

Die Medizin des Gesundheitswesens

Selbstverantwortungsdiskurs und Krankheitsverständnis

v. Meinhard Creydt

Die Medizin des Gesundheitswesens in modernen kapitalistischen Gesellschaften bezieht sich auf Krankheit und Gesundheit in einer Weise, die als alternativenlos und als von ihrem Objekt sachlich vorgegeben erscheint. Für Ärzte und Patienten spielt es gemeinhin keine Rolle, dass die herrschenden Strukturen der Arbeit, Technik, Konsumtion und Verteilung sowie des Wohnens und Transports gesellschaftlich vermeidbare Schädigungen der Gesundheit beinhalten: für die Arbeitenden, die Verbraucher der Produkte, die den chemischen Stoffen Exponierten, die an Hektik, Krach und Umweltverschmutzung Leidenden.

Prof. Hans-Ulrich Deppe zufolge lassen sich „25-30% der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention und Gesundheitsförderung vermeiden.“ Deppe zufolge sind „die Arbeitsbedingungen der krankmachende Faktor № 1. ... Es sind offensichtlich viel mehr Krankheiten durch Arbeit verursacht, als offiziell anerkannt wird“ (Interview in: Neues Deutschland, 7.5. 2002). Laut Prof. Johannes Siegrist könnten durch „ein stressfreieres Arbeitsumfeld“ bis zu 10.000 Herzinfarkte im Jahr vermieden werden (Geo 3/2002, S. 161). Dr. Benita v. Eberstein (1996) zeigt am Beispiel der Volkskrankheit Rheuma, wie die Frustration von Entfaltungsbedürfnissen durch restriktive, unüberschaubare und unsichere Lebensbedingungen und die gesellschaftlich sanktionierte Hemmung der entsprechenden Emotionen krankheitskonstitutiv wirken.

Der Medizin des Gesundheitswesens ist die Verkehrung eigen, das individuelle Eintreten für Gesundheit zum Zentrum zu erheben und damit die gesellschaftliche Arbeit an Krankheit zu einem Nicht-Thema missraten zu lassen. ‚Gesund leben‘ zu wollen heißt gegenwärtig nach Möglichkeiten zu suchen, wie den als unabänderbar anerkannten Schädigungen zum Trotz sich Gesundheit bewerkstelligen lässt. Das einschlägige Gegenargument an dieser Stelle – Ärzte könnten auf das vorfindliche Leiden nur so reagieren, dass sie das Individuum behandeln und weder Arbeitsbedingungen noch gesellschaftliche Konkurrenz, Hierarchie und die Machtlosigkeit und Überforderung der Individuen verändern – stimmt nur bezogen auf das Verhältnis zwischen dem einzelnen Arzt und dem einzelnen Kranken. Die Medizin ist nicht nur die Nothilfe, die übrig bleibt, weil gesellschaftliche Arbeit an Krankheit nicht oder nicht ausreichend praktiziert wird. Medizin bestätigt und befördert diesen Mangel, indem sie ihr eigenes Tun in Sachen Krankheit zur Hauptsache erhebt. Die Medizin des Gesundheitswesens praktiziert einen Idealismus der Nothilfe, der die Not vergessen machen soll im unendlichen Bemühen gegen sie als vermeintlich einzig mögliche einschlägige Praxis.

