

Gesundheit als private Aufgabe und soziales Gut

Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ

ZUSAMMENFASSUNG

Geistesgeschichtlich lassen sich zwei unterschiedliche Konzepte aufzeigen, die die Gesellschaft nachhaltig beeinflusst haben: Individualismus und Kollektivismus. Beide Strömungen haben auch das Gesundheitswesen geprägt. Der Arzt steht nun vor der Aufgabe, zwei Fehlformen der Erwartungen an sein Können in ein richtiges Maß zu bringen. Er kann sich nicht ausschließlich als Verwalter chemischer oder physiologischer Prozesse verstehen, muß andererseits aber auch der Überpsychologisierung der Krankheit gegensteuern.

Schlüsselwörter: Individualismus, Kollektivismus, Einstellung zu Krankheit / Gesundheit, Fehlerwartungen an den Arzt

ABSTRACT

The history of intellectual studies shows two different concepts of public health which have had a lasting influence on society: Individualism and Collectivism. Both have left their stamp on the idea of public health. The medical doctor faces the task of bringing about a bit of moderation between two wrong ideas of the expectations placed in his skills. He cannot understand himself as just being an administrator of chemical or physiological processes but on the other hand must also try to counteract the psychological over rating of bad health or illness.

keywords: individualism, collectivism, attitude to illness, health, wrong expectations regarding the doctor's powers

NICHTS scheint auf den ersten Blick so vernünftig zusammenzustimmen wie Gesundheit als privates (persönliches) und als soziales (gemeinschaftliches) Gut. Nichts scheint daher auch einfacher zu sein als die Forderung, der Arzt müsse „der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“ dienen, wie es in der Musterberufsordnung der deutschen Ärzte von 1933 steht. Daß zwischen diesen beiden Gütern Spannungen, ja Gegenläufigkeiten auftreten können, bleibt durch diese Formulierung zunächst verschleiert. Tatsächlich aber spannt die Formulierung unterschiedliche Konzepte der ärztlichen Tätigkeit zusammen, die sich in zwei verschiedene ärztliche Berufe ausgeformt haben: in den Arzt für Krankheiten der Einzelperson und den Arzt für die Gesundheit des Kollektivs (Amtsarzt auf den Gesundheitsbehörden, Schularzt, Wissenschaftler etc.).

Drei Fragefelder schließen sich an:

1. Welcher Art sind die dahinterstehenden Konzepte? Historisch gefragt: wie ist diese Differenz zwischen privatem und sozialem Gut in der Geistesgeschichte entstanden?
2. Wo liegen die möglichen ärztlichen Konfliktfelder?
3. Gibt es Fehlformen der Erwartungen an den Arzt und ein Richtmaß der Behandlung?

1. Individualismus und Kollektivismus im Gesundheitswesen

- a) Schon der Hippokratische Eid verpflichtet den Arzt auf den einzelnen Kranken und steht damit im Gesamtductus des griechischen Denkens. Dieses widersetzt sich mit dem neuen Bewußtsein (logos) den vorgängigen alten Bewußtseinsstrukturen des Magischen und Mythischen. Magie und Mythos sind beide von der Sippen- und Blutsbindung, also vom Kollektiv her bestimmt, während logos/Logizität die Fähigkeit zur

Differenzierung, zum Herausarbeiten und Werden des einzelnen bedeutet. Zu dieser logoshaften Differenzierung gesellt sich im europäischen Denkhorizont der zunächst jüdische, dann christliche Impuls von der Gottverwandtschaft des Menschen und der Ebengeburts der beiden Geschlechter, was begrifflich seit Boethius in den Terminus „Person“ zusammengefaßt wird. Personalität bedeutet – weltgeschichtlich erstmalig und einmalig – die in jedem Menschen selbst aufsteigende Würde, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, sozialer Klasse, Rasse etc. Dieses universale Konzept von Menschlichkeit ist religiös begründet: Brüderlichkeit ist die Folge des einen Vaters (PAULUS schreibt programmatisch in Gal 3,28: „Hier gilt nicht mehr Jude oder Grieche, Sklave oder Freier, Mann oder Frau...“). Diese religiöse Begründung von Menschlichkeit verbündet sich mit der griechischen Logizität bzw. mit der entmythologisierten, kausalen Naturbetrachtung, wie sie später auch der arabisch-islamischen Welt vom 8. bis 14. Jahrhundert die entscheidenden Forschungsvorgaben liefert.

