

«Die etablierte Medizin hat sich zu einer ernsthaften Gefahr für die Gesundheit entwickelt.» - Mit dieser These beginnt Ivan Illich, der glänzende Rhetoriker und unerbittliche Kulturkritiker, auch die endgültige Fassung seiner Reflexionen zum Medizinbetrieb im Industriezeitalter. Es handelt sich um eine brillante, vertiefte und versachlichte Analyse.»

Frankfurter Allgemeine Zeitung

«Kein Buch, das sich kritisch mit den Auswüchsen des modernen Medizinbetriebs auseinandersetzt, ist in den letzten Jahren auch nur annähernd so heftig diskutiert worden wie Ivan Illichs *Nemesis der Medizin*. Das Buch ist in seiner vorliegenden Fassung ernsthafter und damit noch lesenswerter geworden. Trotz beißend-scharfer Kritik und kompromissloser Strenge schimmert bei allem Zynismus und bei aller Wortakrobatik eine tiefe Liebe zum Menschen durch - zum einzelnen Menschen, der sich vor den Ausforderungen einer immer mehr arbeitsteilig angelegten Massenzivilisation nach Illichs Meinung nur retten kann, wenn er wieder zur Autonomie zurückfindet.

Hessischer Rundfunk

1290

4834

A



Ivan Illich Die Nemesis der Medizin

is der Medizin

7

1

411

aktuell
ro
ro
ro

Die
überarbeitete
Endfassung
jetzt als
Taschenbuch

17.–19. Tausend Juli 1987

Veröffentlicht im Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH,
Reinbek bei Hamburg, Oktober 1981
Die englische Originalausgabe dieser Endfassung erschien 1976
in der Reihe «Open Forum» des Verlages Marion Boyars, London,
unter dem Titel «Limits to Medicine»
Copyright © 1977, 1981 by Rowohlt Verlag GmbH,
Reinbek bei Hamburg
«Limits to Medicine» © 1976 by Ivan Illich
Alle Rechte vorbehalten
Umschlagentwurf Werner Rebhuhn (Foto: Rolf Ambor)
Gesamtherstellung Clausen & Bosse, Leck
Printed in Germany
1280-ISBN 3 499 14834 x

Inhalt

Einleitung	9
Teil I Klinische Iatrogenesis	17
1. Die Pestilenz der modernen Medizin	17
Der Erfolg der Ärzte – eine Illusion	19
Nutzlose ärztliche Behandlung	28
Schädigung durch den Arzt	34
Wehrlose Patienten	42
Teil II Soziale Iatrogenesis	46
2. Die Medikalisierung des Lebens	46
Politische Übertragung der iatrogenen Krankheit	46
Soziale Iatrogenesis	48
Das Monopol der Ärzte	49
Wertfreie Behandlung?	52
Die Medikalisierung der Finanzen	57
Die pharmazeutische Invasion	75
Diagnostischer Imperialismus	93
Präventives Stigma	107
Sterbezeremonien	118
Schwarze Magie	130
Patienten-Majoritäten	140
Teil III Kulturelle Iatrogenesis	150
Einleitung	150
3. Das Abtöten von Schmerz	157
4. Erfindung und Beseitigung der Krankheit	181
5. Tod kontra Tod	202
Der Tod als Ware	202
Totentanz – religiöse Erbauung	204
Danse macabre	209
Der bürgerliche Tod	219
Der klinische Tod	225
Gewerkschaftliche Forderungen nach dem natürlichen Tod	227
Der Tod auf der Intensivstation	231

Teil IV Gesundheitspolitik	240
6. Spezifische Kontraproduktivität	240
Steigende Grenzkosten	240
Waren kontra Gebrauchswerte	242
Die Modernisierung der Armut	246
7. Politische Gegenmaßnahmen	250
Konsumentenschutz für Süchtige	261
Gleiches Recht auf Beschädigung	269
Öffentliche Kontrolle der Medizin-Mafia	277
Die wissenschaftliche Organisation des Lebens	286
Ein technisch geplanter Plastik-Uterus	292
8. Die Wiedergewinnung der Gesundheit	297
Industrielle Nemesis	298
Vom tradierten Mythos zum respektierten Verfahren	303
Das Recht auf Gesundheit	307
Gesundheit als Tugend	309
Register	313

Dank und Anerkennung

Meine Überlegungen zu den Institutionen der Medizin wurden in jahrelang weitergeführten Gesprächen mit Roslyn Lindheim und John McKnight geformt. Mrs. Lindheim ist Professor für Architektur an der University of California, Berkeley, und veröffentlicht demnächst eine Studie: *The Hospitalization of Space*. John McKnight ist Direktor der Urban Studies an der Northwestern University und arbeitet an einem Buch: *The Serviced Society*. Ohne den Zuspruch dieser beiden Freunde hätte ich nicht den Mut gefunden, meine letzten Gespräche mit Paul Goodman in dieses Buch einzuarbeiten.

Auch andere haben viel zur Entstehung dieses Textes beigetragen: Jean Robert und Jean-Pierre Dupuy untermauerten die in diesem Buch vertretene ökonomische Theorie mit Beispielen aus dem Bereich der zeitvernichtenden und raumzerstörenden Transportsysteme; André Gorz war mein wichtigster Lehrer auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik; Marion Boyars hat unter bewundernswertem Einsatz den Entwurf zu diesem Buch in ihrem Londoner Verlag (Reihe: *Ideas in Progress*) veröffentlicht und mir damit die Möglichkeit gegeben, diese endgültige Fassung auf ein breites Spektrum kritischer Reaktionen zu gründen. Ihnen und allen meinen Kritikern und Helfern, besonders denen, die mich auf unentbehrliche Literatur hingewiesen haben, schulde ich großen Dank.

Ohne Valentina Borremans wäre dieses Buch nie entstanden. Sie trug geduldig das dokumentarische Material zusammen, auf dem es beruht, und mit ihrer stetigen Kritik half sie mir, mein Urteil zu schärfen und meine Sprache zu versachlichen. Das Kapitel über die Industrialisierung des Todes ist eine Zusammenfassung der Notizen, die sie für ihre eigene historische Unterstützung über das Antlitz des Todes gesammelt hat.

Cuernavaca, Mexiko

Ivan Illich

Widmung

Medical Nemesis habe ich als Entwurf für Marion Boyars' Reihe *Ideas in Progress* geschrieben und diesen Entwurf sodann in Französisch für die parallele Reihe *Techno-Critique* und in Deutsch für den Rowohlt Verlag neu abgefaßt. Andere Übersetzungen erfolgten ins Italienische, Spanische, Portugiesische, Holländische, Schwedische, Norwegische, Finnische, Dänische, Japanische, Griechische, Urdu und Serbokroatische.

Die Kritiken, Ratschläge und dokumentarischen Materialien, die ich infolge der Zirkulation meines vorläufigen Entwurfs erhielt, haben es mir ermöglicht, dieses Vorhaben mit der vorliegenden Ausgabe abzuschließen. Ich widme es in Dankbarkeit meinen Kritikern.

Ivan Illich

Einleitung

Die etablierte Medizin hat sich zu einer ersten Gefahr für die Gesundheit entwickelt. Die lähmenden Folgen, die eine von professionellen Standesorganisationen ausgeübte Kontrolle über das Gesundheitswesen hat, erreichen mittlerweile die Ausmaße einer Epidemie. Der Name dieser neuen Epidemie ist *Iatrogenesis*; hergeleitet von *iatros*, dem griechischen Wort für Arzt, und *genesis*, Ursprung. Diese Diskussion über den krankmachenden medizinischen Fortschritt ist heute beherrschendes Thema ärztlicher Fachtagungen; die Forschung befaßt sich mit den Krankheit erzeugenden Faktoren von Diagnose und Therapie; und Berichte über paradoxe, durch die Heilung von Krankheit verursachte Schäden beanspruchen immer mehr Raum in der medizinischen Fachpresse. Den Gesundheitsberufen steht ein beispielloser Kehraus bevor. Allenthalben entstehen «Clubs of Cos», so benannt nach der griechischen Insel der Ärzte, in denen sich Ärzte, hochmögliche Pharmazeuten und deren Sponsoren aus der Industrie zusammenfinden – ähnlich wie der «Club of Rome» Wirtschafts«analytiker» unter der Ägide von Ford, Fiat und Volkswagen versammelte. Die Lieferanten medizinischer Dienstleistungen folgen dem Beispiel ihrer Kollegen aus anderen Branchen, wenn sie die Peitsche der «Wachstumsgrenzen» über dem Zuckerbrot immer heißer begehrter Transportmittel oder Therapien schwingen. Die Grenzen eines auf den professionellen Experten hin zentrierten Gesundheitswesens sind zum politischen Problem geworden, das rasch an Bedeutung gewinnt. Wessen Interesse diese Beschränkung dient, wird weitgehend davon abhängen, wer die Initiative ergreift und ihre Notwendigkeit formuliert: die Menschen, die sich zu politischem Handeln organisieren und den Status quo der Expertenmacht in Frage stellen – oder aber die Gesundheitsberufe, denen daran gelegen ist, ihr Monopol noch weiter auszubauen.

Der Öffentlichkeit sind die Unsicherheit und Verwirrung der besten ihrer Hygiene-Bürokraten nicht verborgen geblieben. Die Zeitungen sind voll von Berichten über den Gesinnungswandel führender Mediziner: die Pioniere der sogenannten wissenschaftlichen Durchbrüche von gestern warnen die Patienten vor den Gefahren

der eben erst von ihnen erfundenen Wunderkuren. Politiker, die für die Nachahmung des russischen, schwedischen oder britischen Modells einer sozialisierten Medizin eintraten, merken an Hand der jüngsten Vorgänge bestürzt, daß ihre vielgelobten Systeme höchst effizient die gleichen pathogenen, d. h. krankmachenden Therapien produzieren, wie sie der kapitalistische Medizinbetrieb – wenn auch bei weniger Gleichheit des Versorgungsanspruchs – hervorbringt. Die moderne Medizin macht eine Vertrauenskrise durch. Bei dieser Feststellung stehenzubleiben, wäre verfehlt; damit würden wir lediglich eine sich selbst erfüllende Prophezeiung abgeben – und mögliche Panik nähren.

Dieses Buch will zeigen, daß kein Grund zur Panik besteht. Eine verantwortliche öffentliche Diskussion der iatrogenen Pandemie, die allerdings mit der konsequenten Entmystifizierung aller medizinischen Belange einsetzen müßte, wird das Gemeinwohl nicht in Gefahr bringen. Gefahr droht vielmehr durch eine passive Öffentlichkeit, die bereit ist, sich mit oberflächlichen medizinischen Retuschen zu begnügen. Die heutige Krise der Medizin wird es dem Laien vielleicht ermöglichen, selbst wieder die Kontrolle über die medizinischen Erkenntnisse, Theorien und Entscheidungsprozesse zu beanspruchen. Die Säkularisation des askulapianischen Tempels könnte die Legitimität jener im Grunde religiösen Dogmen in Frage stellen, zu denen die Industriegesellschaften vom rechten bis zum linken Rand des Spektrums sich heute bekennen.

Ich behaupte nun, daß der Laie, und nicht der Arzt, potentiell den Überblick und die effektive Macht besitzt, der heutigen iatrogenen Epidemie ein Ende zu setzen. Dieses Buch will daher dem Laien einen begrifflichen Rahmen bieten, mit dessen Hilfe die Kehrseite des Fortschritts gegen seine publizistisch abgesegneten Wohltaten einzuschätzen wäre. Dabei arbeiten wir mit einem Modell der gesellschaftlichen Wertung des technischen Fortschritt, das ich an anderer Stelle¹ ausgeführt und bereits auf das Bildungswesen²

¹ *Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik*, rororo aktuell 4629, Reinbek 1980.

² *Entschulung der Gesellschaft. Entwurf eines demokratischen Bildungssystems*, rororo sachbuch 6828, Reinbek: Rowohlt, 1973.

und die Transportsysteme³ angewendet habe und das mir nunmehr helfen soll, meine Kritik an der zünftischen Monopolisierung und am Szientismus des Gesundheitswesens zu formulieren – Phänomene, die wir in allen hochindustrialisierten Ländern feststellen. Die Gesundung der Medizin gehört, wie ich meine, unabdingbar zu der sozio-ökonomischen Umkehr, von der Teil IV dieses Buches handelt.

Die Fußnoten entsprechen dem Charakter des Textes. Ich nehme mir das Recht heraus, jenes Monopol zu brechen, das der akademische Betrieb über das Kleingedruckte am unteren Seitenrand ausübt. Ein Teil der Fußnoten dokumentiert die Informationen, die ich verwendet habe, um meine eigenen Vorstellungen von einer optimal begrenzten Gesundheitsfürsorge zu entwickeln und zu verifizieren – ein Gesichtspunkt, der demjenigen, der die zitierten Fakten gesammelt hat, nicht notwendig vorschwebte. Mitunter zitiere ich meine Quellen nur als Augenzeugenbericht eines Autors, ohne seine Folgerungen zu übernehmen, da diese somit aus zweiter Hand wären und die relevanten öffentlichen Entscheidungsprozesse nicht beeinflussen sollten.

Die meisten Fußnoten sollen dem Leser jene bibliographischen Hinweise geben, die ich gern vorgefunden hätte, als ich mich, als Außenseiter, erstmals in die Thematik des Gesundheitswesens einzuarbeiten begann und versuchte, mir ein kompetentes politisches Urteil über die Effizienz der Medizin zu bilden. Diese Fußnoten beziehen sich auf bibliographische Hilfsmittel und Nachschlagewerke, die ich in jahrelanger selbständiger Forschung schätzen gelernt habe; und sie verzeichnen die Lektüre – von technischen Monographien bis hin zu Romanen –, die für mich von Nutzen gewesen ist.

Und schließlich habe ich in den Fußnoten meine eigenen – häufig das Thema erweiternden oder es mit anderen Problemen verknüpfenden – Vorschläge und Fragen untergebracht, die, falls sie im Haupttext stünden, die Aufmerksamkeit des Lesers ablenken könnten. Der medizinische Laie, für den dieses Buch geschrieben ist,

³ *Die sogenannte Energiekrise oder Die Lähmung der Gesellschaft*, rororo aktuell 1763 Reinbek: Rowohlt, 1974.

wird sich selbst die Kompetenz aneignen müssen, um die Auswirkungen der Medizin auf die allgemeine Gesundheit zu beurteilen. Unter allen Spezialisten unserer von Spezialisten beherrschten Zeit sind die Ärzte diejenigen, die für dieses dringend fällige Unternehmen das höchste Maß an spezialisierter Inkompetenz mitbringen.

Die Erholung von dem – die ganze Gesellschaft erfassenden – iatrogenen Leiden ist nicht Aufgabe des Arztes, sondern der Politik. Sie muß ausgehen von einem auf breiter Basis hergestellten Konsensus über das Gleichgewicht zwischen dem Bürgerrecht, zu gesunden, und dem Bürgerrecht auf gerechte Gesundheitsversorgung. Während der letzten Generationen hat das ärztliche Monopol über das Gesundheitswesen sich unkontrolliert ausgedehnt und unser Recht an unserem eigenen Körper beschnitten. Den Ärzten hat die Gesellschaft das ausschließliche Recht übertragen, zu bestimmen, was Krankheit ist, wer krank ist oder sein darf und was für ihn getan werden soll. Abweichung ist heute nur dann «legitim», wenn sie eine medizinische Interpretation und Intervention verdient und letztlich rechtfertigt. Die Verpflichtung der Gesellschaft, allen Bürgern die Produkte der Medizin in nahezu unbegrenztem Maß zur Verfügung zu stellen, droht die Umwelt und die kulturellen Bedingungen zu zerstören, die der Mensch braucht, um ein Leben dauernder autonomer Gesundheit zu führen. Diese Tendenz müssen wir erkennen und schließlich revidieren.

Grenzen der Medizin – das muß etwas anderes sein als eine Selbstbeschränkung der Ärztezunft. Ich werde beweisen, daß der Anspruch der Ärzte, sie allein seien qualifiziert, die Medizin selbst zu kurieren, auf einer Illusion basiert. Die Macht des ärztlichen Berufsstandes resultiert aus der Tatsache, daß in diesem Jahrhundert von seiten anderer Teile des akademischen Mittelstandes eine politische Delegation autonomer Autorität an die Gesundheitsberufe stattgefunden hat: diese kann nicht von denen, die davon profitieren, zurückgenommen werden; sie kann nur durch allgemeine Übereinkunft über die Gefährlichkeit solcher Macht ihrer Legitimität entkleidet werden. Die Selbstheilung des Gesundheitssystems kann nur scheitern. Falls eine durch blutige Enthüllungen in Panik versetzte Öffentlichkeit so eingeschüchtert würde, daß sie einer Vermehrung der Spezialistenkontrolle über Spezialisten in der Ge-

sundheitsindustrie zustimmte, dann würde dies nur zur Vermehrung krankmachender Gesundheitspflege führen. Wir müssen aber heute begreifen, daß nichts anderes die Gesundheitsfürsorge zu einem Krankheit erzeugenden Unternehmen gemacht hat als gerade die Masse solch technischer Planung, die das menschliche Überleben nicht mehr von der Leistung des Organismus, sondern vom Resultat technischer Eingriffe abhängig macht.

Immerhin ist «Gesundheit» nur ein umgangssprachliches Wort, das bezeichnet, in welchem Maß Menschen mit ihren inneren Zuständen und ihren Umweltbedingungen fertig werden. Das Adjektiv «gesund» bezeichnet beim Homo sapiens sowohl ethisches wie auch politisches Handeln. In gewissem Maß zumindest ist die Gesundheit einer Bevölkerung davon abhängig, wie das politische Handeln das Milieu formt und jene Bedingungen schafft, die Selbstvertrauen, Autonomie und Menschenwürde für alle – besonders die Schwächeren – fördern. Das gesundheitliche Niveau wird folglich dort am höchsten sein, wo die Umwelt die Menschen zu persönlicher, autonomer, verantwortlicher Lebensbewältigung befähigt. Das gesundheitliche Niveau sinkt nur dort, wo das Überleben übermäßig von der heteronomen (fremdbestimmten) Regelung der organischen Gleichgewichte abhängig gemacht wird. Jenseits einer kritischen Menge ist die institutionelle Gesundheitsfürsorge – gleichgültig ob in Form von Therapie, Prävention oder Umweltplanung – gleichbedeutend mit systematischer Verweigerung von Gesundheit.

Die Gefahr, die von der modernen Medizin für die Gesundheit ganzer Bevölkerungen ausgeht, ist die gleiche wie die Gefährdung der menschlichen Fortbewegung durch Umfang und Dichte des Verkehrs, sie ist die gleiche wie die Bedrohung des Lernens durch Bildungswesen und Massenmedien oder wie die Beeinträchtigung der menschlichen Fähigkeit, sich ein Heim zu schaffen, durch die Urbanisierung. In allen diesen Fällen haben institutionalisierte Anstrengungen, menschliche Bedürfnisse zu befriedigen, sich als kontraproduktiv erwiesen. Die zeitraubende Beschleunigung des Verkehrs, der lärmend lautstarke und verwirrende Kommunikationsbetrieb, ein Ausbildungswesen, das immer mehr Menschen für immer höhere Grade technischer Kompetenz und immer speziali-

siertere Formen allgemeiner Inkompetenz trainiert: all diese Phänomene sind Parallelen zur Erzeugung iatrogenen Krankheit durch die Medizin. In jedem dieser Fälle hat ein wichtiger institutioneller Sektor der Gesellschaft deren Belange von dem spezifischen Zweck getrennt, für den dieser Sektor überhaupt ins Leben gerufen und mit technischen Instrumenten ausgestattet wurde.

Die Iatrogenese läßt sich nur verstehen, wenn sie als spezifisch medizinische Manifestation der *spezifischen Kontraproduktivität* aufgefaßt wird. Die spezifische oder paradoxe Kontraproduktivität ist ein negativer sozialer Indikator für einen Verlust, der sich auf das System, das ihn erwirtschaftet, beschränkt. Sie ist ein Maßstab für die von den Nachrichtenmedien angerichtete Verwirrung, die von den Erziehern geförderte Unkenntnis oder den durch ein stärkeres Auto bedingten Zeitverlust. Die spezifische Kontraproduktivität ist eine unbeabsichtigte Nebenfolge steigender institutioneller Outputs, die dem System selbst, das den spezifischen Wert schaffen soll, eigentümlich ist. Sie ist ein sozialer Maßstab für die objektive Frustration. Die vorliegende Untersuchung der pathogenen Medizin wurde angestellt, um auf dem Gebiet des Gesundheitswesens die verschiedenen Aspekte der Kontraproduktivität nachzuweisen, die derzeit in allen wichtigen Sektoren der Industriegesellschaft zu beobachten sind. Für andere Branchen der industriellen Produktion könnte eine ähnliche Analyse geleistet werden, doch bei der Medizin, einem traditionell hochgeachteten und von der eigenen Bedeutung überzeugten Berufsstand, ist diese besonders dringend.