Gesundheitsbezogene Auflagen unterbinden allein jene ‚Auswüchse‘, die ‚unnötig‘ sind oder so gravierend ausfallen, dass sie schon die geltenden Geschäftsgrundlagen infragestellen. Wie sich auch an der Konstruktion der ‚Grenzwerte‘ zeigen lässt (vgl. Beck 1986; 34,86), geht es der Medizin weniger um den „intakten und von pathologischen Auffälligkeiten verschonten Organismus“, sondern um den „in Bezug auf eine äußerst eingeschränkte gesellschaftliche Funktion nicht symptomatischen Organismus“. Nicht der „ungestörte Körper“, sondern „der nicht störende Körper“ ist das Objekt, auf das sich die gegenwärtige Medizin bezieht (Schmitz-Weiss 1990, 63). Sie bevorzugt Konzepte, die die Verursachung in Krankheitserregern oder genetischen Bedingungen sehen. „Die Bedingungsfaktoren bleiben im Bereich der pathogenetischen Mikroereignisse der Medizin. Das implizite Praxismuster heißt: ‚aus dem unveränderten Feld wird das Agens entfernt‘“ (Kühn 2001, 14, vgl. a. Wiemer 2001, 19f.). Auf der zweitobersten Stufe der aufmerksamkeitsbezogenen Rangfolge steht angeblich individuell vermeidbares Risikoverhalten der Individuen, das die Bewegung, Ernährung, Alkohol und Tabak betrifft. Am untersten Ende der Rangfolge stehen gesellschaftliche Bedingungen und Strukturen. „Nirgendwo ist das Geld knapper, sind die Legitimationskosten höher und ist die Beweislast schwerer als bei Versuchen, in Bereiche wie Arbeit, Verkehr und Wohnbedingungen oder soziale Probleme wie Armut, Erwerbs- oder Machtlosigkeit unter Gesundheitsaspekten zu intervenieren“ (Kühn 2001, 16).

Während bestimmte die Individuen entlastende, wenn auch gesundheitsabträgliche Aktivitäten als Risikofaktoren in den Vordergrund treten, rücken andere unlustvolle und gesundheitsschädliche Gepflogenheiten in den Hintergrund, z. B. die Vergewaltigung des Biorhythmus durch die Arbeitszeit und die schleichende Vergiftung durch Chemisierung und Verschmutzung der Umwelt. Die Einseitigkeit des einschlägigen Diskurses zeigt sich auch durch die Frage, warum zwar gesunde Ernährung propagiert und Kochkurse veranstaltet würden, aber nicht die „Aneignung von Kenntnissen und die Übung von Verhaltensweisen, mit denen Beschäftigte sich in der Arbeit zusammen mit ihren Kolleginnen gegen Lärm, Staub oder inkonsistente Anforderungen und Mobbing durch Vorgesetzte zur Wehr setzen könnten?“ (Kühn 2001, 15).

Im Unterschied zur behaupteten Überbeanspruchung und „Anspruchsinflation im Gesundheitswesen“ (Luhmann) sorgen Konkurrenz und Leistungsdruck dafür, dass das Individuum sich eine Gleichgültigkeit gegenüber seinen Körper- und Nervenkräften zuzulegen hat, insofern deren Vernutzung fremdbestimmt ist. Aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes schleppen sich einer Emnid-Umfrage zufolge „37 % der Beschäftigten auch mit einer schweren Erkältung in die Firma. Mehr als die Hälfte (51 %) würde sich nur krankschreiben lassen, wenn es wirklich nicht mehr geht“ (Hamburger Abendblatt 4.3.2003).

Risikofaktoren-Konzept

Dilemmatisch ist auch, gesellschaftlich vorgefundenen Stress-Situationen mit ‚Risikoverhalten‘ (Rauchen, Alkohol usw.) zu begegnen, also als Einzelner die Bewältigung von individuell nicht kontrollierbaren Problemen mit Mitteln zu betreiben, deren längere Anwendung schadet. „Risikoverhalten ist also weder uninformatives, noch irrationales, noch verantwortungsloses Verhalten, es ist die individuelle Entscheidung in einer ‚no-win‘-Situation“ (Kickbusch, Wenzel 1981/38). Statistische Zusammenhänge – z.B. zwischen Bluthochdruck, Rauchen, erhöhtem Cholesterinspiegel und Herzinfarkt – werden oft als Kausalbeziehungen verstanden. Würde alternativ dazu nach einem ‚gemeinsamen Dritten‘ gefragt, kämen bspw. chronische Überlastung und Nervosität in den Blick, die sowohl Herzgefäße durch neurohormonale Dauerstressreaktionen schädigen als auch Zigarettenkonsum als Bewältigungsverhalten nahe legen (vgl. von Eberstein 1991). Gerade weil Gesundheit auch vom Verhalten des Einzelnen abhängt, neigt der Alltagsverstand dazu, den ‚eigenen Anteil‘ zu übertreiben.