Während die islamische Kultur aber seit dem 14. Jahrhundert diese wissenschaftliche Neugierde (curiositas) einbüßt (übrigens wegen einer theologischen Übergewichtung der göttlichen Allmacht, welche die Naturkausalitäten jederzeit willentlich aufheben könnte), hat das jüdisch-christliche Europa die Gedanken der unersetzlichen Personalität des Einzelnen in Verbindung mit einer kausal-rationalen Entzifferung der Naturgesetze zu staunenswerten Ergebnissen weiterentwickelt.

Auf der einen Seite ergaben sich humanwissenschaftlich das Naturrechtsdenken, die Menschenrechte, die französischen Revolutionsforderungen von Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit; auf der anderen Seite naturwissenschaftlich die technisch-wissenschaftliche Zivilisation der Moderne: beides heute

in weltweitem Export, d.h. maßstäblich geworden. Zugleich ist beides in einen unübersehbaren Selbstzweifel geraten.

Das Dilemma der Medizin an der Schnittstelle von Human- und Naturwissenschaft ergibt sich nämlich durch die Übersteigerung oder Vereinseitigung des Personalen zum Individualismus. Einmal abgesehen von allen frühen Wurzeln (Epikureismus, Nominalismus) hat das 18. Jahrhundert den Individualismus als Credo für die freie Wirtschaft, aber auch für die Politik entwickelt (letzteres z. B. im „Gesellschaftsvertrag“ ROUSSEAUS, welcher zwischen freien Einzelnen ein gemeinschaftliches Vertragswesen abschließen läßt). Insbesondere der englische Wirtschaftsliberalismus vertritt das Konzept des autonomen Individuums = Produzenten, der in freier Konkurrenz den Gütertausch maximierte. Bernard de MANDEVILLE bringt es in dem berühmten Buchtitel auf das Wesentliche: „The Fable of the Bees, or Private Vices Made Public Benefits“. In dieser „Bienenfabel“ wird die private Habgier zur Triebkraft der öffentlichen Wohlfahrt – da nämlich eine „Invisible Hand“, die wohl letztlich die Hand Gottes ist, diese privaten Laster in der Addition zu einem öffentlichen Gut mache. Was darin übersehen ist: Nicht jede Biene ist ein freier Unternehmer, sondern ganz im Gegenteil in ihren Funktionen festgelegt; sie ist also genau kein Individuum, sondern existiert nur im Kontext des Systems. Insofern handelt es sich bei der Rechtfertigung der Habgier um eine gefährliche These, deren Gefährlichkeit und eingetretene Wirklichkeit heute in der medizinischen Praxis offenkundig werden. Denn der Gedanke vom Wohl des Einzelnen als Maxime ärztlichen Handelns verbündet sich mit einem bis ins letzte ausgebauten Versicherungssystem und den medizinisch-technischen Höchstleistungen zu einem Maximum und Optimum an Einzelbetreuung, was in der Folge bis zu einer Forderung

anwächst, in der Einzelbetreuung überhaupt alle möglichen Reserven auszuschöpfen. Es ist soweit gekommen, daß der Einsatz aller möglichen medizinischen Mittel quasi als Menschenrecht angesehen wird. (Kürzlich wurde als Asylgrund von der Partei der Grünen vorgeschlagen, alle Kranken aufzunehmen, die in ihrer Heimat nicht nach dem Standard der Bundesrepublik behandelt würden.)