Die ins System eingebaute Iatrogenese beeinträchtigt heute alle sozialen Beziehungen. Sie ist das Ergebnis einer inneren Versklavung der Freiheit durch den Überfluß. In den reichen Ländern hat die medizinische Sklaverei krankmachende Formen erreicht; die armen Länder holen rasch auf. (Das Martinshorn eines Ambulanzwagens kann die Bereitschaft zur Samariter-Hilfe in einem ganzen chilenischen Stadtviertel zerstören.) Dieser Vorgang – ich nenne ihn die «Medikalisierung des Lebens» – bedarf sorgfältiger politischer Einschätzung. Der Medizinbetrieb könnte leicht zum ersten Ziel eines politischen Handelns werden, das auf Umkehr der Industriegesellschaft zielt. Nur Menschen, die ihre Fähigkeit der gegenseitigen Selbsthilfe wieder errungen und gelernt haben, sie mit der Zu-

hilfenahme zeitgenössischer Technik zu vereinbaren, werden sich bereit finden, die industrielle Produktionsweise auch auf anderen Gebieten zu begrenzen. Ein professionelles, auf die Person des Arztes abgestelltes Gesundheitssystem, das sich über gewisse kritische Grenzen hinaus entwickelt hat, macht aus drei Gründen die Menschen krank: es produziert zwangsläufig klinische Schäden, die seine potentiellen Wohltaten überwiegen; es kann die politischen Verhältnisse, die die Gesellschaft krank machen, nur begünstigen – auch wenn es sie zu verschleiern sucht; und es verstümmelt und entfremdet die Kraft des einzelnen, selbst zu gesunden und seine Umwelt zu gestalten. Die heutigen Medizinsysteme haben diese tolerierbaren Grenzen bereits überschritten. Das medizinische und paramedizinische Monopol über die hygienische Methodologie und Technologie ist ein schlagendes Beispiel für den politischen Mißbrauch wissenschaftlicher Errungenschaften, wobei nicht die persönliche Entfaltung, sondern das industrielle Wachstum unterstützt wird. Solche Medizin ist lediglich ein Mittel, um diejenigen, die an der Gesellschaft krank und ihrer überdrüssig sind, zu überzeugen, daß sie selbst die Kranken, Ohnmächtigen und technischer Reparatur Bedürftigen sind. Mit diesen drei Ebenen der krankmachenden Wirkung von Medizin befassen sich die ersten drei Teile dieses Buches.

Im ersten Kapitel wird über die Errungenschaften der medizinischen Technologie Bilanz gezogen. Viele hegen bereits besorgtes Mißtrauen gegen Ärzte, Krankenhäuser und die Pharma-Industrie, und sie benötigen nur fundierte Informationen, um ihre Vorbehalte zu untermauern. Manche Ärzte halten es bereits für notwendig, ihre Glaubwürdigkeit zu sichern, indem sie die gesetzliche Ächtung vieler heute üblicher Behandlungsformen fordern. Die von manchen Fachleuten für den Medizinbetrieb geforderten Restriktionen sind oft so radikal, daß sie für die meisten Politiker inakzeptabel sind. Die mangelnde Wirksamkeit kostspieliger und mit hohen Risiken verbundener Medizin ist heute eine allgemein diskutierte Tatsache, von der ich bei meinen Überlegungen ausgehe – kein Diskussionspunkt, der weiterer Ausführung bedürfte.

Der zweite Teil behandelt die unmittelbar gesundheitsschädlichen Folgen der sozialen Organisation von Medizin, und der dritte

Teil befaßt sich mit der lähmenden Wirkung der medizinischen Ideologie auf die Lebenskraft des einzelnen: in drei besonderen Kapiteln schildere ich, wie Schmerz, Schwäche und Tod aus einer persönlichen Prüfung in ein technisches Problem verwandelt werden.

Im vierten Teil interpretiere ich die gesundheitsverweigernde Medizin als typischen Fall der Kontraproduktivität einer überindustrialisierten Zivilisation und analysiere fünf Formen der politischen Reaktion, die zwar taktisch nützliche, aber strategisch insgesamt vergebliche Heilmittel darstellen. Ich unterscheide zwei Arten, wie der einzelne sich zu seiner Umwelt verhält und sich ihr anpaßt: autonome (d. h. selbstbestimmte) Lebensbewältigung und heteronome (von außen zugeteilte) Wartung und Verwaltung. Abschließend weise ich nach, daß nur ein politisches Programm, das auf eine Beschränkung der Gesundheitsverwaltung durch Experten abzielt, den Menschen die Möglichkeit geben wird, ihre Kraft der Gesundheitspflege zurückzugewinnen, und daß ein solches Programm integraler Bestandteil einer die ganze Gesellschaft erfassenden, auf Beschränkung gerichteten Kritik an der industriellen Produktionsweise sein muß.

Teil I

Klinische Iatrogenesis

I. Die Pestilenz der modernen Medizin

Die letzten drei Generationen erlebten einen merklichen Wandel im Bild der in den westlichen Gesellschaften verbreiteten Krankheiten.¹ Poliomyelitis, Diphtherie und Tuberkulose sind beinahe verschwunden; Lungenentzündung oder Syphilis ist mit ein paar Antibiotika-Injektionen heilbar; und inzwischen sind so viele einseitige Massenseuchen unter Kontrolle gebracht, daß heute zwei Drittel aller Todesfälle durch Altersleiden bedingt sind. Wer in jungen Jahren stirbt, ist meist Opfer eines Unfalls, von Gewalt oder Selbstmord.²

Dieser Wandel der allgemeinen Gesundheitsbedingungen wird für gewöhnlich mit verringertem Leiden gleichgesetzt und auf mehr oder bessere ärztliche Versorgung zurückgeführt. Auch wenn heute jeder irgendwie überzeugt ist, daß der eine oder andre seiner Freunde nur der Kunst eines Arztes sein Leben verdanke, so ist damit noch keine direkte Beziehung zwischen dem Wandel der Krankheitsbilder und dem sogenannten medizinischen Fortschritt

¹ Erwin H. Ackerknecht, *History and Geography of the Most Important Diseases*, New York: Hafner, 1965.

² Odin W. Anderson und Monroe Lerner, *Measuring Health Levels in the United States, 1900-1958*, Health Information Foundation Series No. 11, New York: Foundation, 1960. Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa: Government of Canada, April 1974. Dieser mutige französisch/englische Bericht, herausgegeben vom kanadischen Bundes-Gesundheitsminister, enthält ein mehrfarbiges Faltblatt, das in einer Reihe von Diagrammen den Wandel der Mortalität in Kanada dokumentiert.

bewiesen.³ Die eingetretenen Veränderungen sind abhängige Variable von politischen und technologischen Umwälzungen, die sich auch im Sagen und Tun der Ärzte widerspiegeln; strenggenommen haben sie wenig mit den Aktivitäten der Gesundheitsberufe zu tun, mögen diese auf ihre langwierige Ausbildung, ihren hohen Sozialstatus und ihr teures Gerät noch so stolz sein.⁴ Zudem sind die neuen Krankheiten, die in den letzten 15 Jahren in den Vordergrund traten, in zunehmendem Maß Folgen ärztlicher Interventionen an

3 René Dubos, *The Miracle of Health: Utopian Progress and Biological Change*, New York: Anchor Books, 1959, hat als erster den Wahn, eine «bessere Gesundheit» produzieren zu wollen, als gefährliche, von der Medizin geförderte Krankheit entlarvt. Thomas McKeown und Gordon McLachlan, Hrsg., *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives*, New York: Oxford Univ. Press, 1971, führen ein in die Soziologie des medizinischen Pseudo-Fortschritts. John Powles, «On the Limitations of Modern Medicine», in *Science, Medicine and Man*, London: Pergamon, 1973, 1, S. 1–30, bieten eine kritische Auswahl der neueren angelsächsischen Literatur zum hier behandelten Thema. Für die Situation in den USA, siehe Rick Carlson, *The End of Medicine*, New York: Wiley Interscience, 1975. Der Essay ist ein «empirisch fundierter Aufsatz theoretischer Natur». Für seine Anklage gegen die amerikanische Medizin wählt er solche Dimensionen, die er – als Jurist – komplett zu dokumentieren und zu überblicken vermag. Jean-Claude Polack, *La Médecine du capital*, Paris: Maspéro, 1970. Eine Kritik an den politischen Bestrebungen, die durch eine «Demokratisierung medizinischer Konsumgüter» die Auswirkungen der medizinischen Technologie auf das allgemeine Gesundheitsniveau verbessern wollen. Die Autoren stellen fest, daß diese Produkte selbst durch eine repressive, entfremdende bürgerliche Klassenstruktur geprägt sind. Um die Medizin in den Dienst der politischen Befreiung zu stellen, müßte man «in der Krankheit, auch wenn sie durch medizinische Intervention entstellt ist, einen Protest gegen die bestehende Gesellschaftsordnung erkennen».

4 Daniel Greenberg, «The «War on Cancer»/Official Fiction and Harsh Facts», *Science and Government Report*, Bd. 4, 1. Dezember 1974. Dieser faktenreiche, für Laien geschriebene Bericht vertritt die Auffassung, daß Verlautbarungen der American Cancer Society, wonach der Krebs heilbar sei und bereits Fortschritte zu verzeichnen seien, «an den Vietnam-Optimismus vor der Niederlage erinnern».

kranken oder gesunden Menschen. Sie sind also vom Arzt verursacht – d. h. iatrogen.⁵

In hundertjährigem Streben nach der medizinischen Utopie⁶ hat die Medizin – im Gegensatz zur landläufigen Meinung⁷ – wenig zu der tatsächlich eingetretenen Veränderung der Lebenserwartung beigetragen. Der größte Teil der heutigen klinischen Therapien ist für die Heilung von Krankheit nebensächlich, doch der Schaden, den die Medizin der Gesundheit von Individuen und Bevölkerungen zufügt, ist ganz erheblich. Diese Tatsachen liegen auf der Hand; sie sind zuverlässig dokumentiert und werden zuverlässig unter schlagen.

Der Erfolg der Ärzte – eine Illusion

Untersucht man die Entwicklung der verschiedenen Krankheiten, dann zeigt sich, daß die Ärzte in den letzten hundert Jahren keinen wesentlicheren Einfluß auf diese Phänomene hatten als in früheren Zeiten die Priester. Seuchen kamen und gingen; sie wurden von den einen wie von den anderen verdammt und blieben doch von beiden unberührt. Durch die in der ärztlichen Praxis aufgeführten Rituale lassen sie sich nicht entscheidender beeinflussen als durch jene, die

5 *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, 25. Aufl., Philadelphia: Saunders, 1974: «Iatrogen (iatro – Gr. Arzt; genan – Gr. hervorbringen). Aus der Tätigkeit des Arztes resultierend. Der Ausdruck, ursprünglich zur Bezeichnung von Störungen verwendet, die beim Patienten durch eine an die Untersuchung, das Benehmen oder Äußerungen des Arztes anknüpfende Autosuggestion ausgelöst werden, bezeichnet heute jeden infolge der Behandlung durch den Arzt oder Chirurgen eintretenden nachteiligen Zustand beim Patienten.»

6 Heinrich Schipperges, *Utopien der Medizin: Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19. Jh.*, Salzburg: Müller, 1966. Eine nützliche Einführung in die historische Literatur ist Richard M. Burke, *An Historical Chronology of Tuberculosis*, 2. Aufl., Springfield, Ill.: Thomas, 1955.

7 Zur Analyse der Ursachen und Formen, die die epidemische Verbreitung moderner Fehlinformationen in der Wissenschaft bestimmen, siehe Derek J. de Solla Price, *Little Science, Big Science*, New York: Columbia Univ. Press, 1963.

einst vor Reliquienschreinen geübt wurden.⁸ Es wäre der Diskussion um die Zukunft des Gesundheitswesens zuträglich, wenn sie von dieser Erkenntnis ausginge.

Die Infektionskrankheiten, die zu Beginn des Industriezeitalters vorherrschten, sind ein Beispiel dafür, wie die Medizin ihre Reputation⁹ erlangte. Die Entwicklung der Tuberkulose z. B. erreichte im Lauf zweier Generationen einen Gipfel. Für New York wurde 1812 eine Todesrate von mehr als 700 pro 10000 Ew. geschätzt. 1882, als Robert Koch erstmals den Bazillus isolieren und kultivieren konnte, waren die Todesfälle durch Tuberkulose bereits auf 370 pro 10000 Ew. zurückgegangen. Als 1910 das erste Sanatorium eröffnet wurde, war die Rate schon auf 180 gesunken, wenngleich die «Schwindsucht» noch immer den zweiten Platz auf den Sterbetabellen hielt.¹⁰ Nach dem Zweiten Weltkrieg, aber noch bevor die Antibiotika-Therapie Routine wurde, war sie mit einer Rate von 48 auf den 11. Platz gerutscht. Ähnlich stiegen und fielen die Zahlen für Cholera¹¹, Ruhr¹² und Typhus, unabhängig von ärztlichem Zutun.

8 Zum klerikalen Charakter der medizinischen Praxis siehe «Cléricisme de la fonction médicale? Médecine et politique. Le «Sacerdoce» médical. La Relation thérapeutique. Psychanalyse et christianisme», *Le Semeur*, Suppl. 2, 1966-67.

9 J. N. Weisfert, «Das Problem des Schwindsuchtkranken in Drama und Roman», *Deutscher Journalistenpiegel* 3, 1927, S. 579-82. Eine Untersuchung über die Tuberkulose als literarisches Motiv in Drama und Roman des 19. Jahrhunderts. E. Ebstein, «Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur», *Zeitschrift für Bücherfreunde* 5, 1913.

10 René und Jean Dubos, *The White Plague: Tuberculosis, Man and Society*, Boston: Little, Brown, 1953. Handelt von den sozialen, literarischen und wissenschaftlichen Aspekten der Tuberkulose im 19. Jh. Eine Analyse ihrer Verbreitung.

11 Charles E. Rosenberg, *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1962. Die Epidemie von 1832 in New York war eine moralische Katastrophe, aus der Erlösung durch Fasten und Gebet gesucht wurde. Zur Zeit der Epidemie von 1866 hatte die gleiche Kultur, die die New Yorker Slums hervorgebracht hatte, auch schon Kalk-Chlorid entdeckt.

12 W. J. van Zijl, «Studies on Diarrheal Disease in Seven Countries»,

Als schließlich ihre Ätiologie bekannt und ihre spezifische Therapie gefunden war, hatten sie viel von ihrer Gefährlichkeit und mithin ihrer sozialen Bedeutung eingebüßt. Die addierten Sterbeziffern für Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten und Masern bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr zeigen, daß der zwischen 1860 und 1965 eingetretene Rückgang der Mortalität sich zu beinahe 90 Prozent ereignete, bevor die Antibiotika eingeführt und Schutzimpfungen allgemein verbreitet waren.¹³ Zum Teil kann dieser Rückgang auf bessere Wohnbedingungen und eine geringere Virulenz der Mikroorganismen zurückgeführt werden, doch der bei weitem wichtigste Faktor war eine durch bessere Ernährung bedingte höhere Resistenz des menschlichen Körpers. In den armen Ländern treten Diarrhoe und Infektionen der oberen Atemwege häufiger auf, dauern länger und führen, wo die Ernährung schlecht ist, zu einer höheren Sterblichkeit, ganz gleich wieviel oder wie wenig ärztliche Versorgung zugänglich ist.¹⁴ Mitte des 19. Jahrhunderts traten in England an die Stelle der infektiösen Epidemien allgemeine Syndrome der Unterernährung wie Rachitis («Englische Krankheit») und Pellagra (B₂-Avitaminose). Diese breiteten sich aus und gingen zurück, um ihrerseits durch die Kinderkrankheiten und später durch die Zunahme von Zwölffingerdarmgeschwüren bei jungen Männern abgelöst zu werden. Als diese wiederum zurückgingen, drangen die modernen Epidemien vor: Koronarerkrankungen, Emphyseme (Erweiterung der Lungenalveolen), Bronchitis, Fettleibigkeit, Bluthochdruck, Krebs (bes. Lungenkrebs), Arthritis, Diabetes und die sogenannten psychischen Störungen. Trotz intensiver Forschung können wir die Ursachen dieser Veränderungen

Bulletin of the World Health Organization 35, 1966, S. 249-61. Ein Rückgang der Ruhr-Erkrankungen wird durch bessere Wasserversorgung und sanitäre Einrichtungen, nie aber durch therapeutische Interventionen bewirkt.

13 R. R. Porter, *The Contribution of the Biological and Medical Sciences to Human Welfare*, Presidential Address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971, London: the Association, 1972, S. 95.

14 N. S. Scrimshaw, C. E. Taylor, and John E. Gordon, *Interactions of Nutrition and Infection*, Genf: World Health Organization, 1968.

nicht restlos erklären.¹⁵ Zwei Dinge aber sind gewiß: Weder kann die Beseitigung alter Formen von Mortalität oder Morbidität der ärztlichen Praxis gutgeschrieben werden, noch sollte man ihr die gestiegene Erwartung eines im Leiden an neuen Krankheiten verbrachten Lebens anlasten. Die Analyse der Krankheitstrends für mehr als ein Jahrhundert zeigt nämlich, daß die Umwelt die ausschlaggebende Determinante des allgemeinen Gesundheitsstandes jeder Bevölkerung ist.¹⁶ Die Medizingeographie¹⁷, die Geschichte

15 John Cassel, «Physical Illness in Response to Stress», Antología A), Mimeo, Guernavaca: CIDOC (Centro Intercultural de Documentación), 1971.

16 Eine der klarsten frühen Aussagen über die vorrangige Bedeutung der Umwelt ist J. P. Frank, *Akademische Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten*, Pavia, 1790; Reprint Leipzig: Barth, 1960. Thomas McKeown und R. G. Record, «Reasons for the Decline in Mortality in England and Wales During the Nineteenth Century», *Population Studies* 16, 1962, S. 94–122. Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, 1842, Hrsg. M. W. Flinn, Chicago: Aldine, 1965, stellte bereits vor anderthalb Jahrhunderten fest: «Die primären, wichtigsten und zugleich praktikabelsten Maßnahmen, die auch anerkanntermaßen in die Zuständigkeit der öffentlichen Verwaltung fallen, sind die Abwässerbeseitigung, die Abfuhr jeglichen Unrats aus Wohnungen, Straßen und Höfen sowie die Verbesserung der Wasserversorgung. Max von Pettenkofer, *Über den Werth der Gesundheit einer Stadt. Über Nahrung und Fleischextract*. Braunschweig, Vieweg, 1873, berechnete vor hundert Jahren die Kosten des Gesundheitswesens für die Stadt München in Form von entgangenen Löhnen und medizinischen Behandlungskosten. Öffentliche Dienstleistungen – besonders bessere Wasserversorgung und Müllbeseitigung –, meint der Autor, würden Mortalität, Morbidität und Arbeitsversäumnis verringern, und dies würde sich auszahlen. Die epidemiologische Forschung hat diese humanistische Überzeugung vollauf bestätigt: Delpit-Morando, Radenac und Vilain, *Disparités régionales en matière de santé*, Bulletin de Statistique du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale No. 3, 1973; Warren Winkelstein, Jr., «Epidemiological Considerations Underlying the Allocation of Health and Disease Care Resources», *International Journal of Epidemiology* 1, No. 1, 1972, S. 69–74; F. Fagnani, *Santé, consommation médicale et environnement: Problèmes et méthodes*, Paris: Mouton, 1973.

17 N. D. McGlashan, Hrsg., *Medical Geography: Techniques and Field*

der Krankheiten¹⁸, die medizinische Anthropologie¹⁹ und die Sozialgeschichte der Einstellung zur Krankheit²⁰ haben gezeigt, daß die Beschaffenheit von Nahrung²¹, Wasser²² und Luft²³ – in Korre-

Studies, New York: Barnes & Noble, 1973. Jacques May und Donna McLelland, Hrsg., *Studies in Medical Geography*, 10 Bde., New York: Hafner, 1961–71. Daniel Noin, *La Géographie démographique de la France*, Paris: PUF, 1973. J. Vallin, *La Mortalité en France par tranches depuis 1899*, Paris: PUF, 1973. L. D. Stamp, *The Geography of Life and Death*, Ithaca, N. Y.: Cornell Univ. Press, 1965. E. Rodenwaldt u. a., *Weltseuchenatlas*, Hamburg, 1956. John Melton Hunter, *The Geography of Health and Disease*, Studies in Geography No. 6, Chapel Hill: Univ. of North Carolina Press, 1974.

18 Erwin H. Ackerknecht, *Therapeutics: From the Primitives to the Twentieth Century*, New York: Hafner, 1973. Eine einfache Übersicht. J. F. D. Shrewsbury, *A History of the Bubonic Plague in the British Isles*, Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1970. Ein hervorragendes Stück Geschichtsschreibung aus der Feder eines Bakteriologen und Epidemiologen.

19 Zur Einführung in die Literatur siehe Steven Polgar, «Health and Human Behaviour: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences», *Current Anthropology* 3, April 1962, S. 159–205. Polgar gibt eine kritische Beurteilung des Themas und fügt die Antworten vieler Kollegen auf seine Beurteilung bei. Siehe auch Steven Polgar, «Health», in *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, No. 6, S. 330–36; Eliot Freidson, «The Sociology of Medicine: A Trend Report and Bibliography», *Current Sociology*, 1961–62, No. 10–11, S. 123–92.

20 Paul Slack, «Disease and the Social Historian», *Times Literary Supplement*, 8. März 1974, S. 233–34. Eine kritische Rezension. Catherine Rollet und Agnès Souriac, «Epidémies et mentalités: Le Choléra de 1832 en Seine-et-Oise», *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, No. 4, S. 935–65.

21 Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D. C.: Brookings Institution, 1973. Hans J. Teuteberg und Günter Wiegelmann, *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluß der Industrialisierung*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1972, behandeln die Auswirkungen der Industrialisierung auf Qualität, Quantität und Verteilung der Nahrungsmittel im Europa des 19. Jahrhunderts. Mit dem Übergang von der Verpflegung aus beschränkten Vorräten zur Ernährung aus Restaurant und Kaufhaus wurden die regionalen Kulturtraditionen des Essens, Fastens und notfalls Hungerleidens zerstört. Die

lation mit dem Grad soziopolitischer Gleichheit²⁴ und den Kulturmechanismen, die eine stabile Bevölkerungszahl ermöglichen²⁵ – entscheidend bestimmen, wie gesund erwachsene Menschen sich

Studie ist eine mangelhaft organisierte, aber reiche Fundgrube bibliographischer Informationen. In der Nachfolge Marc Blochs und Lucien Febvres wurde höchst wertvolles Forschungsmaterial über die Bedeutung der Ernährung für Machtstrukturen und Gesundheitsbedingungen zusammengetragen. Aufschluß über die angewandte Methode gibt Guy Thuillier, «Note sur les sources de l'histoire régionale de l'alimentation au XIXe siècle», *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1968, No. 6, S. 1301–19; Guy Thuillier, «Au XIXe siècle: L'Alimentation en Nivernais», *Annales*, 1965, No. 6, S. 1163–84. Eine meisterhafte Untersuchung ist François Lebrun, *Les Hommes et la mort en Anjou au 17e et 18e siècle: Essai de démographie et psychologie historiques*, Paris: Mouton, 1971; A. Poitrineau, «L'Alimentation populaire en Auvergne au XVIIIe siècle», in *Enquêtes*, S. 323–31. Owsei Temkin, *Nutrition from Classical Antiquity to the Baroque*, Human Nutrition Monograph 3, New York, 1962. Wie das Brot in eine von Maschinen produzierbare Substanz verwandelt wurde, beschreibt Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History*, New York: Norton, 1969, bes. Teile 4:2 und 4:3 (über das Fleisch). Siehe auch Fernand Braudel, «Le Superflu et l'ordinaire: Nourriture et boissons», in *Civilisation matérielle et capitalisme*, Paris: Coliñ, 1967, S. 134–98.