Ärzte unterscheiden in unbefangener Selbstverständlichkeit zwischen vermeidbaren und unvermeidbaren Risiken und konzentrieren sich auf die vermeintlich vermeidbaren Risiken, und halten sich für sie für zuständig, für die unvermeidbaren Risiken für unzuständig. Und die Ärztetätigkeit beinhaltet schon so viel und anstrengende Arbeit, dass man den Ärzten allerdings dankbar zu sein habe, wenn sie „etwas für einen tun“. Die Ärzte gelten als Sachwalter von Gesundheit, ohne dass deutlich würde, dass es sich um das Standhalten unter der Herrschaft von als substanziell unveränderbar geltenden krankheitsverursachenden sozialen Basisstrukturen handelt. Der heimliche Lehrplan der Medizin ist, gesundheitliche Probleme zu übersetzen in Nachfrage nach medizinischen Leistungen. (Eine Nebenfolge der Symptombehandlung ist die Medikamentenabhängigkeit.) Die Unmittelbarkeit der drängenden Nachfrage und die Tatsache, dass es keine gesundheitsbezogene grundlegende Arbeit unter gesundheitlichen Aspekten an der Gesellschaft gibt, verstärken das positive Image der vorfindlichen Medizin.

Insofern Ärzte Menschen „fit“ machen für die harte Außenwelt, fehlt ihnen die Aufmerksamkeit und Sympathie dafür, dass Krankheit auch einen Kampf bezeichnet und den „lautlosen, sprachlosen, bewusstlosen Widerstand der ermatteten Körper“ (Schmitz-Weiss 1990, 65). Wer sich auf die Produktivität und Effektivität des Wirtschaftens konzentriert und davon ausgeht, die Opfer würden durch Konsum und Freizeit kompensierbar, verharmlost die gesundheitlichen Schädigungen. Auch in der Belastungsforschung wird vielfach abgesehen von den systematisch bereits im herrschenden Erwerbs- und Geschäftsleben angelegten Widersprüchen individueller Existenz zwischen Gleichgültigkeit und Identifikation, gefordertem Engagement und subjektiv nicht fordernder Tätigkeit, Verausgabung und Erhalt von Arbeitskraft, Unterordnung und Selbständigkeit, Wahrnehmung von Interessen und Anpassung, Konkurrenz und Kooperation, Unabsehbarkeit der gesellschaftlichen Entwicklung und langfristiger individueller Planung.

Gesundheit wird oft so definiert, dass sie mit der Widerstandskraft gegen Zumutungen und der Dickfelligkeit gegen unausweichbare Widersprüche identisch wird, und gerät zu einer Art ‚trotzdem‘. Wo die herrschenden Imperative der Erwerbs- und Geschäftswelt als Welt schlechthin verstanden und die gesundheitsbezogenen Zumutungen seitens der Erwerbs- und Geschäftswelt einer Heteronomie der (Außen-)Welt zugeschrieben werden, dort wird die faktische Normalität von Gesundheitsgefährdungen banalisiert, universalisiert und ontologisiert. Der „natürliche Verschleiß“ und die gesellschaftsformationspezifischen Ursachen für Krankheit lassen sich dann nicht mehr unterscheiden.

Die herrschende Medizin propagiert das Ideal von Gesundheit als Aushaltenkönnen nicht offensiv, sondern erklärt Krankheit aus den vielfältigen einzelnen kontingenten individuellen Mängeln an Abwehr und Widerstandskraft. Die Medizin konzentriert sich auf die Mängel, die der Mensch im Verhältnis zum Ideal der unverwüchtlichen Widerstandskraft hat. Dass kein Mensch diesem Ideal entspricht, leitet dazu über, Krankheit wegen der dann imponierenden Schwäche der Menschennatur für eine Art Universalie zu halten. Dem Arzt kommt dann die Aufgabe zu, im jeweils individuellen Fall zu helfen oder zu lindern. Ärzte stellen permanent einen Vergleich an, in dem den weniger gesunden Menschen die gesünderen als Beleg dafür gelten sollen, dass Gesundheit prinzipiell möglich sei. Diese Differenz avanciert zum Dreh- und Angelpunkt medikalisierender Fremd- und Selbstwahrnehmung.