- b) Im Gegenzug hat sich im 19. Jahrhundert der Kollektivismus als gesellschaftstheoretische Antithese zum Individualismus herausgebildet: Die Gesellschaft als Ganze besitze seins- und wertmäßig den Vorrang vor dem Einzelnen (in der bekanntesten Ausformung stammt die Idee von MARX, aber auch der Soziologe Auguste COMTE nannte den Individualismus „die abendländische Krankheit“). Überhaupt traten Fragen des bonum commune in den Vordergrund, gerade auch in einer traditionsbewußten Größe wie der katholischen Kirche, die mit LEO XIII. am Ende des 19. Jahrhunderts die soziale Verpflichtung des Christseins unterstrich. Freilich haben sich in unserem „Jahrhundert der Wölfe“ (Nadeshda MANDELSTAM) wiederum die einseitigen und an kein individuelles Korrektiv gebundenen Kollektive verwirklicht. Der Weg vom sozialen zum sozialistischen, nationalsozialistischen und kommunistischen Kollektiv war kurz und für etwa 100 Millionen Menschen tödlich (1917-1989 gerechnet, Friedens- und Kriegszeiten zusammengenommen).

Auch für die Medizin bedeutet der Kollektivismus ein Erbe schwieriger, nicht einhelliger Art. Die folgenden Darstellungen schließen sich an einen vorzüglichen Aufsatz von Esther FISCHER-HOMBERGER von 1973 an.¹ Im Zuge der medizinischen Aufklärung des Volkes wurden einige wesentliche Errungenschaften im 19. Jahrhundert nicht nur für wenige, sondern für alle etabliert, so z. B. die Pockenimpfung. Insbesondere aber wurde

die Diätetik besser als Hygiene bekannt, zur allgemeinen Errungenschaft des 19. Jahrhunderts. Gerade in der hygienischen Aufklärung war das Wohlergehen der Allgemeinheit und nicht des Einzelnen das oberste Ziel. So formulierte einer der berühmtesten Ärzte des 19. Jahrhunderts, Rudolf VIRCHOW (1821-1902), gewissermaßen triumphierend: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im großen.“² Wesentlich erfüllt wurde diese Definition durch die tiefgreifenden Veränderungen in der Folge von Charles DARWIN (1809-1882) und seinem epochemachenden Buch über „Die Entstehung der Arten“ („The Origin of Species“). Mit der darin entwickelten Theorie von der natürlichen Selektion wurde der sogenannte „Sozialdarwinismus“ verbunden, der insbesondere von Alfred Russel WALLACE (1823-1913) auf das soziale Zusammenleben angewendet wurde. WALLACE vertrat 1864 die Meinung, wo die natürliche Zuchtwahl ausfalle, müsse eigentlich eine künstliche Zuchtwahl ergänzt werden. Unmittelbar ausgesprochen wurden diese naheliegenden Folgerungen auch von Sir Francis GALTON (1822-1911), dem Vetter DARWINs, der damit zum Vater der Eugenik wurde, welchen Ausdruck er selbst geprägt hatte.³ „Es ist Grund vorhanden anzunehmen, daß die Impfung Tausende erhalten hat, welche infolge ihrer schwachen Constitution früher den Pocken erlegen wären. Hierdurch geschieht es, daß auch die schwächeren Glieder der civilisierten Gesellschaft ihre Art fortpflanzen. Niemand, welcher der Zucht domestizierter Thiere seine Aufmerksamkeit gewidmet hat, wird daran zweifeln, daß dies für die Rasse des Menschen im höchsten Grade schädlich sein muß.“⁴

Insofern drängte sich die Frage unabwweichlich auf, ob die Medizin eine neue Ethik entwickeln müsse, und zwar in Beantwortung der Frage, ob das Gemeinwohl oder das

Wohl des einzelnen Kranken im Vordergrund stünde. In England wurde diese Ethik freilich nicht im Sinne der Ausmerzungen der Kranken, sondern im Sinne einer Verträglichkeit beider Aufgaben der Ethik verstanden. Auch DARWIN wollte die bisherige Sittlichkeit im Umgang mit den Kranken nicht verändert wissen. „Wenn wir absichtlich den Schwachen und Hülflösen vernachlässigen sollten, so könnte es nur geschehen um den Preis einer aus einem vorliegenden überwältigenden Übel herzuleitenden großen Wohltath. Wir müssen daher die ganz zweifellos schlechte Wirkung des Lebenbleibens und der Vermehrung der Schwachen ertragen.“⁵