22 I. D. Carruthers, *Impact and Economics of Community Water Supply: A Study of Rural Water Investment in Kenya*, Wye College, Ashford, Kent, 1973, berichtet über den Einfluß der Wasserversorgung auf die Gesundheit. Über die Verbesserung der Wasserversorgung auf dem Lande während des 19. Jahrhunderts berichtet Guy Thuillier, «Pour une histoire régionale de l'eau en Nivernais au XIXe siècle», *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1968, No. 1, S. 49 ff. Die Verbesserung der Wasserversorgung veränderte die Einstellung der Menschen zu ihrem Körper: Guy Thuillier, «Pour une histoire de l'hygiène corporelle. Un exemple régional: le Nivernais», *Revue d'histoire économique et sociale* 46, No. 2, 1968, S. 232–53; Lawrence Wright, *Clean and Decent: The Fascinating History of the Bathroom and the Water Closet and of Sundry Habits, Fashions and Accessories of the Toilet, Principally in Great Britain, France and America*, Toronto: Univ. of Toronto Press, 1967. Es entwickelten sich neue Formen des Waschens: Guy Thuillier, «Pour une histoire de la lessive au XIXe siècle», *Annales*, 1969, No. 2, S. 355–90.

fühlen und in welchem Alter sie für gewöhnlich sterben. Während die alten Krankheitsursachen schwinden, entwickelt eine neue Form der Fehlernährung sich zu der modernen Epidemie mit der

23 Lester B. Lave und Eugene P. Seskin, «Air Pollution and Human Health», *Science* 169, 1970, S. 723–33. Jean-Paul Dessaive u. a. *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris: Mouton, 1972.

24 Eine zusammenfassende, gut dokumentierte Darstellung dieses Themas ist Emanuel de Kadt, «Inequality and Health», University of Sussex, Januar 1975. Die längere Originalversion dieser Arbeit wurde 1972 als einleitendes Kapitel eines Buches, *Salud y bienestar*, geschrieben, das 1973 in Santiago, Chile, hätte erscheinen sollen. John Powles, «Health and Industrialization in Britain: The Interaction of Substantive and Ideological Change», geschrieben für ein Kolloquium über die Anpassungsfähigkeit des Menschen ans urbane Leben (Adaptability of Man to Urban Life, First World Congress on Environmental Medicine and Biology), Paris, 1.–5. Juli 1974. C. Ferrero, «Health and Levels of Living in Latin America», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 43, Oktober 1965, S. 281–95. Ein Rückgang der Sterblichkeit ist nicht von höheren Ausgaben für die Gesundheitspflege zu erwarten, sondern von einer Umverteilung der Mittel innerhalb des Gesundheitssektors, kombiniert mit sozialen Veränderungen.

25 Emily R. Coleman, «L'Infanticide dans le haut moyen âge», übers. v. A. Chamoux, *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, No. 2, S. 315–35, behauptet, daß die Kindestötung im Mittelalter von demographischer Bedeutung war. Ansley J. Coale, «The Decline of Fertility in Europe from the French Revolution to World War II», in S. J. Behrman u. a., *Fertility and Family Planning*, Ann Arbor: Univ. of Michigan Press, 1970. Die eheliche Fruchtbarkeit ging überall zurück, noch bevor der Anteil der Verheirateten in der Bevölkerung zunahm. Die Diskriminierung der unehelich Geborenen, zusammen mit Ehe-Restriktionen, diente vermutlich der Bevölkerungskontrolle. Diese Hypothese unterstützt J. L. Flandrin, «Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien», *Annales*, 1969, No. 6, S. 1370–90. Das vorliegende demographische Material zeigt, daß es im 17. und 18. Jahrhundert in Frankreich keinerlei Empfängnisverhütung innerhalb der Ehe, allerdings auch sehr wenig uneheliche Geburten gab. Empfängnisverhütung innerhalb der Ehe kam der Ketzerei gleich, außereheliche Empfängnis war ein Skandal. Im 19. Jahrhundert, meint Flandrin, entwickelte sich das Sexualverhalten von Verheirateten nach dem Beispiel des traditionellen Verhaltens von Unverheirateten,

schnellsten Ausbreitung.²⁶ Ein Drittel der Menschheit überlebt gerade noch auf einem Niveau der Unterernährung, das vordem tödlich gewesen wäre, während die Reichen in zunehmendem Maß immer größere Mengen an Giften und Mutagenen mit der Nahrung aufnehmen.²⁷

Einige moderne Techniken, oft unter Mitwirkung von Ärzten

Empfängnisverhütung wurde offenbar erstmals von bäuerlichen Familien akzeptiert, die reich genug waren, um ihre Kindersterblichkeit gering zu halten: siehe M. Leridon, «Fécondité et mortalité infantile dans trois villages bavares: Une Analyse de données individualisées du XIX siècle», *Population* 5, 1969, S. 997–1002. Obgleich die Ärzte in England die Verbreitung der Geburtenkontrolle bekämpften, wandten sie diese in ihrem eigenen Leben anscheinend erfolgreich an: J. A. Banks, «Family Planning and Birth Control in Victorian Times», Referat auf der zweiten Jahrestagung der Society for the History of Medicine, Leicester Univ., 1972. Die katholische Kirche betrachtete die Empfängnisverhütung offenbar nur insofern als Problem, als sie die industriellen Mittelschichten betraf: siehe John Thomas Noonan, *Contraception: A History of Its Treatment by the Catholic Theologians and Canonists*, Cambridge: Harvard Univ. Press, 1965. Philippe Ariès, «Les Techniques de la mort», in *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle*, Paris: Seuil, 1971, S. 373.

²⁶ Bishlang haben Hunger und Fehlernährung im Weltmaßstab mit der industriellen Entwicklung zugenommen. «Man spricht davon, daß ein Drittel bis die Hälfte der Menschheit jeden Abend hungrig zu Bett geht. In der Steinzeit muß dieser Anteil geringer gewesen sein. Dies ist eine Epoche nie dagewesenen Hungers. Heute, in einer Zeit größter technischer Machtentfaltung, ist der Hungertod institutionalisiert.» Marshall Sahlins, *Stone Age Economics*, Chicago: Aldine, 1972, S. 23.

²⁷ J. E. Davies und W. F. Edmundson, *Epidemiology of DDT*, Mount Kisco, N. Y.: Futur, 1972. Ein gutes Beispiel für die paradoxen Folgen der Krankheitsbekämpfung auf Borneo: Die Insektizide, die in den Dörfern bei der Bekämpfung der Malaria-Überträger eingesetzt wurden, akkumulierten sich auch in Küchenschaben, die meist resistent waren. Die Geckos, die die Schaben fraßen, wurden phlegmatisch und damit eine leichte Beute für Katzen. Die Katzen starben, die Ratten vermehrten sich und brachten die Gefahr einer Beulenpest-Epidemie. Die Armee mußte über den Dschungeldörfern Katzen mit dem Fallschirm abwerfen. *Conservation News*, Juli 1973.

entwickelt und optimal wirksam, wenn sie Bestandteil der Kultur oder der Umwelt werden oder wenn sie unabhängig von der Zuteilung durch Experten eingesetzt werden, haben ebenfalls, wiewohl in geringerem Maß, zum Wandel der allgemeinen Gesundheitsbedingungen beigetragen. Hierzu zählen die Geburtenregelung, die Pockenimpfung bei Kindern sowie nichtmedizinische Gesundheitsvorkehrungen wie die Wasseraufbereitung und Abwässerbeseitigung, die Verwendung von Seife und Schere durch Hebammen und gewisse antibakterielle und insektizide Wirkstoffe. Die Bedeutung vieler dieser Maßnahmen wurde zwar erstmals von Ärzten erkannt und propagiert – oftmals mutigen Dissidenten, die für ihr Engagement leiden mußten²⁸ –, doch dies besagt noch nicht, daß Seife, Pinzette, Impfnadel, Entlausungsmittel oder Kondom unter die Kategorie «medizinisches Gerät» zu rechnen wären. Die jüngste Verschiebung der Mortalität von jüngeren zu älteren Bevölkerungsgruppen ist damit zu erklären, daß diese Hilfsmittel und Verfahren in die Laienkultur eingegangen sind.

Im Gegensatz zu Milieuverbesserungen und modernen, nicht-ärztlichen Gesundheitsmaßnahmen steht die spezifisch medizinische Behandlung von Menschen niemals in einem signifikanten Zusammenhang mit einem Rückgang der gesamten Krankheitslast oder einem Anstieg der Lebenserwartung.²⁹ Weder der Anteil der Ärzte in der Bevölkerung noch die ihnen zur Verfügung stehenden klinischen Apparate oder die Zahl der Krankenhausbetten sind kau-

²⁸ Ein gutes Beispiel, wie Neuerer von der etablierten Medizin verfolgt wurden, berichten G. Gortvay und I. Zoltan, *L. Semmelweis, His Life and Work*, Budapest: Akademiai Kiado, 1968, eine kritische Biographie über den ersten Gynäkologen, der in seinem Krankenhaus die Antisepsis einführte. Dadurch senkte er 1848 die Todesfälle durch Kindbettfieber auf ein Fünftel, woraufhin er entlassen und von seinen Kollegen geächtet wurde, die sich durch die Vorstellung, daß Ärzte todbringende Bazillenträger sein könnten, beleidigt fühlten. Morton Thompsons Roman *The Cry and the Covenant*, New York: New American Library, 1973, macht die Person Semmelweis' lebendig.

²⁹ Charles T. Stewart, Jr., «Allocation of Resources to Health», *Journal of Human Resources* 6, No. 1, 1971, S. 103–21. Stewart klassifiziert die für Gesundheit aufgewandten Mittel nach Therapie, Prävention, Information

sale Faktoren der auffälligen Veränderungen im allgemeinen Krankheitsbild. Die neuen Techniken zur Erkennung und Behandlung von Krankheitszuständen wie pemiziöser Anämie oder Bluthochdruck, oder aber die Korrektur angeborener Mißbildungen durch chirurgische Eingriffe, verlangen neue Definitionen von Morbidität, verringern diese aber nicht. Die Tatsache, daß prozentual mehr Ärzte in Regionen leben, wo gewisse Krankheiten selten geworden sind, hat wenig mit der Fähigkeit der Ärzte zu tun, diese zu kontrollieren oder auszurotten.³⁰ Sie besagt lediglich, daß Ärzte, mehr noch als andere freiberufliche Experten, sich niederlassen, wo es ihnen gefällt, und daß sie meist dort zusammenströmen, wo das Klima gesund und das Wasser sauber ist und wo die Leute Arbeit haben und ihre Dienste bezahlen können.³¹

Nutzlose ärztliche Behandlung

Eine ehrfurchtgebietende medizinische Technologie und eine egalitäre Rhetorik wirken zusammen, um den Eindruck zu erwecken, die heutige Medizin sei höchst effektiv. Zweifellos hat sich im Lauf der letzten Generation eine beschränkte Anzahl spezifischer Verfahren als äußerst nützlich erwiesen, doch, falls diese nicht von Ex-

und Forschung. In allen Ländern der westlichen Welt stehen Prävention (z. B. Trinkwasser) und Erziehung in signifikanter Beziehung zur Lebenserwartung; dies gilt für keine der «Therapie-Variablen».

30 Reuel A. Stallones, in *Environment, Ecology, and Epidemiology*, Pan-American Health Organization Scientific Publication No. 231, Washington, 30. September 1971, zeigt, daß es in den USA eine stark positive Korrelation zwischen einem hohen Anteil von Ärzten in der Gesamtbevölkerung und einem hohen Vorkommen von Koronarerkrankungen gibt, während die Korrelation für zerebralkuläre Erkrankungen stark negativ ist. Stallones betont, daß dies nichts über einen möglichen Einfluß der Ärzte auf die eine oder die andere Krankheitskategorie besagt. Morbidität und Mortalität sind integrale Bestandteile des menschlichen Milieus und als solche unabhängig von den Bemühungen, eine spezifische Krankheit zu kontrollieren.

31 Alain Letourmy und François Gibert, *Santé, environnement, consommations médicales: Un Modèle et son estimation à partir des données de*

perten als ihr Handwerkszeug monopolisiert werden, sind sie, sofern auf die häufigsten Krankheiten anwendbar, in der Regel sehr billig und erfordern ein Minimum an Ausbildung, Material und klinischer Pflege. Dagegen entfällt der größte Teil der heute explosionsartig steigenden Medizinkosten auf solche Formen der Diagnose und Therapie, deren Wirksamkeit bestenfalls zweifelhaft ist.³² Um diesen Sachverhalt zu verdeutlichen, unterscheide ich zwischen infektiösen und nicht infektiösen Krankheiten.

Im Fall der infektiösen Krankheiten war die Chemotherapie entscheidend daran beteiligt, Lungenentzündung, Gonorrhoe und Syphilis unter Kontrolle zu bringen. Die Todesfälle an Pneumonie – einst die «Freundin des alten Mannes» – gingen jährlich um 5–8 Prozent zurück, nachdem Sulfonamide und Antibiotika auf den Markt gekommen waren. Syphilis, Frambösie (Himbeerseuche: syphilisähnliche endem. Hautkrankheit in den Tropen) sowie viele Fälle von Malaria und Typhus sind schnell und leicht zu heilen. Die steigende Rate der venerischen Krankheiten ist durch den Sittenwandel, nicht durch unwirksame Medikamente bedingt. Daß die Malaria wieder im Vormarsch begriffen ist, geht auf die Entwicklung pestizidresistenter Moskitos, nicht aber auf einen etwaigen Mangel an neuen Malaria-Medikamenten zurück.³³ Durch die Impfung ist die paralytische Poliomyelitis, eine in den entwickelten

mortalité; Rapport principal, Paris: CÉRÈBE (Centre de Recherche sur le Bien-être), Juni 1974. Vergleichen die Mortalitätsraten in verschiedenen Regionen Frankreichs; sie sind unabhängig vom Anteil der Ärzte in der Bevölkerung, stark abhängig vom Fettgehalt der für die einzelnen Regionen typischen Soßen und etwas weniger abhängig vom Alkoholkonsum.

32 Die im Augenblick beispielhafte Studie zu diesem Thema ist wohl A. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Siehe auch *British Medical Journal*, 1974, No. 4, S. 5. A. Querido, *Efficiency of Medical Care*, New York, International Publications, 1963.

33 Jacques M. May, «Influence of Environmental Transformation in Changing the Map of Disease», in M. Taghi Farvar und John P. Milton, Hrsg., *The Careless Technology*, Garden City, N. Y.: Natural History Press, 1972, S. 19–34. May gibt zu bedenken, daß die Resistenz von Moskitos gegen Insektizide einerseits und die Resistenz von Parasiten gegen che-

Ländern typische Krankheit, beinahe ausgerottet, und Impfstoffe waren gewiß auch am Rückgang von Keuchhusten und Masern³⁴ beteiligt und schienen somit den populären Glauben an den «medizinischen Fortschritt» zu bestätigen.³⁵ Doch bei den meisten übrigen Infektionskrankheiten kann die Medizin keine vergleichbaren Ergebnisse vorweisen. Die medikamentöse Behandlung hat dazu beigetragen, die Todesfälle durch Tuberkulose, Tetanus, Diphtherie und Scharlach zu verringern, doch beim Gesamtrückgang der durch diese Krankheiten bedingten Mortalität oder Morbidität spielte die Chemotherapie eine geringere, möglicherweise sogar unbedeutende Rolle.³⁶ Malaria, Leishmaniosis (versch. Tropenkrankheiten, bei denen die Erreger – Leishmania – durch Mücken-

motherapeutische Präparate andererseits womöglich eine unüberwindliche Bedrohung für die menschliche Anpassung darstellen.

34 Henry J. Parish, *A History of Immunization*, Edinburgh: Livingstone, 1965. Die historische Einleitung enthält wichtige Hinweise zur Literatur. Die Effektivität der Prävention in bezug auf spezifische Krankheiten ist von ihrem Einfluß auf das Gesamtvorkommen der Krankheiten zu unterscheiden: J. H. Alston, *A New Look at Infectious Disease*, London: Pitman, 1967, zeigt, wie Infektionskrankheiten durch andere ersetzt werden, ohne daß das Gesamtvolumen abnehme. Keith Mellanby, *Pesticides and Pollution*, New York: Collins, 1967, zeigt in leicht verständlicher Form, wie die technischen Maßnahmen, die eine Infektionskrankheit eindämmen sollen, dafür andere begünstigen.

35 República de Cuba, Ministerio de la Salud Pública, *Cuba: Organización de los servicios y nivel de salud*, Havanna, 1974, Einleitung von Fidel Castro. Eine eindrucksvolle Darstellung des binnen eines Jahrzehnts vollzogenen Wandels von Mortalität und Morbidität; in diesem Zeitraum wurden die verbreitetsten Infektionskrankheiten auf der ganzen Insel durch eine Kampagne zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheit erheblich beeinflußt. Nguyen Khac Vien, «25 Années d'activités médico-sanitaires», *Etudes vietnamiennes*, Hanoi, No. 25, 1970.

36 G. O. Sofoluwe, «Promotive Medicine: A Boost to the Economy of Developing Countries», *Tropical and Geographical Medicine* 22, Juni 1970, S. 250–54. Während der drei Jahrzehnte von 1935 bis 1968 ließen die meisten Heilmaßnahmen, die gegen Parasitenkrankheiten, gegen Infektionen der Haut und der Atemwege sowie gegen die Ruhr eingesetzt wurden, «die Struktur der Morbidität insgesamt unverändert».

stich übertragen werden) und Schlafkrankheit sind tatsächlich eine Zeitlang durch den massierten Einsatz chemischer Mittel zurückgegangen, breiten sich aber heute wieder aus.³⁷

Die Wirksamkeit ärztlicher Maßnahmen im Kampf gegen nicht-infektiöse Krankheiten ist noch fragwürdiger. In manchen Situationen und unter gewissen Umständen hat sich tatsächlich ein gewisser Fortschritt gezeigt: die partielle Prävention von Karies durch Fluoridierung des Trinkwassers ist möglich, doch um einen noch nicht voll zu ermessenden Preis.³⁸ Die Substitutionstherapie mit Insulin verringert die unmittelbaren Beschwerden bei Diabetes, allerdings nur kurzfristig.³⁹ Durch intravenöse Ernährung, Bluttransfusionen und chirurgische Techniken überleben zwar mehr Menschen, die ins Krankenhaus eingeliefert werden, das Operationstrauma, doch die Überlebensraten für die häufigsten Formen von Krebs – die 90 Prozent aller Fälle ausmachen – sind in den letzten 25 Jahren nahezu unverändert geblieben. Diese Tatsache wird beständig durch Verlautbarungen der American Cancer Society verschleiert, die irgendwie an Erfolgsmeldungen eines Generals Westmoreland aus Vietnam erinnern. Andererseits ist der diagnostische Wert des Va-

37 In Farvar und Milton, Hrsg., *The Careless Technology*, treffen verschiedene Autoren diese Feststellung besonders für Malaria, *Wuchereria bancrofti* (Hamon), Schistosomiasis (van der Schalie) und genito-urethrale Infektionen (Farvar).

38 Bruce Mitchel, *Fluoridation Bibliography*, Council of Planning Librarians Exchange Bibliography No. 268, Waterloo, Ont., März 1972. Berichtet über den Stand der Diskussion und besonders über die sozialwissenschaftliche Beurteilung des Verhaltens der Bevölkerung bezüglich der Fluoridierung des Wassers in Kanada.

39 C. L. Meinert u. a., «A Study of the Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes. II. Mortality Results, 1970», *Diabetes* 19, Suppl. 2, 1970, S. 789–830. G. L. Knatterud u. a., «Effects of Hypoclycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes», *Journal of the American Medical Association* 217, 1971, S. 777–84. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency*, kommentiert die beiden letzteren Studien. Sie vertreten die Ansicht, daß die Behandlung erwachsener Diabetiker mit Tolbutamid und Phenformin eindeutig nachteilig ist und daß die Behandlung mit Insulin gegenüber einer Diät keinen Vorteil bietet.

ginal-Abstrichtests nach Papanicolaou erwiesen: wenn die Tests viermal im Jahr vorgenommen werden, steigert die chirurgische Intervention bei Unterleibskrebs nachweislich die kritische Überlebensrate von 5 Jahren. Gewisse Hautkrebs-Therapien sind recht effektiv. Doch bei den meisten übrigen Krebserkrankungen gibt es wenig Beweise für eine wirksame Therapie.⁴⁰ Die Fünfjahres-Überlebensrate bei Brustkrebs beträgt 50 Prozent, ungeachtet der Häufigkeit ärztlicher Untersuchungen und ungeachtet der vorgenommenen Therapie.⁴¹ Auch gibt es keinerlei Beweise dafür, daß dieser Wert von demjenigen für nicht behandelte Frauen abweiche. Obgleich Praktiker und die Fachpresse des ärztlichen Establishments immer wieder die Bedeutung der Früherkennung und Behandlung dieser und vieler anderer Krebsformen hervorheben, bezweifeln Epidemiologen mittlerweile, daß die Überlebensrate durch den frühen Eingriff zu beeinflussen sei.⁴² Die chirurgische

⁴⁰ H. Oeser, *Krebsbekämpfung: Hoffnung und Realität*, Stuttgart: Thieme, 1974. Dies ist, meines Wissens, die für den Allgemeinmediziner wie für den Laien brauchbarste Einführung in eine kritische Wertung der Weltliteratur zur Wirksamkeit der Krebsbehandlung. Siehe auch N. E. McKinnon, «The Effects of Control Programs on Cancer Mortality», *Canadian Medical Association Journal* 82, 1960, S. 1308–12. K. T. Evans, «Breast-Cancer Symposium: Points in the Practical Management of Breast Cancer. Are Physical Methods of Diagnosis of Value?» *British Journal of Surgery* 56, 1969, S. 784–86. John C. Bailer, «Mammography: A Contrary View.» in: *Annals of Internal Medicine*, Bd. 84, No. 1, Januar 1976, S. 77–84. Für die Einführung der Mammographie als einer allgemeinen Maßnahme der öffentlichen Gesundheitsvorsorge ist es noch zu früh.