Gesundheitliche Probleme belegen der medizinischen Perspektive zufolge die Anfälligkeit und Störbarkeit des Menschenkörpers. Insofern Ärzte es schon immer mit einer schwachen Menschennatur zu tun haben, können sie viele Mängel ihres Tuns auf das Objekt ihrer Behandlung schieben. Der gängigen Medizin ist der ideologische Effekt immanent, Gesundheit als eine Angelegenheit darzustellen, über die die Art und Weise der individuellen Lebensführung entscheidet. Die medizinische Ideologie bildet einen eigenen Zufluss zu einer von ihr zugleich in Anspruch genommenen viel umfangreicheren Selbstbestimmungs- und Selbstverwirklichungs-ideologie. Ihr zufolge können die Individuen zwar nicht gesellschaftliches Subjekt ihres gesellschaftlichen Lebens sein, wohl aber sollen sie sich dazu befähigt und bemüht sehen, individuell per subjektiver Aufbereitung und Assimilation der objektiven Realität in ihrem Leben dieses als eigenes Projekt zu führen. Das Individuum muss in „seiner“ Gegenwart das Gegenwärtige selbst wollen. Seine Autonomie gelingt ihm in dem Maß, in dem es dazu imstande ist, sich sein Sicheinfügen in die von menschlichen Belangen abstrahierende gesellschaftliche Objektivität als untergeordnetes Moment einer diese Anpassung imaginär übergreifenden Perspektive gelingender subjektiver Existenz glaubhaft und überzeugend zurechtzulegen (vgl. Creydt 2000, 304 ff.).

Zur Individualisierung des Handlungsbedarfs passt als Kehrseite die Naturalisierung des aus der medizinischen Perspektive her Unverfügbaren sowie die entsprechende Demut und Entlastung. Die Endlichkeit menschlichen Lebens

wird notorisch an einer Stelle geltend gemacht, an der es um die Abwesenheit der gesellschaftlichen Arbeit an gesellschaftlichen Krankheitsursachen ginge. Der Artikulation dieses Themas wird also nicht nur Wissen und Sprache entzogen. Sondern die Ahnung einer ungelösten Problematik soll erst gar nicht aufkommen. Die Medizin macht sich mit ihren Praktiken an einer Stelle fest und breit, die anders zu besetzen wäre, aber aufgrund ihrer faktischen Besetzung durch die Medizin nicht als gesellschaftlich ungelöste und unter herrschenden Strukturen auch wohl unlösbare Aufgabe (Durchwirkung der gesellschaftlichen Basisstrukturen unter gesundheitlichen Kriterien) erscheint, sondern als automatisch auf die Medizin verweisend und auf das Monopol ihres alternativenlos erscheinenden Alleinvertretungsanspruches in Sachen Krankheit und Gesundheit.

Insofern die Ärzte sich auf das konzentrieren, was dem Individuum individuell an Selbstmanagement zum Zwecke des gesünderen Lebens möglich ist, erscheinen die Grenzen individueller Gesundheitsvorsorge im ärztlich empfohlenen und durch vielerlei Medien propagierten Sorgeverhalten des Individuums als lauter Uneinsichtigkeiten, Inkonsequenzen und Unmäßigkeiten des Individuums, also als Schranken des moralisch verantwortungsvollen und medizinisch wertvollen Umgangs des Individuums mit sich selbst. Solcherart Untugenden gelten den Ärzten als unmittelbare Ursache des Misslingens ihrer Bemühungen. Die Medizin gewinnt mit den – am moralischen Ideal gemessen – versagenden Menschen eine Universalausrede für eigenes Scheitern. Unablässig kämpft die Medizin gegen die Schwachheit der Menschen („Der Geist ist willig, das Fleisch ist schwach“) und scheitert immer wieder, ohne dass dadurch der ehrenwerte Charakter dieser Bemühung ent-täuscht wird – im Gegenteil. Es gehört ja einiges zu einer Sisyphusarbeit dazu.