Anders war die Entwicklung in Deutschland, und zwar zunächst geistesgeschichtlich ausgelöst durch den Namen von Friedrich NIETZSCHE (1844-1900) und sein überaus einflußreiches Werk „Also sprach Zarathustra“ (1883-1885). Ohne unmittelbar auf medizinische Ethik einwirken zu wollen, wurden doch ausgesprochen brachiale Formulierungen im „Zarathustra“ unmittelbar praktisch verstanden. Dazu gehörten Sätze wie: „Nicht nur fort sollst du dich pflanzen, sondern hinauf!“ – „Sollte ich fürderhin euch Leidende bequemer betten? Nein! Nein! Drei mal Nein! Immer Mehr, immer Bessere eure Art sollen zugrunde gehen (...) Auf Weniges, auf Langes, auf Fernes geht mein Sinn und meine Sehnsucht: was gienge mich euer kleines, vieles, kurzes Elend an!“ – „Also heischt es meine große Liebe zu den Fernsten: schone deinen Nächsten nicht!“⁶ Die Wirkung solcher Provokationen, verbunden mit der Verachtung des Mitleids, führte 1895 zu Alexander TILLE (1866-1912) mit dem Werk „Von DARWIN bis NIETZSCHE. Ein Buch der Entwicklungsethik“.⁷ TILLE stellte Humanität und Entwicklungslehre als Gegensätze dar, mit der Prognose, die Entwicklungslehre werde die Humanität zurückdrängen. Verschärft trat dieser Ge-

danke bei dem berühmt-berüchtigten Sozialisten Alfred PLOETZ (1860-1940) auf, der den Begriff der „Rassenhygiene“ schuf. Im Falle eines Konfliktes zwischen Allgemeinheit und Einzelnen war PLOETZ ausdrücklich für die Rassenhygiene im Sinne der Höherentwicklung der Gesamtheit. Unter diesem gleichsam naturwissenschaftlichen Aspekt schrieben weitere Mediziner am Ende des Jahrhunderts deutlich und ausgeprägt für die Wohlfahrt des Ganzen im unbedingten Vorrang zur vernachlässigenswerten humanitären Einzelsorge.⁸ Die Konsequenzen im Dritten Reich sind zu bekannt, als daß sie hier wiederholt werden müßten. Weniger bekannt und noch kaum erforscht ist eine durchaus vergleichbare Entwicklung in den sozialistischen Staaten seit 1917. Auch hier galt weithin theoretisch wie praktisch eine gesellschaftsorientierte Ethik. FISCHER-HOMBERGER zitiert den Beschluß einer Ärztekonzferenz in Ungarn von 1961: „Der Arzt hat seine Patienten politisch zu beeinflussen, muß politischer Agitator sein!“⁹ Desgleichen lautete eine langjährige sowjetmedizinische Parole: „Die Interessen des Kollektivs nehmen gegenüber den Interessen des Individuums immer den Vorrang ein.“¹⁰

Mit diesen historischen und politischen Überlegungen seien nur einzelne, aber grundlegende Linien des medizinischen Kollektivdenkens aufgerissen. Von hier aus läßt sich die weitere Aktualisierung anfragen.

2. Ärztliche Konfliktfelder zwischen Individualismus und Kollektivismus

Als Nichtmedizinerin stütze ich mich im folgenden auf den im Herbst 1996 veröffentlichten Beitrag von Hans-Bernhard WUERMELING, „Wem der Arzt verpflichtet ist“.¹¹ Darin werden sieben Konfliktfelder dargestellt, die ich selbst um ein achttes ergänzen möchte. Der

Zwiespalt zwischen Einzel- und Gemeinwohl drückt sich in folgenden acht Themenbereichen aus:

1. Eindeutig dem Gemeinwohl dienen die „rein wissenschaftlichen Versuche“ mit dem Ziel, wissenschaftliche Forschung zu vertiefen, die für die Versuchsperson (den Probanden) ohne Nutzen bleiben. Diese fremdnützigen Versuche dürfen ethisch nur an Freiwilligen durchgeführt werden. Davon zu unterscheiden sind medizinische Versuche, die zugleich dem Patienten einen möglichen Nutzen bringen können, die „klinischen Versuche“.
2. Die genetische Beratung, die sich zwar deutlich von der „Eugenik“ oder Erbpflege absetzt, welche eindeutig kollektivorientiert ist, dient dennoch in der Mikrostruktur der Familie, nicht dem gezeugten Kind, sondern im Regelfall als Entscheidungshilfe für die Eltern. Genauer gesagt wird sie bei einer negativen Diagnose zur Tötung des Kindes führen, d. h. in diesem Fall das Individuum zu Gunsten eines Mikrokollektivs opfern.
3. Bei der Abtreibung gilt derselbe Konflikt, der auch in diesem Fall zuungunsten des Kindes und zugunsten der Interessen anderer Betroffener gelöst wird.
4. Ein Zwiespalt entsteht für den Arzt auch bei der Geheimhaltung und Meldepflicht. Für die Seuchenhygiene gelten ärztliche Meldepflichten, die kollidieren können mit dem privaten Geheimhaltungsanspruch. Insbesondere bei ansteckenden Krankheiten sind Kompromisse zwischen Einzel- und Gemeinwohl schwer einzugehen. In Falle von Aids ist allerdings gesetzlich die private Geheimhaltungspflicht des Arztes bestätigt worden – in diesem Fall zuungunsten des Kollektivs.
5. Die „wirtschaftliche Allokation“ meint eine ökonomische Begrenzung von medizinischen Mitteln im Falle übergroßer oder nicht zu befriedigender Ansprüche. Dies kann z. B. für die Katastrophenmedizin zu-

treffen, für die seit langem die „Triage“ entwickelt ist, was natürlich dem Überlebensinteresse des Einzelnen widerspricht. Andererseits ist gerade im Falle von Katastrophen mit knappen Mitteln zu rechnen, die der Arzt dann nach seinem Entscheiden am meisten nutzbringend zu verteilen hat. Dasselbe Problem wird sich bei steigendem Bedarf an Organen bei der Transplantation ergeben, wenn nicht genügend Menschen bereit sind, ihre Organe nach ihrem Tod zur Verfügung zu stellen. Auch bei der Transplantation kommt es bereits notwendig zur Triage, weil nicht jedem Empfänger ein Spender zugeordnet werden kann.

6. Ähnlich ist die Lage bei der „zeitlichen Allokation“, die der Arzt persönlich für sich zu klären hat. Soll er die Ausbildung auf die Vermeidung und Früherkennung von Krankheiten konzentrieren oder bereits vorhandene Krankheiten behandeln? Beide Felder ergänzen sich nur scheinbar; in der Wirklichkeit liegt eine Notwendigkeit zur Interessenkonzentration und Studienkonzentration vor.
7. Im Rahmen der Organtransplantation ist ein Konflikt zu verzeichnen: Entgegen der Befürchtung der Allgemeinheit, schon zu Lebzeiten würden potentielle Organspender in ihren Daten erfaßt, gilt hier vielmehr, daß grundsätzlich abgelehnt wird, schon zu Lebzeiten solche Patienten auf ihre Verwendung zur Organspende zu untersuchen. Für den möglichen Empfänger wäre dies allerdings von Vorteil, da es hier um schnellstes Handeln bei der Übernahme der Organe ginge. Der Konflikt zwischen eigennützigem und fremdnützigem Interessenwahrung liegt hier klar auf der Hand.
8. Euthanasie und Behandlungsabbruch oder Behandlungsverzicht sind ein zukünftiges Feld der „Interessenkollision“. Sollte Bestrebungen nachgegeben werden, den Tod auf Verlangen einzuführen, so stünde wohl hinter diesem Verlangen merklich oder un-

merklich der Druck des Kollektivs, den Leidenden, nicht aber sein Leid zu beseitigen. Andererseits ist heute eine neue *ars moriendi* nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt erforderlich. Statt die Lebenserhaltung um jeden Preis zu fordern, wäre es wichtig, für die gesamte Gesellschaft den Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten klar zu machen. Sterbenlassen läge im Interesse des Einzelnen, während Töten ein Ausdruck der Unfähigkeit des Kollektivs ist, den Tod für jeden Einzelnen unverfügbar zu halten. Der Unterschied zwischen Tun und Lassen ist gerade an dieser Stelle ein Unterschied zugunsten des Einzelnen.