⁴¹ Edwin F. Lewison, «An Appraisal of Long-Term Results in Surgical Treatment of Breast Cancer», *Journal of the American Association* 186, 1963, S. 975–78. «Das auffälligste Merkmal der chirurgischen Behandlung von Brustkrebs ist die überraschende Ähnlichkeit und Gleichförmigkeit der langfristigen Endresultate, trotz stark differierender therapeutischer Techniken – wie hier und im Ausland berichtet.» Dies gilt auch heute. Mary Costanza, «Sounding Board. The Problem of Breast Cancer Prophylaxis», in: *The New England Journal of Medicine*, Bd. 293, No. 21, 20. November 1975, S. 1095–98.

⁴² Robert Sutherland, *Cancer: The Significance of Delay*, London: Butterworth, 1960, S. 196–202; ebenso Hadley Atkins u. a. «Treatment of

oder chemotherapeutische Behandlung seltener angeborener oder rheumatischer Herzleiden geben denen, die an solchen Degenerationserscheinungen leiden, bessere Chancen für ein aktives Leben.⁴³ Die medizinische Behandlung der gewöhnlichen kardiovaskulären Erkrankungen⁴⁴ sowie die Intensivtherapie von Herzleiden⁴⁵ sind jedoch nur wirksam, wenn ganz ungewöhnliche Umstände zusammentreffen, die sich der Kontrolle des Arztes entziehen. Die medikamentöse Behandlung des Bluthochdrucks ist erfolgreich und rechtfertigt das Risiko von Nebenfolgen bei den wenigen Patienten, bei denen der Zustand maligne ist; für die 10 bis 20 Millionen Amerikaner, an denen übereifrige Arterienklempler ihre Künste probieren, ist sie jedoch mit dem beträchtlichen Risiko

Early Breast Cancer: Report after Ten Years of Clinical Trial», *British Medical Journal*, 1972, No. 2, S. 423–29; sowie S. 417. D. P. Byar and Veterans Administration Cooperative Urological Research Group, «Survival of Patients with Incidentally Found Microscopic Cancer of the Prostate: Results of Clinical Trial of Conservative Treatment», *Journal of Urology* 108, Dezember 1972, S. 908–13. Ein statistischer Vergleich von vier Behandlungsformen (Placebo, Östrogen, Placebo und Orchitomie, sowie Östrogen und Orchitomie) zeigt keine signifikanten Unterschiede, auch nicht im Vergleich mit radikaler Prostatektomie. Zur allgemeinen Beurteilung analoger Ergebnisse der Krebsforschung in verschiedenen Ländern siehe FN. 40, oben.

⁴³ Ann G. Kutner, «Current Status of Steroid Therapy in Rheumatic Fever», *American Heart Journal* 70, August 1965, S. 149–49. Rheumatic Fever Working Party of the Medical Research Council of Great Britain and Subcommittee of Pricipal Investigators of the American Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease, American Heart Association, «Treatment of Acute Rheumatic Fever in Children: A Cooperative Clinical Trial of ACTH, Cortisone and Aspirin», *British Medical Journal*, 1955, No. 1, S. 555–74.

⁴⁴ Albert N. Brest, «Treatment of Coronary Occlusive Disease: Critical Review», *Diseases of the Chest* 45, Januar 1964, S. 40–45. Malcolm I. Lindsay und Ralph E. Spiekerman, «Pre-evaluation of Therapy of Acute Myocardial Infarction», *American Heart Journal* 67, April 1964, S. 559–64. Harvey D. Cain u. a., «Current Therapy of Cardiovascular Disease», *Geriatrics* 18, Juli 1963, S. 507–18.

⁴⁵ H. G. Mather u. a., «Acute Myocardial Infarction: Home and Hospital Treatment», *British Medical Journal*, 1971, No. 3, S. 334–38.

schwerer Schäden verbunden, das jeden erwiesenen Nutzen weit überwiegt.⁴⁶

Schädigung durch den Arzt

Unseligerweise ist eine vergebliche, sonst aber harmlose ärztliche Behandlung noch der geringste unter den Schäden, die ein wuchernder Medizinbetrieb der modernen Gesellschaft zufügt. Leiden, Arbeitsunfähigkeit, Schwäche und Qual, die aus technisch-medizinischen Eingriffen resultieren, laufen heute der durch Verkehrs- und Arbeitsunfälle und sogar der kriegsbedingten Morbidität den Rang ab und machen die Auswirkungen der Medizin zu einer der am schnellsten um sich greifenden Epidemien unserer Zeit. Unter den verschiedenen Formen todbringenden institutionellen Unrechts schädigt nur die moderne Fehlernährung noch mehr Menschen als die iatrogene Krankheit in ihren verschiedenen Erscheinungsformen.⁴⁷ Im engsten Sinn des Wortes bezeichnet «iatrogene Krankheit» nur jene Leiden, die nicht entstanden wären, wenn keine korrekte und medizinisch angezeigte Behandlung vorgenommen worden wäre.⁴⁸ Nach dieser Definition könnte ein Pa-

46 Combined Staff Clinic, «Recent Advances in Hypertension», *American Journal of Medicine* 39, Oktober 1965, S. 634-38.

47 Wörtlich bezieht «iatrogen» sich auf einen Vorgang, der Ärzte produziert, also etwas, das nur medizinische Fakultäten oder Eltern künftiger Ärzte tun. Aber seit über 80 Jahren wird das Wort allgemein zur Bezeichnung der von Ärzten bewirkten Gesundheitsschäden gebraucht. Einige Standard-Texte sind: Robert H. Moser, *The Disease of Medical Progress: A Study of Iatrogenic Disease*, 3. Aufl., Springfield, Ill.: Thomas, 1969. David M. Spain, *The Complications of Modern Medical Practices*, New York: Grune & Stratton, 1963. H. P. Kümmerle und N. Goossens, *Klinik und Therapie der Nebenwirkungen*, Stuttgart: Thieme, 1973 (1. Aufl. 1960). R. Heintz, *Erkrankungen durch Arzneimittel: Diagnostik, Klinik, Pathogenese, Therapie*, Stuttgart: Thieme, 1966. Guy Duchesnay, *Le Risque thérapeutique*, Paris: Doin, 1954. P. F. D'Arcy und J. P. Griffin, *Iatrogenic Disease*, New York: Oxford Univ. Press, 1972.

48 Zur Entwicklung der Rechtsprechung bezüglich solcher Schäden siehe M. N. Zald, «The Social Control of General Hospitals», in B. S. Ge-

tient seinen Arzt verklagen, wenn dieser es bei seiner Behandlung versäumt hätte, eine gebotene Therapie anzuwenden, die aber nach Meinung des Arztes mit dem Risiko verbunden gewesen wäre, den Patienten krank zu machen. In einem weiteren, allgemein akzeptierten Sinn umfaßt «iatrogene Krankheit» all jene klinischen Zustände, für die Heilmittel, Ärzte oder Krankenhäuser die pathogenen – oder «krankmachenden» – Ursachen sind. Diese Unzahl therapeutischer Nebenfolgen bezeichne ich als *klinische Iatrogenesis*. Sie sind so alt wie die Medizin selbst⁴⁹ und seit jeher Gegenstand der medizinischen Forschung.⁵⁰

Arzneien sind immer potentiell Gifte, aber ihre ungewollten Nebenfolgen nehmen mit ihrer Wirkkraft⁵¹ und verbreiteten Verwen-

orgopoulos, Hrsg., *Organization Research on Health Institutions*, Ann Arbor: Univ. of Michigan, Institute for Social Research, 1972. Siehe auch Angela Holder, *Medical Malpractice Law*, New York: Wiley, 1974.

49 Solche Nebenwirkungen wurden von den Arabern untersucht. Al-Razi (865-925 n. Chr.), der leitende Arzt am Krankenhaus von Bagdad, befaßte sich mit dem medizinischen Studium der Iatrogenesis – so berichtet Al-Nadim im *Fihrist*, Kap. 7, Abschn. 3. Zur Zeit von Al-Nadim (935 n. Chr.) waren noch drei Bücher und ein Brief von Al-Razi zu diesem Thema vorhanden: *Die Fehler im Tun der Ärzte; Über das Purgieren von Fiebernden vor der rechten Zeit; Der Grund, warum die unwissenden Ärzte, das einfache Volk und die Frauen in den Städten bei der Behandlung gewisser Krankheiten mehr Erfolg haben als die Männer der Wissenschaft, und die Entschuldigungen, die die Ärzte dafür wissen; sowie der Brief: Warum ein kluger Arzt nicht die Macht hat, alle Krankheiten zu heilen, denn dies liegt nicht im Reich des Möglichen*.

50 Siehe auch Erwin H. Ackerknecht, «Zur Geschichte der iatrogenen Krankheiten», *Gesnerus* 27, 1970, S. 57-63. Er unterscheidet drei Wellen oder Perioden seit 1750, in denen das Studium der Iatrogenesis vom ärztlichen Establishment als wichtig erachtet wurde. Erwin H. Ackerknecht, «Zur Geschichte der iatrogenen Erkrankungen des Nervensystems», *Therapeutische Umschau/Révue thérapeutique* 27, 1970. No. 6, S. 345-46. Ein kurzer Überblick über die ärztliche Kenntnis der Nebenwirkungen von Medikamenten auf das Zentralnervensystem, beginnend mit Avicenna (980-1037 n. Chr.) über Quecksilber.

51 L. Meyler, *Side Effects of Drugs*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1972. *Adverse Reactions Titles*, eine monatlich erscheinende Bibliographie

dung⁵² zu. Alle 24 bis 36 Stunden schlucken zwischen 50 und 80 Prozent der Erwachsenen in den USA und in England eine ärztlich verschriebene Chemodroge. Manche nehmen die falsche Pille; andere haben eine alte oder verdorbene Packung erhalten und wieder andere ein gefälschtes Präparat⁵³; manche nehmen verschiedene Medikamente in gefährlicher Kombination⁵⁴; und andere wiederum erhalten Injektionen mit unzulänglich sterilisierten Spritzen.⁵⁵ Gewisse Medikamente erzeugen Sucht, andere verursachen Mißbildungen oder Mutationen, wenngleich wahrscheinlich nur in Verbindung mit Nahrungsmittel-Farbstoffen oder Insektiziden. Bei manchen Patienten verändern Antibiotika die normale Bakterienflora und verursachen eine Superinfektion, die es resistenteren Organismen gestattet, sich zu vermehren und den Wirtsorganismus zu überschwemmen. Wieder andere Medikamente tragen zur Züchtung chemisch resistenter Bakterienstämme bei.⁵⁶ Subtile Arten der Vergiftung breiten sich daher noch schneller aus als die bestürzende

der Titel von 3400 bio-medizinischen Zeitschriften aus allen Teilen der Welt, erscheint seit 1966 in Amsterdam. *Allergy Information Bulletin*, Allergy Information Association, Weston, Ontario.

52 P. E. Sartwell, «Iatrogenic Disease: An Epidemiological Perspective», *International Journal of Health Services* 4, Winter 1974, S. 89-93.

53 Pharmaceutical Society of Great Britain, *Identification of Drugs and Poisons*, London: the Society, 1965. Berichtet über die Verfälschung und Analyse von Medikamenten. Margaret Kreig, *Black Market Medicine*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1967, berichtet, daß ein steigender Prozentsatz der im legitimen Apothekenhandel vertriebenen Artikel unwirksame, gefälschte Präparate sind, die sich in Verpackung und Aufmachung nicht von Markenprodukten unterscheiden.

54 Morton Mintz, *By Prescription Only*, 2. Aufl. Boston: Beacon Press, 1967 (eine ausführlichere Würdigung dieses Buches siehe unten, FN. 98, Kap. 2). Solomon Garb, *Undesirable Drug Interactions*, 1974-75, revid. Aufl., New York: Springer, 1975, enthält Informationen über Unwirksamkeit, Unverträglichkeit Potenzierung und Plasma-Bindung sowie über die Strömung von Verdauung, Ausscheidung und Testverfahren.

55 B. Opitz und H. Horn, «Verhütung iatrogenen Infektionen bei Schutzimpfungen», *Deutsches Gesundheitswesen* 27/24, 1972, S. 1131-36. Ein Bericht über Infektionen in Verbindung mit Impfverfahren.

56 Harry N. Beaty und Robert G. Petersdorf, «Iatrogenic Factors in In-

Vielfalt und Ubiquität quacksalberischer Patentmittel.⁵⁷ Unnötige chirurgische Eingriffe sind geradezu die Norm.⁵⁸ Invaldisierende Nicht-Krankheiten resultieren aus der ärztlichen Behandlung nicht-existenter Krankheiten und nehmen ständig zu.⁵⁹ Die Zahl der in Massachusetts durch die Behandlung kardialer Nicht-Krank-

fectious Disease», *Annals of Internal Medicine* 65, Oktober 1966, S. 641-56.

57 Jedes Jahr werden eine Million Menschen – das sind 3 bis 5 % aller Krankenhaus-Einweisungen – hauptsächlich wegen einer negativen Reaktion auf Medikamente eingewiesen. Nicholas Wade, «Drug Regulation: FDA Replies to Charges by Economists and Industry», *Science* 179, 1973, S. 775-77.

58 Eugene Vayda: «A Comparison of Surgical Rates in Canada and in England and Wales», *New England Journal of Medicine* 289, 1973, S. 1224-29, weist nach, daß die Häufigkeit chirurgischer Eingriffe in Kanada-1968 – bei Männern 1,8 mal und bei Frauen 1,6 mal höher lag als in England. Willkürliche Operationen, wie etwa Tonsillektomie und Adenoidektomie, Entfernung der Hämorrhoiden und inguinale Herniotomie, fanden zweimal so oft statt. Die Quoten für Cholecystectomy lagen fünfmal höher. Die wichtigsten Determinanten mögen die Unterschiede in der Bezahlung von ärztlichen Dienstleistungen, verfügbaren Krankenhausbetten und Chirurgen sein. Charles E. Lewis, «Variations in the Incidence of Surgery», *New England Journal of Medicine* 281, 1969, S. 880-84, findet drei- bis vierfache Unterschiede bei regionalen Quoten für sechs häufige chirurgische Eingriffe in den USA. Die Zahl der vorhandenen Chirurgen wurde als signifikanter Index für die Häufigkeit von chirurgischen Eingriffen festgestellt. Siehe auch James C. Doyle, «Unnecessary Hysterectomies: Study of 6,248 Operations in Thirty-five Hospitals during 1948», *Journal of the American Medical Association* 151, 1953, S. 360-65. James C. Doyle, «Unnecessary Ovariectomies: Study based on the Removal of 704 Normal Ovaries from 546 Patients», *Journal of the American Medical Association* 148, 1952, S. 1105-11. Thomas H. Weller, «Pediatric Perception: The Pediatrician and Iatric Infectious Disease», *Pediatrics* 51, April 1973, S. 595-602.

59 Clifton Meador, «The Art and Science of Nondisease», *New England Journal of Medicine* 272, 1965, S. 92-95. Für den Arzt, der gewohnt ist, nur mit pathogenen Entitäten umzugehen, sind Begriffe wie «nondisease entity» und «nondisease» schwer verständlich. Diese Abhandlung bietet eine – ironische – Klassifikation von Nicht-Krankheiten und im wesentlichen auf diesem Konzept basierenden therapeutischen Prinzipien. Iatrogene

heiten invalidisierten Kinder übertrifft die Zahl wegen realer Herzkrankheiten effektiv behandelter Kinder.⁶⁰

Von Ärzten zugefügte Leiden und Gebrechen sind seit jeher Bestandteil der medizinischen Praxis.⁶⁰ Professionelle Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit und schiere Unfähigkeit sind althergebrachte Formen der Kurpfuscherei.⁶² Mit der Wandlung des Arztes vom

Krankheiten entstehen vermutlich ebensooft durch die Behandlung von Nicht-Krankheiten wie durch die Behandlung von Krankheiten.

60 Abraham B. Berman und Stanley J. Stamm, «The Morbidity of Cardiac Nondisease in School Children», *New England Journal of Medicine* 276, 1967, S. 1008–13, geben ein besonderes Beispiel aus dem «Asyl, wo Menschen sich selbst so sehen oder von den anderen so betrachtet werden, als hätten sie eine nicht existente Krankheit. Die Leiden, die mit manchen Nicht-Krankheiten verbunden sind, sind ebenso extrem wie diejenigen, welche die entsprechenden Krankheiten begleiten... Die Invaliditätsrate durch Herz-Nicht-Krankheiten bei Kindern wird als höher eingeschätzt als diejenige, die durch tatsächliche Herzkrankheiten bedingt ist.» Siehe auch J. Andriola, «A Note on Possible Iatrogenesis of Suicide», *Psychiatry* 36, 1973, S. 213–18.

61 Die klinische Iatrogenesis hat eine lange Geschichte. Plinius Secundus, *Naturalis Historia*, XXIX. 19: «Uns vor den Ärzten zu schützen, gibt es kein Gesetz gegen Dummheit, keinen Fall von Todesstrafe. Die Ärzte lernen auf unsere Gefahr, sie experimentieren und töten mit souveräner Straffreiheit. Tatsächlich ist der Arzt der einzige, der töten darf. Sie gehen noch weiter und machen den Patienten verantwortlich: dem, der erliegt, geben sie die Schuld.» Tatsächlich enthielt das römische Recht bereits etliche Bestimmungen gegen vom Arzt zugefügte Schäden, «damnum injuria datum per medicum». Die römische Jurisprudenz machte den Arzt nicht nur verantwortlich für Unwissen und Rücksichtslosigkeit, sondern auch für Nachlässigkeit. Ein Arzt, der einen Sklaven operiert hatte und nicht seine Genesung gewissenhaft verfolgte, mußte während dessen verlängerter Krankheit den Preis des Sklaven und den Einkommensverlust an den Herrn entrichten. Auf römische Bürger bezogen sich diese Bestimmungen nicht, doch diese konnten von sich aus rechtliche Schritte gegen den pfuschenden Arzt unternehmen.

62 Montesquieu, *De l'esprit des lois*, Buch 29, Kap. 14, b, Paris: Bibl. de la Pléiade, 1951. Die Römischen Gesetze schrieben vor, daß Ärzte für Versäumnisse oder Unkenntnis (die kornelianischen Gesetze De Sicariis, inst.

Handwerker, der seine Kunst an ihm persönlich bekannten Individuen ausübt, zum Techniker, der wissenschaftliche Regeln auf Patienten kategorien anwendet, hat die Kurpfuscherei einen anonymen, fast respektablen Status gewonnen.⁶³ Was vordem als Vertrauensbruch und als moralisches Vergehen galt, läßt sich heute als zufälliges Versagen von technischem Gerät und dessen Bedienungspersonal rationalisieren. Im Rahmen einer komplexen Krankenhaustechnologie wird Achtlosigkeit zum «versehentlichen» menschlichen Irrtum oder «Systemversagen», Gleichgültigkeit wird zu «wissenschaftlicher Objektivität» und Unfähigkeit zu einem «Mangel an Spezialgeräten». Die Entpersönlichung von Diagnose und Therapie hat die Kurpfuscherei vom ethischen in ein technisches Problem verwandelt.⁶⁴

1961 waren bei den Gerichten der USA 12 000 bis 15 000 Verfahren wegen ärztlicher Kunstfehler anhängig. Nicht mal bei der

IV tit. 3, de lege Aquila 7) bestraft werden sollten. War der Arzt eine reiche oder hochgestellte Persönlichkeit, dann wurde er lediglich zur Verbannung verurteilt; war er aber niedrigen Standes, dann wurde er zum Tod verurteilt. Unsere Institutionen verfahren da anders. Die römischen Gesetze entstanden nicht unter den gleichen Bedingungen wie die unseren: in Rom hantierte jeder unwissende Scharlatan mit der Naturlehre, aber bei uns müssen die Ärzte ein reguläres Studium absolvieren und Prüfungen ablegen, weshalb man von ihnen auch erwartet, daß sie ihren Beruf verstehen. In diesem Abschnitt beweist der Philosoph des 17. Jahrhunderts einen ganz modernen Optimismus hinsichtlich der ärztlichen Ausbildung.

63 Für deutsche Internisten gilt, daß die Zeit, die der Patient den Arzt von Angesicht zu Angesicht sieht, sich inzwischen auf 1,7 Minuten pro Visite verkürzt hat. Heinrich Erdmann, Heinz-Günther Overrath und Wolfgang und Thure Uxküll, «Organisationsprobleme der ärztlichen Krankenversorgung: Dargestellt am Beispiel einer medizinischen Universitätsklinik», *Deutsches Ärzteblatt/Ärztliche Mitteilungen* 71, 1974, S. 3421–26. In der Allgemeinpraxis betrug die Zeit (1963) etwa 3 Minuten. Siehe T. Geyer, *Verschwörung*, Hilchenbach: Medizinpolitischer Verlag, 1971, S. 30.