Die Unvernunft der Patienten

In der Diskussion um die Ausstattung des Gesundheitswesens mit knappen finanziellen Mitteln spielt die Beschuldigung der Patienten eine große Rolle. Insofern die Kranken selbst für ihre Krankheit oder zumindest für deren Ausmaß verantwortlich gemacht werden, erscheinen die Leistungen des Gesundheitswesens als eine Gunst, die einer größtenteils praktisch undankbaren und dieser Gunst eigentlich nicht würdigen Klientel zuteil werde. Dies setzt sich fort bis in die einzelne Arzt-Patient-Interaktion.

Insofern die Ärzte es scheinbar mit der Unvernunft der Menschen zu tun haben, die es in einem fort an Sorge um ihre Gesundheit fehlen lassen und die guten Ratschläge der Ärzte nicht beherzigen bzw. sich allzu inkonsequent, schwach und dumm dabei anstellen, stumpfen Mediziner ab und lassen es nach und nach an Engagement und Sorgfalt fehlen in ihrem Kontakt zum Kranken. Die vielen Behandlungsfehler resultieren auch aus diesem Grund sowie aus der Überbeanspruchung von Ärzten. Sie gründet in der gesellschaftlichen Überproduktion von Krankheitsursachen und problematischen Umgangsweisen mit Krankheit. Das Problem der gnadenlosen Überforderung der Individuen durch die Akkumulationsdynamik des Kapitals, durch die Konkurrenz und den Gegensatz der Organisationen und Techniken zu den Belangen der gedeihlichen Existenz von Individuen verschwindet hinter der mystifizierten Anerkennung der modernen und kapitalistischen Fetische von Effizienz, Produktivität usw. (vgl. Creydt 2000, Teil 2). Auch Vertreter der Public-Health-Perspektive (vgl. die Beiträge in Flick 2002) sehen den Wald vor lauter Bäumen nicht und frönen einer Rhetorik des Sozialen und Präventiven. Die umfassenderen und tiefer greifenden gesundheitsabträglichen Probleme rücken in den Hintergrund vor allerlei einzelnen „innovativen“ Projekten für und mit besonderen sozialen Gruppen. Auch hier lässt sich ein wohlausgebildetes Sensorium dafür erkennen, wie weit man gehen darf, ohne das Einverständnis finanzkräftiger Arbeit- und Auftraggeber zu (ver)stören. Dies wäre dort der Fall, wo die Krankheitsursachen bezogen würden auf gesellschaftsspezifische Widersprüche, Zerreißen und Überforderungen sowie auf Weltlosigkeit und ungelebtes Leben aus Mangel an einer sozialen Gegenwart, in der menschliche Sinne und Fähigkeiten sinnvoll entfaltet und bezogen werden.

Die Ausdifferenzierung der Medizin (und ihre Interpretation als Exempel der hegemonialen Ideologie ‚funktionaler Differenzierung‘; vgl. zur Kritik Creydt 2000) beinhaltet, dass die Arbeit für Gesundheit und gegen Krankheit nicht eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe aller Bereiche, sondern Angelegenheit eines eigenständigen Bereichs ist. Dies erst ermöglicht auch die Benutzung der Patienten zum Anlass dafür, an ihnen zu verdienen. Auch im Gesundheitswesen schafft sich das Angebot zu einem großen Teil die Nachfrage selbst. Weniger der technische Fortschritt überhaupt, sondern die soziale Struktur des Gesundheitswesens in Gestalt der Pharmakapitale bzw. der Privatpraxen, in denen Ärzte als Selbständige tätig sind, ist für den Druck verantwortlich, wenig zweckmäßige Arzneien (vgl. das einschlägige Standardwerk ‚Bittere Pillen‘) zu verkaufen bzw. Apparate zu amortisieren. Unnötige Verordnungen, Untersuchungen und Eingriffe sind die Folge bzw. umgekehrt das Ausbleiben des Notwendigen, aber finanziell Kostspieligen.