3. Gesundheit als privates Gut.

Fehlformen der Erwartungen an den Arzt und Richtmaß der Behandlung

Das letzte Beispiel von der Kunst des Sterbenlassens, aber auch die eugenische Beratung und die notgedrungene Beschränkung der ärztlichen Mittel führten zu einem grundlegenden Bereich, der nicht vom Arzt allein zu verwalten ist. Er betrifft die Einstellung des Kranken selbst zu seiner Krankheit, anders: das Ethos gegenüber dem Leben und seinen Mängeln, schließlich auch gegenüber dem *finis* des Lebens. *Finis* kann ja als Schluß im Sinne von Ende, aber auch als Ziel im Sinne von Vollendung verstanden werden. Im Ethos des Leidenden selbst trifft der Arzt auf eine Vorentscheidung oder auch Gleichgültigkeit, die er nicht (mehr) beeinflussen kann oder soll. Gerade an der Grenze der ärztlichen Kunst wird dieses Ethos wirksam im Sinne einer Wirklichkeit. Hier grenzt der Arzt selber an Weltanschauung, an die Indifferenz oder an die Religion seines Patienten und muß mit einer suggestiven Reaktion rechnen. Dabei ist noch nicht berücksichtigt, daß der Arzt selbst Weltanschau-

ung, Indifferenz oder Religion als Vorentscheidungen mit sich trägt.

Der Blick sei abschließend auf zwei heute mögliche Fehlformen im Bezug des Leidenden auf den Arzt gerichtet, auf die der Arzt korrigierend, also Fehlerwartungen geraderichtend, eingehen sollte.

a) Das eine ist ein mechanistisches Vorverständnis der Krankheit (es sei hier nicht beleuchtet, wie weit die Medizin dies selbst zu verantworten hat, besonders in der Nachfolge des mechanistischen 18. und 19. Jahrhunderts). Der Patient sieht den Arzt als Verwalter chemischer oder physiologischer Prozesse, die dieser ohne weiteres reparierend in Gang zu setzen habe, oder er sieht die Krankheit als „dinglichen Zustand“, der mechanisch beseitigt werden müsse. Sprachlich drückt sich das so aus: „Man hat eine Krankheit“, nicht „Ich bin krank“. Krankheit ist hier eine Normstörung, die sich wieder beheben läßt, im Zweifelsfall ohne viel eigenes Zutun. Hier ist der Arzt als Mechaniker erfaßt, als „Leibesingenieur“, wie Hans JONAS formulierte; wie der *Deus faber* des 17. Jahrhunderts, Gott als Uhrmacher, ist er *Medicus faber*, Uhrmacher und Maschinenbauer. Das wird dadurch unterstrichen, daß Krankheit keine Zeit mehr beanspruchen sollte; sie ist nicht menschliches Geschehen, das ausgetragen wird und möglicherweise in der Biographie verankert ist, sondern Symptom, das rasch zu verschwinden hat.

b) Eine zweite Fehlform bewirkt eine entgegengesetzte Haltung und ist seit einigen Jahren ein gesellschaftliches Krisenzeichen: die Überpsychologisierung der eigenen Krankheit und die Erwartung umfassender psychosomatischer Heilung, verbunden mit der Stilisierung des Arztes zum Seelenarzt und Guru, zum „holistischen“ Heiler und Soteriologen. Das drückt sich in der übertriebenen, haltlosen Aufmerksamkeit aus, die der Diät und magisch aufgeladenen Naturheilverfahren gewidmet wird. „Erlösung

durch Diät“ ist ein Massenphänomen; Dinkelmehl hat in gewissen Kreisen fast sakramentalen Charakter. Die „Hildegardmedizin“, mit der die große Heilige und Naturforscherin HILDEGARD VON BINGEN im 12. Jahrhundert, damals durchaus auf der Höhe der Kenntnisse ihrer Zeit und verwoben in eine kosmologische Deutung aller Naturvorgänge, Edelsteine und Nahrungsmittel zur Heilung beschrieb, werden heute ohne tieferes Nachprüfen mit magischer Gläubigkeit eingenommen: so die Rebholzwurzelasche zur Zahnpflege, das Auspendeln der Nahrung, die Edelsteine gegen bestimmte Krankheiten, auf der Haut zu tragen oder zermahlen in der Nahrung... Ernährung wird damit ein pseudoreligiöser Vorgang, ebenso wie auch schon Materialien zur Bekleidung (Hanfhemden) etc. Die Verwechslung von Heilung mit endgültigem Heil hat soeben der evangelische Theologe Ulrich KÖRTNER treffend beschrieben,¹² freilich den terminologisch gewagten Vorschlag gemacht, statt der gewünschten „holistischen“ Medizin eine „integrale“ Medizin auszuformulieren, die nicht derart religiös überhöht sei. Auf jeden Fall müsse man zu einem „mehrdimensionalen“ Krankheitsbild kommen.