64 Zum allgemeineren Thema der über den individuellen Schaden hinausgehenden genetischen Schädigung, siehe John W. Goffman und Arthur R. Tamplin, «Epidemiological Studies of Carcinogenesis by Ionizing Radiation», in Proceedings of the Sixth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Propability, Univ. of California, Juli 1970, S. 235–77. Nur

Hälfte aller Regresse wegen Pfuscherei wurde binnen weniger als 18 Monaten eine Entscheidung gefällt; mehr als 10 Prozent dieser Forderungen bleiben länger als 6 Jahre unbeschrieben. 16 bis 20 Prozent von jedem Dollar, der von Versicherungen für ärztliche Kunstfehler ausgegeben wurde, entfielen auf die Entschädigung des Opfers. Der Rest wanderte in die Taschen von Anwälten und medizinischen Gutachtern.⁶⁵ In solchen Fällen ist der Arzt nur zu belangen, falls ihm nachgewiesen werden kann, er habe gegen den ärztlichen Kodex verstoßen, eine gebotene Therapie mangelhaft durchgeführt oder seine Pflicht aus Habgier oder Faulheit vernachlässigt. Das Problem besteht jedoch darin, daß die meisten vom modernen Arzt zugefügten Schädigungen in keine dieser Kategorien fallen.⁶⁶ Sie ereignen sich in der alltäglichen Praxis wohlausgebildeter Männer und Frauen, die gelernt haben, den herrschenden professionellen Lehrsätzen und Verfahren zu gehorchen, auch wenn sie wissen (oder wissen könnten und sollten), welchen Schaden sie anrichten.

allzu verbreitet ist die Annahme, daß es dort, wo hinsichtlich der Größenordnung karzinogener Effekte Unsicherheit herrscht, angemessen ist, die Menschen weiterhin dem Risiko auszusetzen. Die Autoren zeigen, daß es weder angemessen noch der öffentlichen Gesundheit förderlich ist, epidemiologische Befunde an Menschen zu verlangen, bevor man die Bestrahlung aussetzt. Das Argument gegen die Ionenbestrahlung mit elektrisch erzeugter Kernenergie läßt sich ebenso auf alle medizinischen Behandlungen anwenden, bei denen hinsichtlich der genetischen Folgen Unsicherheit herrscht. Die Befähigung der Ärzte, Toleranzschwellen für ganze Bevölkerungen festzusetzen, muß schon aus theoretischen Gründen bezweifelt werden.

65 Wegen weiterer Daten und bibliographischer Angaben siehe US House of Representatives, Committee on Interstate and Foreign Commerce, *An Overview of Medical Malpractice*, 94th Cong., 1st Sess., 17. März 1975.

66 Die Fehlbehandlung von Patienten ist mittlerweile akzeptierte Routine; siehe Charles Butterworth, «Iatrogenic Malnutrition», *Nutrition Today*, März–April 1974. Einer der größten unerkannten Herde der Fehlernährung besteht in USA und Kanada nicht in ländlichen Elendsvierteln oder städtischen Gettos, sondern in den Privatzimmern und Stationen großer städtischer Krankenhäuser. J. Mayer, «Iatrogenic Malnutrition», *New England Journal of Medicine* 284, 1971, S. 1218.

Das US-Ministerium für Gesundheit, Erziehung und Wohlfahrt rechnet, daß 7 Prozent aller Patienten bei einem Krankenhausaufenthalt kompensationsberechtigte Schädigungen erleiden, wenn gleich nur wenige ihre Ansprüche geltend machen. Zudem ist die Häufigkeit von bekanntwerdenden Unfällen im Krankenhaus höher als in allen Industriezweigen außer Bergbau und Baugewerbe. Unfälle sind auch die hauptsächliche Todesursache bei amerikanischen Kindern. In Relation zu der im Krankenhaus verbrachten Zeit sind diese Unfälle dort offenbar nicht häufiger als an allen anderen Orten. Von fünfzig ins Krankenhaus eingewiesenen Kindern erleidet eines dort einen Unfall, der spezifische Behandlung verlangt.⁶⁷ Universitätskliniken sind im Vergleich zu anderen Krankenhäusern ein pathogeneres – deutlich gesagt: ein der Krankheit förderlicheres Milieu. Auch wurde festgestellt, daß einer von fünf in eine typische Forschungsklinik eingewiesenen Patienten sich ein iatrogenes Leiden zuzieht – das mitunter trivialer Natur ist, in der Regel aber besonderer Behandlung bedarf und in einem von dreißig Fällen zum Tode führt. Die Hälfte dieser Zwischenfälle resultieren aus Komplikationen der medikamentösen Behandlung; erstaunlicherweise sind in einem von zehn Fällen sogar diagnostische Verfahren verantwortlich.⁶⁸ Trotz guter Absichten und dem Anspruch, der Öffentlichkeit zu dienen, würde ein Offizier in der Armee bei ähnlichen Erfolgen seines Kommandos enthoben, und ein Restaurant oder Amüsierbetrieb würde durch die Polizei geschlossen. Kein Wunder also, daß die Gesundheitsindustrie die Verantwortung für die von ihr verursachten Schäden dem Opfer zuschiebt und daß die Hauszeitschrift eines multinationalen Pharmakonzerns den Lesern weismachen will, daß «iatrogene Krankheit fast immer neurotischen Ursprungs» sei.⁶⁹

67 George H. Lowrey, «The Problem of Hospital Accidents to Children», *Pediatrics* 32, Dezember 1963, S. 1064–68.

68 J. T. McLamb und R. R. Huntley, «The Hazards of Hospitalization», *Southern Medical Journal* 60, Mai 1967, S. 469–72.

69 «La maladie iatrogène est presque toujours à base névrotique»: L. Israel, «La Maladie iatrogène», in *Documenta Sandoz*, o. J.

Wehrlose Patienten

Die unerwünschten Nebenfolgen von korrekten, irrtümlichen, gleichgültigen und kontraindizierten technischen Kontakten mit dem Medizinsystem stellen nur eine erste Ebene der pathogenen Medizin dar. Solche klinische Iatrogenese umfaßt nicht nur Schäden, die Ärzte in der Absicht zufügen, den Patienten zu heilen oder wirtschaftlich auszubeuten, sondern auch jene übrigen Fehler, die aus dem Bemühen des Arztes resultieren, sich gegen die Möglichkeit eines Kunstfehler-Verfahrens abzusichern. Diese Versuche, Anklage und Strafverfolgung zu vermeiden, bewirken heute möglicherweise mehr Schäden als jeder andere iatrogene Stimulus.

Auf einer zweiten Ebene⁷⁰ fördert die medizinische Praxis die Krankheit, indem sie eine morbide Gesellschaft stützt, die die Leute dazu treibt, Konsumenten von Heil-, Präventiv-, Industrie- und Umweltmedizin zu werden. Einerseits überleben unheilbar Kranke in wachsender Zahl und sind nur bei institutioneller Fürsorge lebensfähig, während andererseits ärztlich attestierte Symptome die Menschen von der Industriearbeit freisetzen und sie damit dem Schauplatz des politischen Kampfes entziehen, wo sie die Gesellschaft, die sie krank macht, umgestalten könnten. Die Iatrogenese der zweiten Ebene findet Ausdruck in verschiedenen Symptomen der sozialen Übermedikalisierung, die sich zu dem summieren, was ich die Enteignung der Gesundheit nenne. Diese zweite Ebene der schädlichen Wirkung von Medizin bezeichne ich als *soziale Iatrogenese*, und ich werde sie im zweiten Teil des Buches eingehender behandeln.

⁷⁰ Eine Unterscheidung verschiedener Ebenen der Iatrogenese trifft Ralph Audy, «Man-made Maladies and Medicine», *California Medicine*, November 1970, S. 48–53. Er stellt fest, daß iatrogene «Krankheiten» nur eine Form der vom Menschen verursachten Krankheit sind. Nach ihrer Ätiologie verteilen sie sich auf mehrere Kategorien: jene, die aus Diagnose und Behandlung resultieren; jene, die durch soziale oder psychologische Einstellungen und Situationen bedingt sind; und jene, die aus vom Menschen geschaffenen Programmen zur Kontrolle und Beseitigung von Krankheit hervorgehen. Neben den iatrogenen klinischen Entitäten erkennt er auch andere Krankheiten mit medizinischer Ätiologie.

Auf einer dritten Ebene bewirken die sogenannten Gesundheitsberufe insofern einen noch tieferen, kulturell gesundheitsschädigenden Effekt, als sie die Bereitschaft der Menschen zerstören, ihre menschliche Schwäche, Verletzlichkeit und Einmaligkeit auf persönliche, autonome Weise zu bewältigen. Der Patient in den Klauen der modernen Medizin ist nur ein Beispiel für die Situation einer vom Würgegriff lebensgefährlicher Technik bedrohten Menschheit.⁷¹ Diese kulturelle *Iatrogenese*, die ich im dritten Teil behandeln werde, ist der unvermeidliche Rückschlag des hygienischen Fortschritts; sie ist die Paralisierung jeglicher gesunden Reaktion auf Leiden, Schwäche und Tod. Sie tritt ein, sobald die Menschen ein nach dem Modell technischer Planung konzipiertes Gesundheitsmanagement akzeptieren, sobald sie sich zu dem Unterfangen verschwören, etwas wie «bessere Gesundheit» sozusagen als Ware zu produzieren. Dies führt unvermeidlich zur verwalteten Instandhaltung des Lebens auf einem hohen Niveau subletaler Krankheit. Dieses letzte Übel des medizinischen «Fortschritts» ist klar zu unterscheiden von der klinischen und der sozialen Iatrogenese.

Ich hoffe nachzuweisen, daß die Iatrogenese auf allen diesen drei Ebenen medizinisch irreversibel geworden ist: sie ist ein dem Medizinbetrieb wesenseigenes Merkmal. Die ungewollten physiologischen, sozialen und psychologischen Nebenfolgen des diagnostischen und therapeutischen Fortschritts sind gegen medizinische Mittel resistent. Neue Geräte, Methoden und Organisationsformen, die als Mittel gegen die klinische und soziale Iatrogenese erdacht werden, entwickeln sich meist selbst zu Pathogenen, die zu der neuen Epidemie beitragen. Technische und organisatorische Maßnahmen, die auf jeder der drei Ebenen eingesetzt werden, um eine Schädigung des Patienten durch die Behandlung zu vermeiden, erzeugen meist einen sich selbst beschleunigenden iatrogenen

⁷¹ «Das Schicksal des Kranken verkörpert als Symbol das Schicksal der Menschheit im Stadium einer technischen Weltentwicklung»: Wolfgang Jakob, *Der kranke Mensch in der technischen Welt*, IX Internationaler Fortbildungskurs für praktische und wissenschaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran, Frankfurt a. M.: Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker, 1971.

Kreislauf – analog der eskalierenden Zerstörung, wie sie die umweltfeindlichen Techniken bewirken, die angeblich dem Umweltschutz dienen.⁷²

Diesen sich selbst beschleunigenden Kreislauf negativer institutioneller Rückkoppelungen bezeichne ich nach einer Allegorie der griechischen Antike als *medizinische Nemesis*. Die Griechen sahen hinter den Naturgewalten Götter. Nemesis bedeutete ihnen die Rache der Götter, die jene Sterblichen sich zuzogen, die sich die eifersüchtig gehüteten Vorrechte der Götter anmaßten. Nemesis war die unausweichliche Strafe für den Versuch, nicht ein Mensch, sondern ein Heros zu sein. Wie die meisten abstrakten Substantive des Griechischen nahm Nemesis die Gestalt einer Gottheit an. Sie war die Reaktion der Natur auf die *Hybris*, die Anmaßung des Menschen, sich göttliche Attribute beizumessen. Unsere moderne Hybris hat zu dem neuen Syndrom der medizinischen Nemesis geführt.⁷³

Wenn ich diesen griechischen Begriff einführe, so möchte ich damit deutlich machen, daß das betreffende Phänomen sich nicht in den Rahmen der Erklärungen fügt, den Bürokraten, Therapeuten und Ideologen heute für die lawinenartig wachsenden Verluste und Vergeudungen anbieten, die sie – bar aller Intuition – planen und gern als das «kontra-intuitive Verhalten großer Systeme» bezeichnen. Wenn ich bei Mythen und klassischen Gottheiten Anleihen mache, dann möchte ich damit klarstellen, daß der Bezugsrahmen, in dem ich das heutige Versagen der Medizin analysiere, nichts mit einer von der Industrie bestimmten Logik und Ethik zu tun hat. Ich glaube, daß die Reversion der Nemesis nur von innen, durch den

72 James B. Quinn, «Next Big Industry: Environmental Improvement», *Harvard Business Review* 49, September–Oktober 1971, S. 120–30. Er glaubt, daß der Umweltschutz eine Reihe von dynamischen, profitablen Märkten für die Industrie schaffen wird, die sich bezahlt machen und schließlich eine bedeutende Steigerung von Einkommen und BSP darstellen werden. Für den Gesundheitssektor wird das gleiche Argument von den Befürwortern einer Kunstfehler-Versicherung vorgebracht.

73 Der Ausdruck wurde von Honoré Daumier (1810–79) verwendet. Siehe die Reproduktion seiner Graphik «Némésis médicale» in Werner Block, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart: Enke, 1966.

Menschen selbst erfolgen kann und nicht durch ein administratives (und heteronomes) Management, das wiederum von vermessenem Expertentum und daraus folgender Mystifikation abhängig wäre.

Die medizinische Nemesis ist gegen medizinische Heilmittel resistent. Sie kann nur revidiert werden, wenn die Laien den Willen zur Selbstbehandlung wiederfinden und wenn das Recht auf solche Behandlung legal, politisch und institutionell verankert wird, wodurch dem Berufsmonopol der Ärzte Grenzen gezogen würden. Im Schlußkapitel schlage ich daher Leitlinien für die Zurückdämmung der medizinischen Nemesis vor und biete Kriterien an, nach denen der Medizinbetrieb innerhalb gesunder Schranken gehalten werden könnte. Ich empfehle keinerlei spezifische Arten der Gesundheitsfürsorge oder Krankenpflege, und ich vertrete ebensowenig eine neue medizinische Philosophie, wie ich Verbesserungen der medizinischen Technik, Lehre oder Organisation befürworte. Vielmehr fordere ich eine Alternative zur heutigen Einstellung gegenüber der Organisation und Technik der Medizin sowie zu den daraus sich speisenden Bürokratien und Ideologien.

Teil II

Soziale Iatrogenesis

2. Die Medikalisierung des Lebens

Politische Übertragung der iatrogenen Krankheit

Bis vor kurzem suchte die Medizin das Wirken der Natur zu unterstützen. Sie förderte die Heiltendenz der Wunde, die Gerinnungstendenz des Blutes und die Überwindung von Bakterien durch natürliche Immunisierung.¹ Heute versucht die Medizin, die Träume der Vernunft² technisch zu planen. Orale Verhütungsmittel werden z. B. verschrieben, um «einen normalen Ablauf bei gesunden Personen zu verhindern».³ Therapien lassen den Organismus in einer Weise mit Molekülverbindungen oder Maschinen reagieren, für die es in der Evolution kein Beispiel gibt. Transplantationen bedingen

1 Judith P. Swazey und Renée Fox, «The Clinical Moratorium: A Case Study of Mitral Valve Surgery», in Paul A. Freund, Hrsg., *Experimentation with Human Subjects*, New York: Braziller, 1970, S. 315–57.

2 Francisco Goya, in *Los Caprichos*, einem Zyklus von Radierungen aus dem Jahr 1786, zeigt einen Mann, der, den Kopf in die verschränkten Arme gebettet, am Schreibtisch schläft, während Ungeheuer ihn umgeben. Die Inschrift auf dem Tisch lautet: «El sueño de la razon produce monstruos.» (Der Traum der Vernunft weckt Ungeheuer.) René Dubos verwendet dieses Bild als Frontispiz zu seinem Buch *The Mirage of Health* (siehe oben, FN. 3, Kap. 1). Es veranschaulicht seine These, die ich in diesem Buch auszuführen versuche.

3 Morton Mintz: *The Pill: An Alarming Report*, Boston: Beacon Press, 1970. Beispielhafte Studie über die Medizin, von einem Zeitungsreporter, der Studien der Medizin mit wichtigen Informationen zu kombinieren weiß, die jedoch in der medizinischen Literatur vernachlässigt, unterdrückt oder verschleiert wurden.

die regelrechte Ausschaltung der genetisch programmierten immunologischen Abwehr.⁴ Eine Entsprechung zwischen dem Interesse des Patienten und dem Erfolg des einzelnen Spezialisten, der seinen «Zustand» manipuliert, kann daher nicht mehr unterstellt werden; sie wäre erst nachzuweisen, und die Nettobilanz über den Beitrag der Medizin zur Krankheitslast der Gesellschaft muß von anderen als der Ärzte-Zunft gezogen werden.⁵ Doch Anklagen gegen die Medizin wegen der klinischen Schäden, die sie verursacht, bedeuten nur einen ersten Schritt zur Verurteilung der pathogenen Medizin.⁶ Das zerstampfte Kornfeld ist nur eine Mahnung an den größeren Schaden, den die Jagdpartie des Barons dem Bauerndorf zufügt.

4 Francis D. Moore, «The Therapeutic Innovation: Ethical Boundaries in the Initial Clinical Trials of New Drugs and Surgical Procedures», in Freund, Hrsg., *Experimentation with Human Subjects*, S. 358–78.

5 Ein nützliches Beispiel für die Notwendigkeit einer solchen Kontrolle des medizinischen Fortschritts von außerhalb: Peter R. Breggin, «The Return of Lobotomy and Psychosurgery», *Congressional Record* 118, 24. Februar 1972, S. 5567–77, bringt eine wahrhaft schockierende Übersicht über die ausgedehnte Literatur zum neuerlichen Wiederaufleben der Lobotomie in USA und anderen Teilen der Welt. Die erste Welle erfaßte überwiegend weibliche Patienten staatlicher Kliniken: allein in den USA 50000 Personen vor 1964. Inzwischen sind neue Methoden entwickelt worden, um Teile des Gehirns durch Mikrowellen, elektrische Koagulation und Einpflanzung von Radiumteilchen zu zerstören. Die Technik wird eingesetzt zur Ruhigstellung alter Patienten – um die Kosten ihrer Hospitalisierung zu senken; zur Kontrolle hyperaktiver Kinder; und zur Abschwächung erotischer Phantasien und der Spielleidenschaft.

6 Jede Gesellschaft hat ihre typische «Nosologie» oder Klassifikation der Krankheiten. Das Ausmaß der als Krankheit klassifizierten Zustände, wie auch Anzahl und Art der erfaßten Krankheiten, wandeln sich im Lauf der Geschichte. Die in einer Gesellschaft anerkannte offizielle oder medizinische Nosologie kann in hohem Maß von der in einer oder mehreren Klassen der Gesellschaft verbreiteten Auffassung von Krankheit abweichen. Siehe Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik*. München: Hauser, o. J. (auch als Tb, Berlin: Ullstein, 1976. In unserer Gesellschaft ist die Nosologie fast völlig medikalisiert. Krankheit, soweit sie nicht vom Arzt etikettiert ist, wird als Simulantentum oder Einbildung ignoriert. Solange die iatrogene Krankheit als eine winzige Kategorie innerhalb der etablierten Noso-

Soziale Iatrogenesis

Die Medizin untergräbt die Gesundheit nicht nur durch direkte Aggression gegen den einzelnen, sondern auch durch die Auswirkung ihrer gesellschaftlichen Organisation auf die ganze Umwelt. Wenn die medizinische Schädigung der Gesundheit des einzelnen durch eine soziopolitische Form der Übertragung geschieht, spreche ich von «sozialer Iatrogenesis», ein Begriff, mit dem ich all jene Gesundheitsschäden bezeichne, die gerade durch solche sozio-ökonomischen Veränderungen bedingt sind, wie sie aufgrund der heutigen institutionalisierten Form der Gesundheit attraktiv, möglich oder notwendig werden. Soziale Iatrogenesis bezeichnet eine ätiologische Kategorie, die viele Erscheinungsformen umfaßt. Sie herrscht dort vor, wo die medizinische Bürokratie Krankheit produziert, indem sie den Streß verschärft oder lähmende Abhängigkeiten vermehrt, indem sie neue quälende Bedürfnisse erzeugt oder die Toleranzschwellen für Unbehagen oder Schmerz senkt, indem sie den Spielraum einschränkt, den die Mitmenschen dem Leidenden zugestehen, oder indem sie sogar das Recht auf Selbstheilung abschafft. Soziale Iatrogenesis liegt vor, wenn Gesundheitspflege sich in eine standardisierte Massenware verwandelt; wenn jegliches Leiden ins Krankenhaus verbannt wird und das Heim des Men-

logie aufgefaßt wird, läßt sich ihr Anteil am Gesamtvolumen der anerkannten Krankheiten nicht abschätzen. Irving Kenneth Zola, «Medicine as an Institution of Social Control», in: *The Sociological Review*, Bd. 20, No. 4 (neue Reihe), November 1972, S. 487–509. «Thema dieses Essay's ist die Tatsache, daß die Medizin sich zu einer wichtigen Institution der sozialen Kontrolle entwickelt und die traditionelleren Institutionen von Religion und Recht verdrängt, falls nicht sich einverleibt. Sie wird zum neuen Hort der Wahrheit, jenem Ort, wo absolute, oft endgültige Urteile von angeblich moralisch neutralen, objektiven Experten gefällt werden... im Namen der Gesundheit.» Dieser Essay kam mir erst zur Kenntnis, nachdem ich die Fahnenkorrektur abgeschlossen hatte, und daher konnte ich nicht mehr den Hinweis unterbringen, daß der Begriff «Medikalisierung der Gesellschaft» in dem Sinn, wie ich ihn in diesem Buch gebrauche, auch in dieser brillanten, dichten Abhandlung auf das gleiche Phänomen angewendet wird.

schen keine Heimstatt mehr für Geburt, Krankheit und Tod bietet; wenn die Sprache, in der der Mensch seinen Körper erfährt, zu einem bürokratischen Kauderwelsch gerät; oder wenn Leiden, Trauer und Heilung, soweit außerhalb der Patientenrolle geschehend, als Formen der Abweichung abgestempelt werden.

