz vorbereitet.

2 Das praktische Wissen in einer praktischen Wissenschaft

Der Rylesche Ansatz ist mit Psychologismus behaftet, der bereits damit begonnen hat, dass Ryle selbst das *Wissen-wie* als eine Disposition des Wissenden betrachtet hat.[8] Dies hat dazu geführt, dass bisher nur der Wissenszustand des wissenden Individuum im Vordergrund der Diskussionen steht.[9] Um die Notwendigkeit einer weitergehenden Analyse des Begriffs des praktischen Wissens hervortreten zu lassen, muss man jedoch über das wissende Subjekt (wie zum Beispiel: Koch, Schneider, Fußballspieler) hinausblicken und sich der öffentlichen, intersubjektiven Erscheinungsform des praktischen Wissens selbst zuwenden. Das beste Feld für eine solche Untersuchung sind die praktischen Wissenschaften, weil sie, im Gegensatz zu nicht-akademischen Praktiken wie Kochen, Schneidern und Fußballspielen, ihr Wissen methodisch pflegen und es in Form von lehr- und lernbaren Texten der öffentlichen Analyse, Diskussion und Kritik zugänglich machen. Es ist dieses verbalisierte, als Text kodifizierte und nicht bloß als unsichtbare Disposition im wissenden Individuum verborgene Wissen der Praxis, das untersucht werden muss, wenn man seine Beschaffenheit und Herkunft angemessen verstehen und es mit anderen Wissensarten vergleichen will. Im Folgenden soll uns eine spezielle Variante dieses veröffentlichten praktischen Wissens als Beispiel dienen. Es handelt sich um das praktische Wissen in der klinischen Medizin. Bevor wir jedoch zu seiner Rekonstruktion schreiten, wird im nächsten Abschnitt zunächst die Medizin grob strukturiert, um genau zu lokalisieren, „wo in der Medizin sich dieses Wissen befindet".

3 Die Strukturierung der Medizin

Die Medizin besteht aus zwei Teilgebieten, einem klinischen Teil und einem nicht-klinischen Teil (das altgriechische Wort κλίνη – „kline" – bedeutet „Lager, Bett, Krankenbett"). Der klinische Teil, genannt *klinische Medizin*, befasst sich mit Kranken und Krankheiten und umfasst Fachgebiete wie Kinderheilkunde, Frauenheilkunde, Innere Medizin und andere. Der nicht-klinische Teil widmet sich, fern vom Krankenbett, biomedizinischen Themen und Fragestellungen und besteht aus Fachgebieten wie Anatomie, Physiologie, Biochemie, Genetik u. ä.

7 Eine solche, formal präzise Explikation findet man in Sadegh-Zadeh 2015.
8 Ryle 1946, 14; Ryle 1949 [2000], 46.
9 Vgl. Jung 2012, 197–206.

© V&R unipress GmbH, Göttingen