Zweifellos ist in dieses holistische Bild des Arztes der richtige Wunsch des Patienten mit eingegangen, seine Krankheit nicht nur als biologischen, sondern als biographischen, personalen Vorgang zu sehen und helfend beantworten zu lassen. Dennoch kann der Arzt nicht, und zwar schon aus Verantwortung nicht, dem Kranken vorletzte und letzte Fragen nach Sinn und Bestehbarkeit seiner Krankheit und seines Todes abnehmen oder sich im Vorfeld in der Allmacht des Heilers, schlimmstenfalls des Schamanen präsentieren. Unsere Gesellschaft hat die Sinnfrage suspendiert, sie nur noch im Endlichen zugelassen. Bei existentiellen Einschnitten, wie schwerer Krankheit und Ster-

ben kommt es plötzlich zu Ausbrüchen des ansonsten Tötgeschwiegenen: wozu das Ganze diene, wozu das Leiden überhaupt Sinn habe. Gekoppelt werden diese Ausbrüche nicht selten und ersatzhalber an eine „Mitleidsmoral“, nämlich den Wunsch nach aktiver Euthanasie: Wenn es schon aus sein sollte, dann schnell und geräuschlos. Hier kann und darf der Arzt nicht plötzlich jenen transzendenten Sinn abdecken, den die gesamte Kultur und der Einzelne bislang vernachlässigte. Der Arzt darf sich nicht als Ersatz für einen innerweltlichen Holismus mißbrauchen lassen, nämlich einsteigen für ein in sich rundes, befriedetes, harmonisches Dasein. Die Harmonie des Daseins gibt es nicht, auch wenn ihr die berühmte und berühmte Definition der World Health Organisation nahekommt: Gesundheit sei der „Zustand (!) des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Mit solchen utopischen Definitionen von glücklichen Menschen ist die Flucht aus der zu bestehenden fragmentarischen Wirklichkeit besiegelt. Mit diesem allseitigen Wohlbefinden scheint jenes „laue Behagen“ nahe gerückt, von dem Sigmund FREUD spöttisch sprach. Spöttisch, weil es die kulturelle Dekadenz begleitet...

Entgegen dem mechanischen, entgegen aber auch dem holistischen Bild hat der Arzt *Nähe* und *Ferne* zum Patienten einzuhalten. Nähe als Person in verantwortender und gegebenenfalls einführender Begleitung, Ferne in der wissenschaftlichen Distanz, wenn es geboten ist, auch als „Leibesingenieur“. Das Richtmaß oder richtige Maß ärztlichen Handelns ist der Mensch in seiner Unvollkommenheit, auch die Gesellschaft in ihrer Unvollkommenheit. Hier wird der Arzt nicht in einer Person die Ziele sowohl des Individuums wie des Kollektivs vertreten können; gerade um dieser Unvollkommenheit gerecht zu werden, bedarf es einer Aufgabenteilung. Ein Vorschlag: Diese Aufgabenteilung ist po-

litisch zu vollziehen, indem arbeitsteilig die verschiedenen Interessen unterschiedlichen Institutionen oder Personen zugewiesen werden (wie das in der Rechtsprechung der Fall ist, wo der Staatsanwalt die Belange der Allgemeinheit, der Rechtsanwalt die Belange seines Mandanten vertritt¹³).