Die Dauerbeschäftigung der Ärzte mit körperlichem und psychischem Schmerz und menschlichem Leid überfordert sie und fördert die Bereitschaft, das eigene Mitleid abzustumpfen und sich eine Kälte zuzulegen, worauf auch schon das Medizinstudium (beginnend mit dem Sezierkurs) sozialisatorisch vorbereitet. Die Belastung, der Ärzte ausgesetzt sind, übersteigt aus gesellschaftsspezifischen Gründen jenes Ausmaß an Belastung, mit dem es Ärzte auch in einer grundlegend anderen Gesellschaft aus ihrer besonderen Konfrontation mit menschlicher Verletzbarkeit und Endlichkeit zu tun hätten.

Ärzte im Dilemma

Ärzte bekommen den Nimbus, sich in besonderem Ausmaß zu konfrontieren mit den sonst nach Möglichkeit verdrängten menschlichen ‚Universalien‘ Leid, Schmerz und Tod. Insofern Mediziner die Überforderung trügen, der andere sich entledigt hätten, avanciert der Arzt im Fremd- und Selbstbild zu einer Art Edelmensch, der mit normalen Maßstäben nicht zu messen sei, weil er sie zu übersteigen habe. Da der Arzt als moralisches Subjekt in besonderem Maße Forderungen, die man an ihn erhebt, von seinem eigenen ärztlichen Selbstverständnis aus an sich selbst stellt und so den jeweils einzelnen Patienten gegenübertritt, kann er jeden einzelnen Einspruch an der Allgemeinheit seiner Bürde und Würde relativieren. Denn jeder An- und Einspruch eines einzelnen Patienten lässt sich dann daran erinnern, dass der Arzt vor allem diese Forderungen an sich selbst stellt und dies den lieben langen Tag lang tut, während die Patienten ja gut reden hätten, wenn sie nur angesichts ihres jeweils besonderen Leidens Aufmerksamkeit beanspruchten.

Auch in einer Gesellschaft, in der im Unterschied zur gegenwärtigen Gesellschaftsform systematisch an der Verringerung der gesellschaftlich begründeten Krankheitsursachen gearbeitet würde, wäre Krankheitsleid zwar verminderbar, aber nicht aufhebbar. Es stellt sich die Frage, was dafür getan werden kann, dass die Ausdifferenzierung von Expertise in Sachen Krankheit und ihre Zuordnung zu einem eigenen Arztberuf nicht mit einer menschlich überfordernden Konfrontation von Ärzten mit Krankheitsleid einhergehen muss und diese wiederum mit einer daraufhin wahrscheinlichen Abschottung und Abhärtung (vgl. prägnant Goetz 1982), die ihrerseits notwendigerweise behandlungsabträglich sind. Die mit der Ausblendung gesellschaftlicher Krankheitsursachen stattfindende äußere Einschränkung der Medizin avanciert zu ihrer inneren Grenze, verursacht Hindernisse für die Krankenbehandlung selbst innerhalb des eingeschränkten Möglichkeitsspielraums und eine spezifische déformation professionnelle der Ärzte. Ihr korrespondieren die Geduld der Patienten und die ebenso imaginäre wie leidensausblendende Unverwüstlichkeit jener, die ihre Abhärtung nach dem Motto „Du bist nichts, Dein Selbst ist Alles“ als Ausweis dafür werten, ihren Subjektstatus vor (dann: ununterscheidbaren) ex- und internen Maßstäben zu bewähren, indem sie sich als realitätstüchtig, weil leistungskompetent vorkommen.

Den Originalartikel und eine Literaturliste findet Ihr auf [meiner Webseite](#) [3].

Quell-URL: <https://kritisches-netzwerk.de/forum/selbstverantwortungsdiskurs-und-krankheitsverst%C3%A4ndnis>

Links

[1] <https://kritisches-netzwerk.de/user/login?destination=comment/reply/961%23comment-form>

[2] <https://kritisches-netzwerk.de/forum/selbstverantwortungsdiskurs-und-krankheitsverst%C3%A4ndnis>

[3] <http://www.meinhard-creydt.de/archives/16>