Das Monopol der Ärzte

Die soziale Iatrogenesis kann, wie ihr klinisches Gegenstück, von einer beiläufigen Erscheinung zu einem zentralen Merkmal des medizinischen Systems eskalieren. Wenn die Intensität⁷ der bio-medizinischen Intervention eine kritische Grenze überschreitet, läßt sich die klinische Iatrogenesis nicht mehr als Irrtum, Unfall oder Versagen entschuldigen, sondern wird zu einer unheilbaren Entartung der medizinischen Praxis. Ebenso wird die soziale Iatrogenesis Hauptprodukt des organisierten Medizin-Betriebs, wenn die berufliche Autonomie der Ärzte zum *radikalen Monopol*⁸ degeneriert und die Menschen daran gehindert werden, sich aktiv mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen.

Ein radikales Monopol reicht weiter, als es etwa bei der Monopolstellung eines Unternehmens oder einer staatlichen Verwaltung möglich wäre. Es kann mancherlei Formen annehmen. Wenn Städte um den motorisierten Verkehr herum gebaut werden, wird die Funktion der menschlichen Füße entwertet. Wenn die Schulen alles Lernen an sich reißen, werden die Bemühungen des Autodidakten entwertet. Wenn Kliniken all jene beanspruchen, deren Gesundheit

⁷ Ich gebrauche das Wort «Intensität», um eine Zunahme zu bezeichnen, die sich in numerischen Graden erfassen, nicht aber direkt messen läßt. Lähmende Angst ist keineswegs höher zu bewerten als eine geringere, zur Flucht treibende Angst. Fernand Renoire, *Éléments de critique des sciences et de cosmologie*, Vorlesung, veröffentlicht vom Institut Supérieur de Philosophie, Louvain, 1947, S. 129–30.

⁸ Zur systematischeren Analyse des Begriffs «radikales Monopol», soweit für professionelle Institutionen gültig, siehe Ivan Illich, *Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik*, Reinbek: Rowohlt, 1975, Kap. 3, Abschn. 2, S. 94–106.

kritisch ist, zwingen sie der Gesellschaft eine neue Form des Sterbens auf. Das gewöhnliche Monopol beeinträchtigt den Markt⁹; das radikale Monopol macht die Menschen unfähig, selbst etwas zu tun.¹⁰ Das kommerzielle Monopol beschränkt den Güterfluß; das gefährlichere soziale Monopol lähmt die Produktion nicht vermarktbarer Gebrauchswerte.¹¹ Radikale Monopole beeinträchtigen die Freiheit und Unabhängigkeit des Menschen. Sie erzwingen in gesamtgesellschaftlichem Maßstab den Ersatz von Gebrauchswerten durch Waren, indem sie das soziale Milieu umgestalten und gerade diejenigen seiner allgemeinen Merkmale «erfassen», die es bislang den Menschen ermöglichten, selbst ihr Leben zu bewältigen. Intensive Erziehung macht, daß der Autodidakt keine Beschäftigung findet; intensive Landwirtschaft zerstört die Lebensgrundlage der Subsistenzbauern, und der Aufmarsch der Polizei untergräbt die Selbstkontrolle der Gemeinschaft. Die maligne Ausbreitung der Medizin hat vergleichbare Folgen: sie macht die gegenseitige Pflege und den selbstverantwortlichen Gebrauch von Heilmitteln zum Delikt. Ähnlich wie die klinische Iatrogenese medizinisch unheilbar wird, wenn sie eine kritische Intensität erreicht und dann nur noch durch einen Abbau des Medizin-Betriebs revidiert werden kann, so ist die soziale Iatrogenese nur durch ein politisches Handeln revidierbar, das die Exportherrschaft zurücknimmt.

9 Ein Beispiel: Bis etwa 1969 führten die mexikanischen Apotheken Penizillin-G-Tabletten unter ihrem chemischen Namen zu einem sehr niedrigen Preis. Seither sind sie vom Markt verschwunden. Die *Farmacopea Mexicana* verzeichnet kein einziges orales Penizillin-G-Präparat, auch nicht als Markenartikel. Es stehen nur beträchtlich teurere Präparate zur Verfügung.

10 John Blake, Hrsg., *Safeguarding the Public: Historical Aspects of Medical Drug Control*, Papers from a Conference Sponsored by the National Library of Medicine, Baltimore: Johns/Hopkins, 1970. Den Prozeß, wie die Ärzte ihr Selbstverständnis als wohlwollende Treuhänder entwickelten, schildert L. Edelstein, *The Hippocratic Oath*, Baltimore, Johns/Hopkins, 1943.

11 Zur klassischen Unterscheidung zwischen Tauschwert und Gebrauchswert siehe Karl Marx, *Kapital*, Berlin: Dietz, 1953, Bd. 1, Kap. 1, bes. Abschn. 4.

Ein radikales Monopol funktioniert von selbst. Die iatrogene Medizin stützt eine morbide Gesellschaft, in der die soziale Kontrolle der Bevölkerung durch das medizinische System eine der wichtigsten ökonomischen Aktivitäten ist. Sie legitimiert gesellschaftliche Verhältnisse, in denen die meisten keinen Platz haben. Sie etikettiert die Behinderten als unmündig und bringt immer neue Patientenkategorien hervor. Menschen, die durch ihre industrielle Arbeit und Freizeit verstört, krank gemacht und invalidisiert werden, bleibt nur die Flucht in ein Leben unter ärztlicher Aufsicht, das sie zum Stillhalten verführt und vom politischen Kampf um eine gesündere Welt ausschließt.¹²

Die soziale Iatrogenese ist bislang noch nicht als allgemeine Krankheitsätiologie erkannt. Würden wir einsehen, daß die Diagnose oft nur ein Mittel ist, um politische Vorwürfe gegen den Streß des ökonomischen Wachstums in Forderungen nach mehr Therapien umzumünzen, die nichts anderes sind als noch mehr teure und belastende Produkte des Industriesystems, dann würde dieses eines seiner wichtigsten Verteidigungsmittel einbüßen.¹³ Zugleich würde die Erkenntnis, in welchem Maß die iatrogene Krankheit durch die

12 Michel Bosquet, «Quand la médecine rend malade: La Terrible Accusation d'un groupe d'experts», *Le Nouvel Observateur*, No. 519, 1974, S. 84-118 sowie No. 520, 1974, S. 90-130. Dieser Artikel zeigt, daß die soziale Iatrogenese im Grunde eine Folge der Alibifunktion ist, die die ärztliche Monopolisierung der Krankenrolle spielt. Ernest Drucker und Victor Sidel, «The Communicable Disease Model of Heroin Addiction: A Critique». Ursprünglich vorgelegt bei der Jahrestagung der American Public Health Association, November 1973, zur Veröffentlichung, September 1974, revidiert. In: *American Journal Drug & Alcohol Abuse*, Bd. 1, No. 3, 1974, S. 301-11. Zeigt anschaulich, wie die Epidemiologie in unserer Gesellschaft dazu benutzt wird, um mancherlei Formen der krankmachenden Korruption zu rechtfertigen, wenn unter Berufung auf sie gegen kleine Gruppen von Opfern solcher Zustände «durchgegriffen» wird.

13 Paul Ramsey, *Fabricated Man: The Ethics of Genetic Control*, New Haven, Conn.: Yale Univ. Press 1970, behauptet, daß wir gewisse Dinge, die wir tun könnten, nicht tun sollten. Diese Dinge auszuschließen, ist eine notwendige Voraussetzung für die Rettung des Menschen vor der totalen Erniedrigung durch die Technokratie. Ramsey trifft diese Feststellung hin-

politische Kommunikation übertragen wird, die Basis der ärztlichen Macht viel nachhaltiger erschüttern als jede Aufzählung technischer Pannen der Medizin.¹⁴

Wertfreie Behandlung?

Das Problem der sozialen Iatrogenese wird häufig mit der Frage nach der diagnostischen Autorität des Heilkundigen verwechselt. Um der Verwirrung abzuweichen und um ihren Ruf zu wahren, betonen manche Ärzte von sich aus die offenkundige Tatsache, daß Medizin nicht ohne die iatrogene Erzeugung von Krankheit praktiziert werden kann. Medizin schafft immer Krankheit als sozialen Status.¹⁵ Der gesellschaftlich anerkannte Heiler vermittelt den Individuen soziale Möglichkeiten, sich als Kranke zu verhalten.¹⁶ Jede Kultur hat ihre eigene, charakteristische Auffassung von Krankheit¹⁷ und mithin ihr einzigartiges hygienisches Kostüm.¹⁸ Das Ge-

sichtlich bestimmter medizinischer Techniken. Ich behaupte dasselbe, allerdings hinsichtlich der Gesamtintensität des Medizinbetriebs.

14 P. M. Brunetti «Health in Ecological Perspective», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 49, Bd. 4, 1973, S. 393-404. Brunetti behauptet, daß Machtkonzentration und Abhängigkeit von außermetabolischer Energie das Lebensmilieu für Individuen, deren Integration von der Ausübung ihrer Autonomie abhängig ist, unbewohnbar macht. Die Medizin dient dazu, diesen Transfer zu rationalisieren.

15 Renée Fox, «Illness», in: *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, No. 7, S. 90-96. Eine vorzügliche Einleitung zur Entwicklung dieses Begriffs.

16 Talcott Parsons, *The Social System*, New York: Free Press, 1951, S. 428 ff. enthält die klassische Formulierung der Krankenrolle. Miriam Siegler und Humphrey Osmond, *Models of Madness, Models of Medicine*, New York: Macmillan, in Vorbereitung, vergleichen verschiedene Modelle entmündigender Abweichung und plädieren mit politischer Begründung für die relative Ausweitung der Parsonsschen Krankenrolle, da sie allein einen Anspruch auf Therapie begründe. Das Gegenteil befürwortet Niels Christie in seinem noch unbetitelten, in Vorbereitung begriffenen Buch über die Kontraproduktivität der Therapie (MS anfordern bei Niels Christie, Jur. Fak., Universität Oslo).

17 Forrest E. Clements, «Primitive Concepts of Disease», *University of*

sicht der Krankheit wird vom Arzt geprägt, der den Akteuren eine der verfügbaren Rollen zuweist.¹⁹ Menschen legitimerweise krank zu machen, liegt der Sache nach ebenso in der Macht des Arztes, wie das wirksame Heilmittel potentiell giftig ist.²⁰ Der Medizinmann gebietet über Gifte und Zauber. Die Griechen kannten ein einziges Wort für «Medikament» — *pharmakon*, und dieses unterschied nicht zwischen der Kraft zu heilen und der Macht zu töten.²¹

Die Medizin ist ein moralisches Unternehmen und bestimmt daher zwangsläufig den Inhalt der Worte «gut» und «schlecht». In jeder Gesellschaft definiert die Medizin, genau wie Gesetz und Religion, was normal, angemessen oder wünschenswert ist. Die Medi-

California Publications in American Archaeology and Ethnology 32, No. 2, 1932, S. 185-252. Die geläufigen Ätiologien fallen in vier Hauptkategorien: (1) Zauberei, (2) Verletzung von Tabus, (3) Eindringen eines fremden Objekts und (4) Verlust der Seele.

18 Eliot Freidson, «Disability as Deviance», in M. B. Sussman, Hrsg., *Sociology and Rehabilitation*, Washington: American Sociological Association, 1966, S. 71-99. Die Expertendiagnose bestätigt meist nur die Auffassung der Laien über den sozialen Wert, der bestimmten Individuen zugeschrieben wird.

19 Harold Garfinkel, «Conditions of Successful Degradation Ceremonies», *American Journal of Sociology* 61, März 1956, S. 420-40. In unserer Gesellschaft sind öffentliche Erniedrigungszeremonien außerhalb der Gerichte ziemlich selten. Doch die Medizin belegt auch heute noch so wichtige Merkmale wie Selbstkontrolle oder Sexualität mit einer öffentlichen Wertung.

20 Louis Lewin, *The Untoward Effects of Drugs*, übers. v. W. T. Alexandre, Detroit: Davis, 1883. Trotz seines Alters ist dieses Buch immer noch eine faszinierende Lektüre, reich an historischen Anmerkungen. Es nennt Opfer der Medizin, angefangen bei Neros Gardehauptmann (spanische Fliege), Otto II. (Aloe) und Avicenna (Pfeffer-Klistier).

21 Über den Doppelsinn dieses Wortes, von archaischen Texten bis zu den Schriften Hippokrates', siehe Walter Artelt, *Studien zur Geschichte der Begriffe «Heilmittel» und «Gift»: Urzeit-Homer-Corpus Hippocraticum*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968. John D. Gimlette, *Malay Poisons and Charm Cures*, Kuala Lumpur: Oxford Univ. Press, 1971: Beide Werke bieten eine faszinierende Einführung zur gleichen Ambiguität in einem völlig verschiedenen Kulturkreis.

zin besitzt die Autorität, die Beschwerden des einen als legitime Krankheit zu etikettieren, den zweiten für krank zu erklären, obgleich er gar nicht über Beschwerden klagt, und dem dritten die soziale Anerkennung seines Leidens, seiner Schwäche und sogar seines Todes zu verweigern.²² Die Medizin ist es, die gewisse Formen des Schmerzes als «bloß subjektiv»²³, manche Formen der Schwäche als «Simulantentum»²⁴ und gewisse Todesarten – im Gegensatz zu anderen – als Selbstmord stempelt.²⁵ Der Richter bestimmt, was legal und wer schuldig ist.²⁶ Der Priester erklärt, was heilig ist und wer gegen ein Tabu verstößt. Der Arzt entscheidet darüber, was ein Symptom und wer krank ist. Er ist ein Sachwalter der Moral²⁷, aus-

22 Judith Lorber, «Deviance as Performance: The Case of Illness», in Eliot Freidson und Judith Lorber, Hrsg., *Medical Men and their Work*, Chicago: Aldine, 1972, S. 414–23. Handelt von dem Bemühen des Abweichenden, gerade den Eindruck zu erwecken, der ihm, wie er hofft, ein bestimmtes Etikett – und kein anderes – einbringt.

23 Thomas S. Szasz, «The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of l'Homme Dououreux», in A. Soulariac, J. Cahn und J. Charpentier, Hrsg., *Pain*, Proceedings of the International Symposium Organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculty of Sciences, Paris, 11.–13. April 1967, New York: Academic Press, 1968, S. 93–113.

24 Mark G. Field, «Structured Strain in the Role of the Soviet Physician», *American Journal of Sociology* 58, 1953, S. 493–502. Beschreibt eine Situation, in der die Regierung Kranken-Pässe ausgab, die von überforderten Arbeitern sehr begehrt waren. Die Ärzte mußten den Begriff Krankheit umdefinieren, um einen Ausgleich zwischen den Interessen der Arbeiter und den Anforderungen der Produktion herzustellen. Thomas S. Szasz, «Malingering: Diagnosis or Social Condemnation?», in Freidson und Lorber, Hrsg., *Medical Men and Their Work*, S. 353–68.

25 Edwin S. Shneidman, «Orientations Towards Death: A Vital Aspect of the Study of Lives», in Robert W. White, Hrsg., *The Study of Lives: Essays on Personality in Honor of A. Murray*, New York: Atherton, 1963. Zur Klassifikation des Todes nach Intention und Legitimität, sowie weitere Literatur zum Thema, siehe Gregory Zilboorg, «Suicide Among Civilized and Primitive Races», *American Journal of Psychiatry* 92, Mai 1936, S. 1347–69.

26 Apotheker werden z. B. nicht verurteilt, wenn sie ihre Kunden ver-

gestattet mit der inquisitorischen Machtfülle, gewisse Übel festzustellen, die behoben werden müssen.²⁸ Wie alle Kreuzzugsbewegungen schafft auch die Medizin, jedesmal wenn sie eine neue Diagnose für verbindlich erklärt, eine neue Gruppe von Außenseitern.²⁹ Moral gehört zur Krankheit ebenso wie zum Verbrechen oder zur Sünde.

Für primitive Gesellschaften gilt, daß zur Ausübung medizinischer Künste die Anerkennung moralischer Macht gehört. Niemand würde den Medizinmann rufen, wenn er ihn nicht für fähig hielte, böse Geister von guten zu unterscheiden. In einer höheren Zivilisation nimmt diese Macht noch zu. Hier wird die Medizin von spezialisierten Experten ausgeübt, die große Bevölkerungen mittels bürokratischer Institutionen kontrollieren.³⁰ Diese Spezialisten schließen sich in beruflichen Standesorganisationen zusammen, die eine einzigartige Kontrolle über ihre eigene Arbeit ausüben.³¹ Anders als Gewerkschaften verdanken diese Standesorganisationen ihre Autonomie eher dem ihnen geschenkten Vertrauen als errungenen Verdiensten. Anders als Handwerkszünfte, die lediglich be-

giffen. Siehe Earl R. Quinney, «Occupational Structure and Criminal Behavior: Prescription Violation by Retail Pharmacists», *Social Problems* 11, 1963, S. 179–85.

27 Howard S. Becker, *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankfurt: Fischer, 1973, klärt den Zusammenhang zwischen Therapie-Orientierung eines Berufsstandes und «Unternehmertum».

28 Joseph R. Gusfield, «Social Structure and Moral Reform: A Study of Woman's Christian Temperance Union», *American Journal of Sociology* 61, November 1955, S. 221–32. Moralische Eiferer sind stets von der Idee besessen, diejenigen zu bessern, für deren Wohl sie sich einsetzen.

29 Frank Tannenbaum, *Crime and the Community*, New York: Columbia University Press, 1938.

30 Wilbert Moore und Gerald W. Rosenblum, *The Professions: Roles and Rules*, New York: Russel Sage, 1970. Siehe bes. Kap. 3 dieses umfassenden Führers durch die Literatur, «The Professionalization of Occupations».

31 William J. Goode, «Encroachment, Charlatanism, and the Emerging Professions: Psychology, Medicine, and Sociology», *American Sociological Review* 25, Dezember 1960, S. 902–14.

stimmen, wer arbeiten darf und wie, legen diese berufsständischen Zünfte auch fest, welche Art Arbeit getan werden soll. In den USA verdankt die Ärzte-Zunft ihre überragende Autorität einer kurz vor dem Ersten Weltkrieg stattgefundenen Reform des Studiums an den *Medical Schools*. Der ärztliche Berufsstand demonstriert auf einem einzelnen Sektor der Gesellschaft jene Machtstellung innerhalb der sozialen Klassenstruktur, die die akademischen Eliten errungen haben. Heute «wissen» nur die Ärzte, was Krankheit ist, wer krank ist, was mit den Kranken und mit den *besonders Gefährdeten* geschehen soll. Es ist paradox, daß die westliche Medizin, die darauf bedacht war, ihre Macht aus anderem als aus Gesetz und Religion herzuleiten, diese heute über alles bisher Dagewesene hinaus erweitert hat. In manchen Industriegesellschaften ist die soziale Etikettierung in einem Maß medikalisiert, daß jegliche Form abweichenden Verhaltens ein medizinisches Etikett tragen muß. Die Ausblendung der explizit moralischen Komponente der ärztlichen Diagnose hat also die äskulapianische Autorität³² mit totalitärer Macht ausgestattet.

Die Trennung zwischen Medizin und Moral wird mit der Begründung verfochten, daß die Kategorien der Medizin, anders als die von Gesetz und Religion, auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen; die sich der moralischen Wertung entziehen.³³ Die medizinische Ethik hat sich zu einem Spezialgebiet verdünnt, dessen Aufgabe es ist, die Theorie mit der aktuellen Praxis zu vereinbaren.³⁴ Wo die Gerichte und das Gesetz nicht dazu herhalten müssen, das äskulapianische Monopol durchzusetzen, werden sie zum Krankenhausportier gemacht, der unter den Patienten diejenigen auswählt, die den Kriterien der Ärzte genügen.³⁵ Die Krankenhäu-

32 Siehe Miriam Siegler und Humphrey Osmond, «Aesculapian Authority», *Hastings Center Studies* 1, No. 2, 1973, S. 41-52.

33 Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Dodd, Mead, 1971, S. 208ff.

34 June Goodfield, «Reflections on the Hippocratic Oaths», *Hastings Center Studies* 1, No. 2, 1973, S. 79-92.

35 In der Rechtsprechung gibt es wenig Erfahrung mit dem Problem, das darin besteht, den einen zum Leben auszuwählen und damit andre zum

ser werden zu Monumenten eines narzißtischen Wissenschaftsglaubens, zu konkreten Demonstrationen der medizinischen Vorurteile, die am Tag der Grundsteinlegung gerade in Mode und oft schon überholt sind, wenn das Haus in Betrieb genommen wird. Das technische Unternehmen des Arztes beansprucht wertfreie Macht. In einem solchen Kontext ist es offenbar leicht, das Problem der sozialen Iatrogenese auszuklammern, das mich hier beschäftigt. Der politisch vermittelte medizinische Schaden wird dabei als untrennbar vom Mandat der Medizin gesehen, und Kritiker, die auf ihn aufmerksam machen, werden als Sophisten abgetan, die das Eindringen der Laien in die ärztliche Domäne zu rechtfertigen suchen. Aber gerade deshalb ist es notwendig, daß die Kritik an der sozialen Iatrogenese von Laienseite erfolgt. Die Behauptung, Therapie und Heilung seien wertfrei, ist offenbar bössartiger Unsinn, und die Tabus, die bislang eine unverantwortliche Medizin abschirmten, sind bereits geschwächt.