Die Utopie beseitigten Leides ist freilich weder für den Einzelnen noch für die Gesamtheit als Rahmen ärztlichen Handelns sinnvoll. Menschsein enthält nicht als Ausnahme, sondern konstitutiv eine Störung. Der Bochumer Biochemiker Herbert SCHRIEFERS hat dafür den Ausdruck „Leidwesen Mensch“ treffend geprägt. Wir können krank werden und sterben nur, weil wir – wie die Philosophie, so etwa HEIDEGGER sagen würde – immer schon kränklich und sterblich sind. Die Annahme dieser Tatsache gehört zur Reife; die Annahme dieser Tragik gehört zum Menschsein, was Blaise PASCAL im 17. Jahrhundert ausgeführt hat. Der bloß naturalistische Begriff von Krankheit und Gesundheit mag für das Tier gelten (auch hier wäre er aber fraglich, wenn man Rö 8 trauen würde, wo PAULUS vom „Seufzen der gesamten Schöpfung“ nach dem Offenbarwerden der Kinder Gottes spricht). Für den Menschen gilt auf jeden Fall, daß er „mehr ist als er selbst“. Den bloß natürlichen Menschen gibt es gar nicht. Um noch einmal auf NIETZSCHE zu verweisen, der als Vordenker des Vitalismus gilt, der aber zur Selbstkorrektur auch in diesem Punkt fähig war: „Nichts ist unnatürlicher als die Natur.“ Immer transzendiert der Mensch sich selber, mit jeder Frage nach dem Sinn reicht er über das Vorfindliche hinaus. Im leiblich Gestillten wie im Ungestillten liegen von außen uneinsehbare, nicht beurteilbare Gewinne und Verluste.

Das freie, selbstgesetzliche Subjekt der Aufklärung war die eine Utopie, das optimierte Kollektiv war die andere Utopie der Neuzeit. In nicht auflösender Spannung bleibt der Mensch übrig. Die Sinnlinien sei-

nes Daseins dürfen nicht verkürzt werden: weder auf dem bloßen, perfekten Ichbezug des Einzelnen (Holismus), noch auf das Einfügen in dem bloßen Wirbezug ins Kollektiv einer irdischen *societas perfecta*.

Damit beide Pole einigermaßen gleichgewichtig im Lot bleiben, bedarf es einer dritten Sinnlinie: von Innen nach Oben. Bisher war von der horizontalen Sinnlinie die Rede: vom Wir zum Ich (von Außen nach Innen) und vom Ich zum Ich (von Innen nach Innen). Die dritte Sinnlinie steigt aber von Innen nach Oben auf. Von ihr hat die gesamte Kultur wieder zu sprechen, nach den Kahlschlägen des Atheismus, des Existentialismus, des Kollektivismus, des heutigen Holismus im Innerweltlichen. Die gesamte Kultur, nicht allein der Arzt hat die Oben-Dimension des Menschen neu und gründlich zu buchstabieren, wenn nicht bloß die lapidar-barocke Feststellung zutreffen soll: „humus fumus sumus“. Wir sind mehr als „Dreck und Rauch“, und diesem geheimnisvollen Mehr ist die ärztliche Kunst durchaus verpflichtet, ob sie nun mehr

das private oder das soziale Gut im Blick hat, oder ob sie nun Individualismus oder Kollektivismus in der Gesundheit anzielt.¹⁴

Referenzen

1. Esther FISCHER-HOMBERGER, Dem Einzelnen oder der Gesamtheit verpflichtet? Zwei Arten ärztlicher Ethik. Ein Kapitel aus der Medizingeschichte, in: Schweizerische Ärztezeitung 20 (1973).
2. Ebd.
3. Ebd., 3.
4. Ebd., 3f.
5. Ebd., 4.
6. Ebd., 5.
7. Ebd., 5.
8. Ebd., 6ff.
9. Ebd., 8.
10. Ebd., 8.
11. In: Stefan KOLB (Hg.), Fürsorge oder Vorsorge? Die Ethik medizinischer Forschung, 86-95, Frankfurt 1996.
12. In: Ethik in der Medizin 8(1986), 27-42.
13. WUERMELING a.a.O., 98
14. Vgl. dazu die Kapitel über Arzt und Heilen bei: Romano GUARDINI, Ethik. Vorlesungen an der Münchner Universität. 2 Bde., hrsg. v. Hans MERCKER, München 1994.