Die Medikalisierung der Finanzen

Der beste Maßstab für die Medikalisierung des Lebens ist die Feststellung, der wievielte Teil eines typischen Jahreseinkommens nach den Anweisungen des Arztes ausgegeben wird. Vor 1950 war dies in den USA weniger als ein Monatseinkommen, doch Mitte der siebziger Jahre wurde der Gegenwert von fünf bis sieben Arbeitswochen des typischen Arbeitnehmers für den Erwerb medizinischer Dienstleistungen ausgegeben. Die USA wenden heute etwa 25 Mil-

Sterben zu verurteilen. Es wurden Matrosen wegen Mordes verurteilt, weil sie mitgeholfen hatten, 14 von 41 Schiffbrüchigen aus einem lecken Rettungsboot ins Meer zu werfen (*USA .i. Holmes*, 1842). In diesem bisherigen Schweigen der US-Rechtsprechung sowie des Gesetzgebers kommt wohl die Neigung zum Ausdruck, Entscheidungen, bei denen es um die Selektion zum Überleben geht, aus der juristischen Analyse auszuklammern. Zunehmend werden aber gesetzliche Regelungen gefordert, um Individuen, die eine sogenannte lebensverlängernde Behandlung verlangen, gegen Vorurteile und Willkür von Experten zu schützen. Siehe unten, FN. 206 dieses Kap.

liarden Dollar jährlich für das Gesundheitswesen auf – etwa 8,4 Prozent des Bruttosozialprodukts 1975, verglichen mit 4,5 Prozent 1962.³⁶ Während in den USA der Preisindex in den letzten 20 Jahren etwa um 74 Prozent stieg, eskalierten die Kosten für ärztliche Versorgung um 330 Prozent. Zwischen 1950 und 1971 verzehnfachten sich die Ausgaben der öffentlichen Krankenversicherung, die privaten Versicherungsleistungen stiegen ums Achtfache³⁷ und die aus der eigenen Tasche geleisteten Zahlungen um das Dreifache.³⁸ Andere Länder, wie Frankreich³⁹ und Deutschland⁴⁰, hielten hinsichtlich der Gesamtausgaben mit den USA Schritt. In allen Indu-

36 Seymour E. Harris, *The Economics of American Medicine*, New York: Macmillan, 1964. Eine detaillierte Übersicht über die Kosten von ärztlichen Dienstleistungen, Medikamenten, verschiedenen Personalgruppen und Krankenhäusern; von historischem Wert für die Zeit von 1946 bis 1961, in der die Kosten für Gesundheitsbetreuung um 380 % stiegen.

37 Robert W. Hetherington, Carl E. Hopkins und Milton I. Roemer, *Health Insurance Plans: Promise and Performance*, New York: Wiley, 1975. Die USA werden von einer Unzahl autonomer, häufig miteinander konkurrierender Gesundheitspläne beherrscht: manche sind kommerziell, manche werden von der Industrie gefördert, und manche sind nach der Idee der Gruppenpraxis organisiert. Für die meisten Bürger wird all dies z. T. durch die staatliche Krankenversicherung abgedeckt. Diese Einschätzung der Reaktion der Patienten auf verschiedene Alternativen zeigt, wie wenig sich diese in Wirklichkeit voneinander unterscheiden.

38 Martin S. Feldstein, *The Rising Cost of Hospital Care*, Washington, D. C.: Information Resources, 1971. Die Krankenhauspflegesätze haben den Anstieg der Arzthonorare bei weitem überflügelt. Die Gesamtkosten der medizinischen Betreuung sind schneller gestiegen als die Durchschnittskosten aller Güter und Dienstleistungen auf dem Konsum-Preisindex. Rezeptgebühren und Medikamentenpreise sind noch am wenigsten gestiegen. Die Preise für frei gehandelte Medikamente sind sogar gefallen, doch die Preissenkung wird durch die gestiegenen Rezeptgebühren mehr als wettgemacht.

39 CREDOC (Centre de recherches et de documentation sur la sommation), *Evolution de la structure des soins médicaux, 1952–1972*, Paris, 1973.

40 «Krankheitskosten: Die Bombe tickt»; das westdeutsche Gesundheitswesen», 1. «Der Kampf um die Kassen-Milliarden»; 2. «Die Phalanx

strinationen – den atlantischen, skandinavischen oder osteuropäischen Ländern – war die Wachstumsrate des Gesundheitssektors höher als die des Bruttosozialprodukts.⁴¹ Selbst wenn die Inflation unberücksichtigt bleibt, stiegen die staatlichen Gesundheitsausgaben der USA zwischen 1969 und 1974 um mehr als 40 Prozent.⁴² Außerdem ist die Medikalisierung des Staatshaushalts kein Privileg der reichen Nationen. In Kolumbien, einem armen Land, das seine Reichen notorisch begünstigt, liegt der Haushaltsanteil der Gesundheitsausgaben wie in England über 10 Prozent.⁴³

der niedergelassenen Ärzte», *Der Spiegel*, No. 19, 1975, S. 54–66; No. 20, 1975, S. 126–42.

41 Eine vorzügliche allgemeine Einführung zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen gibt R. Maxwell, *Health Care: The Proving Dilemma; Needs vs. Resources in Western Europe, the U.S., and the U.S.S.R.*, New York: McKinsey & Co., 1974. Ian Douglas-Wilson und Gordon McLachlan, Hrsg., *Health Service Projects: An International Survey*, Boston: Little, Brown, 1973. Dieser internationale Vergleich zeigt, wie «extrem heterogen in Organisation und Ideologie» die verschiedenen Systeme sind. Überall ist «die Rationalisierung nicht durch die Politik der Linken oder der Rechten motiviert, sondern durch die schiere Notwendigkeit, eine effektive Nutzung knapper und teurer Ressourcen zu gewährleisten». Kein Land kann sich die unkontrollierte Zunahme der für die Behandlung von Krankheit aufgewandten Mittel endlos lange leisten.

42 Louise Russell u. a., *Federal Health Spending, 1969–74*, Washington, D. C.: Center for Health Policy Studies, National Planning Association, 1974. Zum Vergleich heranzuziehen B. Able Smith, *An International Study of Health Expenditures and its Relevance for Health Planning*, Public Health Paper No. 32, Genf: Weltgesundheitsorganisation, 1967. Beruhend auf einem an die zuständigen Ministerien versandten Fragebogen, deckt diese Studie sich z. T. mit der früheren Arbeit des Autors, *Paying for Health Services*, und bietet Daten für die Trendanalyse. Herbert E. Klarman, *The Economics of Health*, New York: Columbia Univ. Press, 1965, leistet eine qualitative Analyse von Nachfrage, Angebot und Organisation im Gesundheitswesen der USA, mit einer Fülle von bibliographischen Hinweisen.

43 John Bryant, *Health and the Developing World*, Ithaca, N. Y.: Cornell Univ. Press, 1969. Eine Darstellung des Gesundheitswesens in Ländern, die Entwicklungshilfe beziehen.

Ein Teil dieses Aufwandes hat die Ärzte reich gemacht, die bis zur Französischen Revolution ihren Lebensunterhalt als Handwerker verdienten. Einige lebten schon damals gut, aber die meisten starben arm. In fast allen europäischen Sprachen gab es das Sprichwort: «Advokaten sterben selten gut, Ärzte leben selten gut». Heute sind die Ärzte an die Spitze der Einkommensverteilung gelangt, und diese Spitze liegt in den kapitalistischen Gesellschaften sehr hoch. Doch es wäre falsch, die medizinische Inflation der Habgier der Ärzte-Zunft anzulasten. Ein viel größerer Teil der steigenden Kosten ernährt eine große Schar von Medizin-Bürokraten, die seit den fünfziger Jahren die amerikanischen Universitäten mit klangvollen Titeln verlassen: Diplomkrankenhäuser oder Doktoren der Klinikverwaltung und all jene niedrigeren Ränge, die den neuen Bürokraten gehorchen. Die Verwaltungskosten für den Patienten, für seine Akten, für die Zahlungen, die er leistet und empfängt, können ein Viertel seiner Arzt- oder Krankenhausrechnung verschlingen.⁴⁴ Noch mehr stecken die Banken ein; in manchen Fällen sind die sogenannten «legitimen» Verwaltungskosten der Krankenversicherungs-Branche auf 70 Prozent der an die kommerziellen Kostenträger geleisteten Prämienzahlungen gestiegen.

Noch bedeutsamer ist das neue Vorurteil zugunsten einer kostspieligen Krankenhauspflege. Seit 1950 sind die Kosten für die Unterbringung in einem städtischen Krankenhaus der USA um 500 Prozent gestiegen.⁴⁵ Die Pflegesätze der großen Universitätskliniken stiegen noch schneller und verdreifachten sich binnen 8 Jahren. Die Verwaltungskosten explodieren und haben sich seit 1964 versiebenfacht; die Laborkosten stiegen um das Fünffache, die Arztge-

44 Eine von Ärzte-Funktionären erstellte Dokumentation ist Bruce Balfe u. a., *Resource Materials on the Socio-economic and Business Aspects of Medicine*, Chicago: Center for Health Services R & D, American Medical Association, 1971. Zur Orientierung über aktuelles, meist aus den USA stammendes Material zu den ökonomischen Aspekten der Medizin – von Forschungsberichten bis zu Artikeln aus *Time*-Magazine, siehe American Medical Association, *Medical Socio-economic Research Sources*, erscheint seit 1970 mit 12 Ausgaben pro Jahr.

45 Feldstein, *Rising Cost of Hospital Care*.

hälter nur auf das Doppelte.⁴⁶ Der Krankenhausbau kostet heute in krassen Fällen 85 000 Dollar pro Bett, wovon zwei Drittel auf mechanische Einrichtungen entfallen, die in weniger als zehn Jahren veralten.⁴⁷ Diese Raten sind fast doppelt so hoch wie die bei modernen Waffensystemen veranschlagten Kostensteigerungen und Obsoleszenzfristen. Die Kostenüberschreitungen im Haushalt des fürs Gesundheitswesen zuständigen US-Ministeriums (Department of Health, Education, and Welfare) übersteigen diejenigen des Pentagons. Zwischen 1968 und 1970 stiegen die Kosten für medizinische Sozialhilfe (Medicaid) dreimal schneller als die Zahl der Menschen, denen geholfen wurde. In den letzten vier Jahren haben sich die Leistungen der Krankenhausversicherungen beinahe verdoppelt, und die Arzthonorare stiegen fast doppelt so schnell wie vorgesehen.⁴⁸ In keinem anderen Sektor der Privatwirtschaft gibt es Beispiele für eine ähnlich anhaltende Kosten-Expansion. Daher ist es eine ironisch stimmende Tatsache, daß die USA während dieser einzigartigen Aufblähung des Gesundheitswesens auch in anderer Richtung den Schrittmacher spielten: Kurz nachdem der Boom eingesetzt hatte, fing die Lebenserwartung von erwachsenen Männern in Amerika an zu sinken, und man rechnet heute mit einem noch weiteren Rückgang. Die Sterberate amerikanischer Männer zwischen 45 und 55 Jahren liegt vergleichsweise hoch: von 100 Männern, die in den USA 45 Jahre alt werden, erleben nur 90 ihren 55. Geburtstag, während in Schweden 95 das nächste Jahrzehnt überleben.⁴⁹

46 John H. Knowles, «The Hospital», *Scientific American* 229, September 1973, S. 128–37. Enthält Tabellen und Grafiken zur Entwicklung der Krankenhauskosten.

47 Martin S. Feldstein, «Hospital Cost Inflation: Study of Nonprofit Price Dynamics», *American Economic Review* 61, Dezember 1971, S. 853–76. Eine ergänzende Prognose über die weitere Ausbreitung der kapitalintensiven Medizin bietet Dale L. Hiestand, «Research into Manpower for Health Services», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, Oktober 1966, S. 146–81.

48 Robert Rushmer, *Medical Engineering: Projections for Health Care Delivery*, New York: Academic Press, 1972, S. 115.

49 Victor R. Fuchs, *Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice*, New York: Basic Books, 1974, S. 15.

Doch Schweden, Westdeutschland, Belgien, Kanada, Frankreich und die Schweiz holen die USA bereits ein: sowohl die altersspezifischen Sterbeziffern für erwachsene Männer als auch die medizinischen Gesamtkosten schießen in die Höhe.⁵⁰

Der phänomenale Kostenanstieg im Gesundheitswesen der USA wird auf verschiedene Weise erklärt: einige machen unrationelle Planung verantwortlich⁵¹; andere die höheren Kosten der neuen technischen Wunder, die die Leute im Krankenhaus verlangen.⁵² Die zur Zeit geläufigste Interpretation bezieht sich auf die zunehmend übliche Vorfinanzierung der Dienstleistungen. Die Krankenhäuser nehmen gut versicherte Patienten auf, und statt ältere Produkte wirksamer und billiger einzusetzen, sind sie ökonomisch motiviert, zu stets neuen und immer teureren Verfahren überzugehen. Nicht gestiegene Laborkosten, schlechte Verwaltung oder mangelnder technischer Fortschritt werden nach dieser Argumentation für den Kostenanstieg verantwortlich gemacht, sondern der rasche Wechsel der medizinischen Produkte.⁵³ Demnach scheint der ständige Wechsel der Produkte geradezu durch die besseren Versicherungsleistungen bedingt zu sein, die die Krankenhäuser ermuntern, kostspieligere Produkte zu liefern, als der Klient tatsächlich will,

⁵⁰ W. A. Forbes, «Longevity and Medical Costs», *New England Journal of Medicine* 277, 1967, S. 81–88. Langlebigkeit wird gemessen als «durchschnittlich verbleibende Lebenszeit». Sie blieb von 1947 bis 1965 nahezu konstant, doch in den USA ist die Rate, im Vergleich mit anderen Industrieländern, für Männer erheblich und für Frauen etwas gesunken. «Es gibt (in 30 untersuchten Ländern) keine signifikante Beziehung mehr zwischen den Geldaufwendungen für Gesundheit und der Langlebigkeit der Bevölkerung.» Siehe auch P. Longone, «Mortalité et morbidité», *Population et Société*, No. 43, Januar 1972.

⁵¹ Victor Cohen, «More Hospitals to Fill: Abuses Grow», *Technology Review*, Oktober–November 1973, S. 14–16.

⁵² Robert F. Rushmer, *Medical Ingeneering: Projections for Health Care Delivery*, New York: Academic Press, 1972, drückt die Hoffnung aus, daß die zu erwartende Erhöhung der staatlichen Förderung einen neuen Markt für Ersatzteile schaffen wird – von Brustliftern bis zu künstlichen Herzen.

⁵³ Feldstein, *Rising Cost of Hospital Care*.

braucht oder aus eigener Tasche zu bezahlen bereit wäre. Seine Eigenkosten nehmen sich immer bescheidener aus, obwohl die vom Krankenhaus gebotenen Leistungen immer teurer werden. Die Deckung einer kostspieligen Gesundheitspflege durch die Versicherungen ist mithin ein sich selbst beschleunigender Kreislauf, der den Lieferanten medizinischer Dienstleistungen die Kontrolle über wachsende Finanzmittel überträgt.⁵⁴ Zur Abhilfe empfehlen manche Kritiker ein aufgeklärtes Kostenbewußtsein auf seiten der Konsumenten⁵⁵; andere, die der Selbstkontrolle von Laien weniger vertrauen, empfehlen ökonomische Mechanismen, um das Kostenbewußtsein der Produzenten zu verbessern.⁵⁶ Die Ärzte, so wird argumentiert, würden verantwortlicher und weniger willkürlich Medikamente verschreiben, wenn sie (wie etwa die niedergelassenen Ärzte in England) auf einer «Pro-Kopf-Basis» bezahlt würden, die ihnen einen festen Betrag für die Versorgung ihrer Patienten statt des Honorars für einzelne Dienstleistungen einbringt. Doch wie andere Heilmittel gegen die iatrogene Krankheit, steigert auch diese «Kopfsteuer» die von einer Gesundheitsversorgung ausgehende

⁵⁴ William A. Glaser, *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and Their Effects*, Baltimore: John Hopkins, 1970. Diese international vergleichende Untersuchung gibt Aufschluß über die Auswirkung verschiedener Zahlungsweisen auf die allgemeinen Arztkosten.

⁵⁵ John und Sylvia Jewkes, *Value for Money in Medicine*, Oxford: Blackwell, 1963, S. 30–37, meinen: «Es könnte geschehen, daß die Wähler mit steigendem Bildungsgrad erkennen, daß sie in Wirklichkeit für *kostenlose* Dienstleistungen bezahlen müssen»; aber auch, daß eine relativ billige Prävention durch gesündere Lebensgewohnheiten wirksamer ist als der Kauf von Reparaturleistungen.

⁵⁶ Fuchs, in *Who Shall Live?*, Kap. 3, befürwortet die Zulassung von Institutionen anstelle der Zulassung von Individuen. Nach einem solchen System würden Institutionen der Gesundheitspflege vom Staat zugelassen, und es bliebe ihnen selbst überlassen, je nach Bedarf Personal einzustellen. Dieses System würde einen effektiveren Einsatz der Mittel ermöglichen und die berufliche Mobilität fördern. Doch die Kontrolle des Arztes über die von anderen produzierten und verkauften Pflegeleistungen würde geschwächt.

Faszination. Die Menschen geben ihr Leben dafür, soviel Therapie wie möglich zu bekommen.

In England hat der *National Health Service* – wenn auch erfolglos – versucht zu gewährleisten, daß die Kosteninflation weniger durch exzentrische technische Spielereien belastet würde.⁵⁷ Das Gesetz über das nationale Gesundheitswesen (*National Health Service Act*) von 1946 gestand allen Bedürftigen eine angemessene Gesundheitsbetreuung als Menschenrecht zu. Der Bedarf, so glaubte man, sei feststehend und meßbar, die Wahlurne sei das beste Mittel, um über das Gesamtbudget des Gesundheitswesens zu entscheiden, und die Ärzte könnten als einzige bestimmen, welche Mittel den Bedarf des einzelnen Patienten befriedigen würden. Doch der Bedarf, wie die praktizierenden Ärzte ihn festlegen, erwies sich in England als ebenso unersättlich wie anderswo. Die Hoffnungen auf einen Erfolg des britischen Systems der Gesundheitsfürsorge stützten sich hauptsächlich auf den Glauben an die Fähigkeit der Engländer, mit gegebenen Mitteln rationell umzugehen. Etwa bis 1972 taten sie dies auch – nach Meinung eines Autors, der die ökonomischen Bedingungen des britischen Gesundheitswesens untersucht hat – «durch Mittel, die auf ihre Art ebenso skrupellos waren, aber allgemein für akzeptabler gehalten wurden als bloße Zahlungsfähigkeit».⁵⁸ Bis damals hielten sich die Kosten des Gesundheitswesens unter 6 Prozent des Bruttosozialprodukts – 10 Prozent der öffentlichen Ausgaben. Die Umsätze der privaten Praxis schrumpften von der Hälfte aller medizinischen Dienstleistungen auf 4 Prozent. Die direkte finanzielle Belastung der Patienten hielt sich bei phänomenal niedrigen 5 Prozent der Gesamtkosten. Doch dieses strenge Bekenntnis zur Gleichheit verhinderte nur jene extravaganten Fehlaufwendungen für prestigeträchtige technische Spielereien, wie sie in den USA der öffentlichen Kritik einen leichten Ansatz-

57 Zur Bibliographie über die sozialisierte Medizin in England konsultiere man Freidson, *Profession of Medicine*, S. 34, FN. 9.

58 Michael H. Cooper, *Rationing Health Care*, London: Halsted Press, 1975. Eine nüchterne, kritische und lebendige Darstellung der ökonomischen Aspekte und Probleme in den ersten 26 Jahren des British National Health Service.

punkt boten. Seit 1972 macht der *Health Service* in England – aus komplexen ökonomischen und politischen Gründen – einen traumatischen Wandel durch. Der anfängliche Erfolg des *Health Service* und die jetzige, beispiellose Unordnung des Systems machen Vorhersagen für die Zukunft unmöglich. Die Entmedikalisierung des Gesundheitswesens ist dort ebenso unvermeidlich wie anderswo. Erstaunlicherweise aber ist England auch eines der wenigen Industrieländer, wo die Lebenserwartung erwachsener Männer bislang noch nicht gesunken ist, wiewohl die chronischen Krankheiten dieser Altersgruppe bereits eine ähnliche Zunahme zeigen, wie sie ein Jahrzehnt zuvor jenseits des Atlantik zu beobachten war.

Schwerer zugänglich sind Informationen über die Gesundheitskosten in der Sowjetunion. Die Zahl der Ärzte und der Pflegetage im Krankenhaus – auf die Bevölkerungszahl umgerechnet – scheint sich zwischen 1960 und 1972 verdoppelt zu haben; die Kosten sind offenbar um 26 Prozent gestiegen.⁵⁹ Der Überlegenheitsanspruch der sowjetischen Medizin gründet sich immer noch vorwiegend auf die «in das Gesellschaftssystem selbst eingebaute Prophylaxe», ohne daß dies Auswirkungen auf den relativen Umfang von Krankheit und Versorgung im Vergleich mit anderen Industrieländern von ähnlicher Entwicklungsstufe hätte.⁶⁰ Doch die Theorie, daß die Therapeutik zusammen mit dem Staat verschwinden würde, wurde 1932 zur Häresie erklärt und ist es seither geblieben.⁶¹

Die einzelnen politischen Systeme organisieren die Pathologie nach verschiedenen Krankheiten und schaffen damit unterschiedliche Kategorien von Nachfrage, Versorgung und unbefriedigten Be-

59 Y. Lisitsin, *Health Production in the USSR*, Moskau: Progress Publishers, 1972.

60 Mark G. Field, *Soviet Socialized Medicine: An Introduction*, New York: Free Press, 1967. Eine Standard-Einführung (inzwischen 12 Jahre überholt) über das sowjetische Medizinsystem. Seiten IX–XII geben eine kritische Orientierung über die deutsche, englische und französische Literatur, und Kap. 5 berichtet über die Rückkehr von sozialen zu therapeutischen Prioritäten.

61 Siehe unten, FN. 64.

dürfnissen.⁶² Aber die Behandlungskosten steigen in vergleichbaren Raten – ganz gleich wie Krankheit aufgefaßt wird. Die Russen z. B. beschränken per Ukas die psychischen Erkrankungen, die eine Hospitalisierung erfordern: sie sehen nur 10 Prozent aller Krankenhausbetten für solche Fälle vor.⁶³ Doch bei einem gegebenen Bruttosozialprodukt erzeugen alle Industriesysteme die gleiche Abhängigkeit vom Arzt, und dies ungeachtet ihrer Ideologie und der Nosologie, die aus solchen Glaubenssätzen abgeleitet werden mag.⁶⁴ Der Kapitalismus hat natürlich bewiesen, daß er dies um einen viel höheren sozialen Preis schafft.⁶⁵ Überall besteht Mitte der siebziger Jahre die gleiche Notwendigkeit, die Kosten und damit die Aktivitäten der Ärzetzunft zu beschränken.

Jener Anteil des Volkseinkommens, der in die Taschen der Ärzte fließt bzw. nach ihren Anweisungen ausgegeben wird, variiert von Land zu Land und bewegt sich etwa zwischen einem Zehntel und einem Zwanzigstel aller verfügbaren Mittel. Doch niemand sollte deswegen annehmen, daß die auf den Durchschnittsbürger entfallenden Gesundheitsausgaben in armen Ländern dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen des Landes auch nur annähernd entsprächen. Die meisten Menschen erhalten gar nichts. Abgesehen von dem Geld, das für die Aufbereitung des Trinkwassers ausgegeben wird, werden in den Entwicklungsländern 90 Prozent aller für

62 John Frey, *Medicine in Three Societies*, MTP, Aylesbury, England, 1974.

63 Mark G. Field, «Soviet and American Approaches to Mental Illness: A Comparative Perspective», *Review of Soviet Medical Sciences* 1, 1964, S. 1–36.

64 Joachim Israel, «Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin?» *Neue Gesellschaft* 21, 1974, S. 397–404. Verzeichnet fünfzehn starke Tendenzen zur Bürokratisierung des Lebens, die in der Medizin spezifisch gesundheitsbezogene Formen annimmt und die Menschen in der BRD und in der UdSSR gleichermaßen bedroht.

65 Odin W. Anderson, *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England*, New York: Wiley, 1972. Alle drei Systeme entwickeln dieselbe Art Bürokratie, zu vergleichbaren Kosten – doch bei wesentlich weniger gerechtem Zugang in den USA.

das Gesundheitswesen vorgesehenen Mittel nicht für sanitäre Maßnahmen, sondern für die Behandlung von Kranken aufgewandt. Zwischen 70 und 80 Prozent des gesamten öffentlichen Gesundheitsbudgets entfallen auf die Behandlung und Versorgung von Individuen, nicht für das öffentliche Gesundheitswesen.⁶⁶ Der Großteil dieses Geldes wird *überall* für die gleichen Dinge ausgegeben.

Alle Länder wollen Krankenhäuser haben, und die meisten verlangen, daß sie mit den ausgefallensten modernen Einrichtungen ausgestattet seien. Je ärmer das Land, desto höher sind die realen Kosten für diese Ausstattung. Moderne Krankenhausbetten, Inkubatoren, Laboratorien, Beatmungsgeräte und Operationssäle kosten in Afrika noch mehr als in Deutschland oder Frankreich, wo sie hergestellt werden; auch versagen sie in den Tropen schneller, sind schwieriger zu warten und meist nicht mal gebrauchsfähig. Was die Kosten betrifft, so gilt dies auch für die Ärzte, die dem Standard solcher technischen Extravaganzen gehorchen. Die Ausbildung eines Herzchirurgen bedeutet dieselbe Kapitalinvestition, ob er aus dem mexikanischen Schulsystem hervorgeht oder der Vetter eines brasilianischen Majors ist, der mit Regierungsstipendien zum Studium nach Hamburg geschickt wird.⁶⁷ Vielleicht sind die USA zu arm,

66 International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D. C., März 1975.

67 Es darf nicht übersehen werden, daß die medizinischen Fakultäten in armen Ländern eines der wirksamsten Mittel des Netto-Transfers von Geld in die reichen Länder darstellen. O. Ozlak und D. Caputo, «The Migration of Medical Personnel from Latin America to the US: Towards an Alternative Interpretation», Referat auf der Pan American Conference on Health and Manpower Planning, Ottawa, Kanada, 10.–14. September 1973. Die Autoren schätzen, daß der jährliche Netto-Verlust für ganz Lateinamerika, bedingt durch die Abwanderung von Ärzten in die USA, sich auf 200 Mio. \$ beläuft – eine ähnliche Summe wie die gesamten medizinischen Entwicklungszahlungen, die die USA während des ersten Jahrzehnts der Entwicklungshilfe, d. h. seit Beginn der «Allianz für den Fortschritt» nach Lateinamerika geleistet haben. Hossain A. Ronaghy, Kathleen Cahill und Tomithy D. Baker, «Physician Migration to the United States: One Country's Transfusion is Another Country's Hemorrhage», *Journal of the American Medical Association* 227, 1974, S. 538–42, bieten Informationen

um allen, die es brauchten, für 15 000 Dollar pro Jahr die Dialyse an der künstlichen Niere zu ermöglichen; ganz gewiß aber ist Ghana zu arm, um seiner Bevölkerung eine gerechte Primärversorgung durch Ärzte zu bieten.⁶⁸ Das sozialkritische Kostenmaximum für medizinische Dienstleistungen, die noch gerecht verteilt werden können, mag von Ort zu Ort variieren. Doch wann immer Steuermittel hergenommen werden, um Therapien zu finanzieren, die über der kritischen Kostengrenze liegen, dient das System der medizinischen Versorgung unvermeidlich als Mittel einer Machtverschiebung von der Mehrheit der Steuerzahler hin zu den wenigen, die aufgrund ihres Geldes, ihrer Ausbildung oder ihrer Familienbeziehungen auserwählt sind – oder weil sie für den experimentierenden Chirurgen von besonderem Interesse sind.

Es ist eindeutig eine Form von Ausbeutung, wenn vier Fünftel der Realkosten für *Privatkliniken* in den armen Ländern Lateinamerikas aus Steuermitteln finanziert werden, die für die ärztliche Ausbildung, für öffentliche Ambulanzen und medizinisches Gerät

über die Abwerbung iranischer Studenten durch die Universitäten, an denen sie ihr Studium abschließen. Oscar Gish, Hrsg., *Doctor Migration and World Health*, Occasional Papers on Social Administration No. 43, Social Administration Research Trust, London: Bell, 1971. Stephen S. Mick, «The Foreign Medical Graduate», *Scientific American* 232, Februar 1975, S. 14–22. Heute praktizieren in den USA 58 000 importierte Ärzte; die Zahl der niedergelassenen Ärzte mit voller Zulassung hat sich vervierfacht. In der mittleren Atlantikregion, im zentralen Norden und in Neu-England übertreffen sie die Zahl der einheimischen Ärzte. Indien, die Philippinen, Italien und Kanada haben jeweils die Ausbildung von mehr als 3 000 dieser Ärzte finanziert. Argentinien, Südkorea und Thailand sowie andere Länder jeweils von mehr als 1 000. Notabene: die Ausbildung eines peruanischen Arztes kostet das 600fache der Ausbildung des typischen peruanischen Bauern.

68 In Ghana entfallen 149 der 298 im öffentlichen Gesundheitsdienst stehenden Ärzte auf das Zentralkrankenhaus, obwohl nur etwa 1 % der Patienten durch Mediziner außerhalb des Krankenhauses offiziell dorthin überwiesen wurden. M. J. Sharpston, «Uneven Geographical Distribution of Medical Care, a Ghanaian Case Study», *Journal of Development Studies* 8, Januar 1972, S. 205–22.

erhoben werden.⁶⁹ Der konzentrierte Einsatz öffentlicher Mittel zugunsten einiger weniger ist offenbar eine Ungerechtigkeit, weil die Fähigkeit, einen Teil der gesamten Behandlungskosten aus eigener Tasche zu zahlen, eine Vorbedingung ist, um den Rest gratis geliefert zu bekommen. Doch die Ausbeutung ist nicht geringer, wo die Öffentlichkeit – durch ein staatliches Gesundheitswesen – den Ärzten die ausschließliche Entscheidungsgewalt darüber zuspricht, wer die von ihnen praktizierte Therapie «braucht», und dann denjenigen, die als Nutznießer von ärztlicher Betreuung oder Opfer von wissenschaftlichen Experimenten ausersehen sind, großzügige öffentliche Unterstützung zu gewähren. Wenn die Öffentlichkeit den Ärzten stillschweigend das Monopol zugesteht, den Bedarf zu bestimmen, dann verbreitert dies nur die Basis, auf der diese ihre Leistungen verkaufen können.⁷⁰

Indirekt sind extravagante Therapien ein wirksames Mittel, um die Leute davon zu überzeugen, daß sie mehr Steuern zahlen sollen, um all jene in den Genuß solcher Therapien zu bringen, denen die Ärzte einen Bedarf attestieren. Nachdem der chilenische Präsident Edoardo Frei erst mit einem medizinischen Sportpalast begonnen hatte, mußte sein Nachfolger Salvador Allende drei weitere versprechen. Das Prestige einer winzigen Nationalmannschaft im medizinischen Leistungssport wird eingesetzt, um landesweit die Sucht nach therapeutischer Abhängigkeit zu fördern, die in viel weiterem Maß pathogen wirkt als bloßer medizinischer Vandalismus. Die Überzeugung der Menschen, sie könnten ohne ärztliche Hilfe mit ihrer Krankheit nicht fertig werden, verursacht mehr Gesundheitsschäden, als die Ärzte je anrichten könnten, indem sie den Leuten ihre Wohltaten angedeihen lassen.

69 Einen guten Überblick über die sozialwissenschaftliche Erforschung des Gesundheitswesens in Lateinamerika ist Arthur Rubel, «The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America», *Latin America Research Review* 2, 1966, S. 37–56. Dieter Zschock, «Health Planning in Latin America: Review and Evaluation», *Latin American Research Review* 5, 1970, S. 35–56.

70 Victor R. Fuchs, «The Contribution of Health Services to the American Economy», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, Oktober 1966, S. 65–103. Fuchs betont besonders diesen Punkt.

Nur in China scheint die Entwicklung – wenigstens auf den ersten Blick – in umgekehrter Richtung zu laufen: erste Hilfe und primäre Versorgung werden von nebenberuflichen Gesundheits-technikern und deren Lehrgehilfen geleistet, die ihren regulären Arbeitsplatz in der Fabrik verlassen, wenn sie gerufen werden, um einem Mitglied ihrer Brigade Beistand zu leisten.⁷¹ Ernährung, Umwelthygiene und Geburtenkontrolle haben in China einen beispiellosen Aufschwung genommen. Die Leistungen des chinesischen Gesundheitswesens in den sechziger Jahren haben – wohl endgültig – eine lange bestrittene Tatsache bewiesen: nämlich daß alle nachweislich wirksamen technischen Mittel der Gesundheitspflege binnen weniger Monate von Millionen Laien übernommen und kompetent eingesetzt werden können. Trotz solcher Erfolge könnte ein orthodoxes Festhalten an westlichen Verunftträumen in marxistischem Gewand heute wieder zerstören, was politische Tugend im Zusammenwirken mit traditionellem Pragmatismus erreicht hat. Die Voreingenommenheit für techni-

⁷¹ Zur Orientierung siehe Joshua S. Horn, *Arzt in China* (orig.: *Away with All Pests: An English Surgeon in People's China*), Frankfurt a. M.: März, 1969. Victor W. und Ruth Sidel, «Medicine in China: Individual and Society», *Hastings Center Studies* 2, No. 3, 1974, S. 23–26. Victor Sidel, «The Barefoot Doctors of the People's Republic of China», *New England Journal of Medicine* 286, 1972, S. 1292–1300. A. J. Smith, «Medicine in China» (5 Artikel), *British Medical Journal*, 1974, No. 2, S. 367–70, sowie die folgenden vier Ausg. Carl Djerassi, «The Chinese Achievement in Fertility Control», *Bulletin of the Atomic Scientists*, Juni 1974, S. 17–24. Paul T. K. Lin, «Medicine in China», *Center Magazine*, Santa Barbara, Calif., Mai–Juni 1974. M. H. Liang u. a. «Chinese Health Care: Determinants of the System», *American Journal of Public Health* 63, Februar 1973, S. 102–10. Horns Buch ist immer noch der beste persönliche Bericht. Sidel und Smith haben Reisereportagen für den ärztlichen Kollegen geschrieben. Djerassi bietet wertvolle Einsichten in die Situation der Geburtenkontrolle. Lin lenkt die Aufmerksamkeit auf die neuen Gefahren, die durch das jüngste Vordringen der Degenerationskrankheiten bedingt sind. Siehe auch Ralph C. Croizier, *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tension of Cultural Change*, Cambridge: Harvard Univ. Press, 1968.

schon Fortschritt und Zentralismus zeigt sich bereits in der weitgehenden Professionalisierung der Medizin. China verfügt nicht nur über ein paramedizinisches System, sondern auch über Ärzte, deren fachliche Qualifikationen höchsten internationalen Maßstäben entspricht und sich von den in anderen Ländern gültigen Normen nur marginal unterscheidet. Die meisten Investitionen während der letzten vier Jahre dienten wohl der weiteren Profilierung dieser besten ausgebildeten und höchst orthodoxen Ärzteschaft, der zunehmend die Macht zugestanden wird, die allgemeinen Ziele der staatlichen Gesundheitspolitik zu bestimmen. Die «Barfußmedizin» verliert ihren improvisierten, halbwegs unabhängigen und volkstümlichen Charakter und wird in eine einheitliche Gesundheitstechnokratie eingegliedert. Die von der Kommune gewählten Heiler werden durch akademisch ausgebildetes Personal angeleitet, überwacht und eingesetzt. Diese ideologisch angeheizte Entwicklung einer akademischen Medizin in China wird in nächster Zukunft bewußt eingeschränkt werden müssen, wenn sie weiterhin als ausgleichende Ergänzung neben einer hohen Kultur autonomer Selbstbehandlung bestehen bleiben soll, statt diese einzuschränken.⁷² Ohne vergleichbare Statistiken sind Aussagen über die ökonomische Situation des chinesischen Gesundheitswesens zwangsläufig unverbindlich. Doch es besteht kein Grund zur Annahme, daß die Kostensteigerungen für pharmazeutische Produkte, Klinik-einrichtungen und Expertenmedizin in China geringer wären als in anderen Ländern. Für den Augenblick allerdings darf man wohl behaupten, daß das Angebot an moderner Medizin in den ländlichen Regionen Chinas bislang so knapp war, daß der jüngste Zuwachs auf diesem Sektor zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitsniveaus und einem gerechteren Zugang zu medizinischer Versorgung beigetragen hat.⁷³

⁷² David Lampton, *Health, Conflict, and the Chinese Political System*, Michigan Papers in Chinese Studies No. 18, Ann Arbor: Univ. of Michigan, Center for Chinese Studies, 1974. Rivalisierende Interessengruppen, die nur für die maximale Verwirklichung ihrer eigenen Ziele arbeiten, haben seit 1971 mitgeholfen, das bürokratische Modell der Medizin von vor 1968 wieder einzuführen.

⁷³ Weiterführende Literatur zum Studium des modernen chinesischen

In allen Ländern hängt die Medikalisierung des Budgets mit der wohlbekannten Ausbeutung im Rahmen der Klassenstruktur zusammen. Die Herrschaft der kapitalistischen Oligarchien in den Vereinigten Staaten⁷⁴, der Hochmut der neuen Mandarine in Schweden⁷⁵, die Servilität und der Ethnozentrismus der Moskauer Funktionäre⁷⁶ und die Lobbies der ärztlichen und pharmazeutischen Verbände in den USA⁷⁷ wie auch die neuerliche Machtentfal-

Gesundheitswesens: Joseph Quinn, *Medicine and Public Health in the People's Republic of China*, U.S. Department of Health, Education and Welfare No. NIH 67-73. Fogarty International Center, *A Bibliography of Chinese Sources on Medicine and Public Health in the People's Republic of China: 1960-1970*, Department of Health, Education and Welfare Publication No. NIH 73-439. *American Journal of Chinese Medicine*, P. O. Box 555, Garden City, N. Y. 11530.

74 Vicente Navarro, «The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America», *International Journal of Health Services* 4, No. 1, 1974, S. 5-27. Die Knappheit an Mitteln und Maßnahmen der Gesundheitspflege gehen einher mit der allgemeinen Knappheit an Industrieprodukten, welche die Entstehung einer urbanen, unternehmerischen *Lumpen*bourgeoisie begünstigt, die von ihren ausländischen Klassengenossen abhängig ist. Dieser Aufsatz beruht auf einem Diskussionsbeitrag zur Pan-American Conference on Health and Manpower Planning in Ottawa, Kanada, 10.-14. September 1973. Eine revidierte Version erschien 1974 in der Frühjahrsausgabe von *Politics and Society*.

75 B. Shenkin, «Politics and Medical Care in Sweden: The Seven Crowns Reform», *New England Journal of Medicine* 288, 1973, S. 555-59. Hintergrundinformationen liefert Ronald Huntford, *The New Totalitarians*, New York: Stein & Day, 1972.

76 Roy A. und Zhores Medvedev, *A Question of Madness*, New York: Knopf, 1972, kritisieren eine Situation der Gesellschaft, in der wenigstens zwei Berufsgruppen, nämlich Medizin und Justiz, nicht Bestandteil des staatlichen Systems sind. Die totalitäre Zentralisierung der Medizin hat zwar das fortschrittliche Prinzip einer freien Gesundheitsbetreuung für alle eingeführt, doch es ermöglicht auch, die Medizin als Mittel staatlicher Kontrolle und politischer Überwachung einzusetzen.

77 David R. Hyde u. a., «The American Medical Association: Power, Purpose and Politics in Organized Medicine», *Yale Law Journal* 63, Mai

1954, S. 938-1022; eine frühe, schon etwas überholte, aber immer noch wertvolle Kritik. Richard Harris, *A Sacred Trust*, Baltimore: Penguin, 1969. Eine Geschichte des geschickten und kostspieligen Kampfes der American Medical Association gegen die gesetzliche Regelung des öffentlichen Gesundheitswesens in den 60er Jahren. Elton Rayack, *Professional Power and American Medicine: The Economics of the American Medical Association*, Cleveland: World Pub., 1967, schildert, wie die American Medical Association Erpressung und Konspiration einsetzte, um ihre Kontrolle über die Zulassung von Ärzten und die Normenfestsetzung für alle Produkte zu festigen, die nach Meinung der Ärzte für die Gesundheit von Belang sind. Diese Kontrolle enthebt ihre Macht aller Schranken.

Jenseits einer gewissen tolerierbaren Belastung des Budgets müs-

78 Über die Gründe einer sich abzeichnenden gewerkschaftlichen Organisation der Ärzte siehe S. Kelman, «Towards a Political Economy of Medical Care», *Inquiry* 8, No. 3, 1971, S. 30-38; ebenso FN. 76, oben.

79 Lewis Mumford, *Mythos der Maschine. Kultur, Technik und Macht*. Wien: Europa Verlag 1974, entwickelt das Konzept der Gesellschaft als einer Megamaschine.

sen Gelder, die der Medizin noch mehr Kontrolle über den Lebensraum, die Planung, die Erziehung, die Ernährung oder die Form von Maschinen und Gütern einräumen, unweigerlich einen «aus guten Absichten genährten Alptraum» auslösen. Geld kann stets die Gesundheit gefährden. Zuviel Geld zerstört sie. Jenseits eines kritischen Punktes muß das, was mit Geld produziert oder gekauft werden kann, den Spielraum selbstbestimmten Lebens einschränken. Nicht nur die Produktion, sondern auch der Konsum steht im Zeichen der Knappheit von Zeit, Raum und Mitteln.⁸⁰ Zwangsläufig untergräbt daher das Prestige der medizinischen Massenwaren die Gesundheitskultur, die innerhalb eines bestimmten Milieus weitgehend von angeborenen oder anerzogenen Tugenden abhängig ist.⁸¹ Je mehr Zeit, Mühe und Opfer eine Bevölkerung aufbringt, um Medizin als Massenware zu produzieren, desto größer ist das Nebenprodukt, nämlich der Irrtum, die Gesellschaft besitze versteckte Reserven an «Gesundheit», die nur erschlossen und vermarktet zu werden bräuchten.⁸² Geld hat die negative Funktion eines Grad-

80 Jenseits eines gewissen Intensitätsgrades produziert der Konsum Zeitknappheit: Staffan B. Linder, *Harried Leisure Class*, New York: Columbia Univ. Press, 1970; Beschleunigung produziert Raumknappheit: Jean Robert, «Essai sur l'accélération des dons», *L'Arc*, Aix-en-Provence, Herbst 1975; und Planung zerstört die Wahlfreiheit: Herbert Marcuse, *Triebstruktur und Gesellschaft* (Eros and Civilization), Frankfurt: Suhrkamp 1965.

81 René Dubos, *Man and His Environment: Biomedical Knowledge and Social Action*, Pan-American Health Organization, Scientific Publication No. 131, Washington, D. C., März 1966. «Die vom Menschen am meisten begehrte Form der Gesundheit ist... jener Zustand, der am besten geeignet ist, um Ziele zu erreichen, die jeder einzelne sich selbst setzt.» Siehe auch Heinz von Foerster, *Molecular Ethology: An Immodest Proposal*, New York: Plenum Press, 1970, beweist im Rahmen der theoretischen Biologie, daß höheres «Leben» durch Überprogrammierung ausgelöscht werden kann.

82 Victor Fuchs, «Some Economic Aspects of Mortality in Developed Countries», Referat auf der Conference on the Economy of Health and Medical Care, Tokio, 1973, Mimeo. Fuchs nimmt an, daß «Leben primär durch nicht-wirtschaftliche Aktivitäten produziert wird und daß vor-

messers für die Entwertung von Gütern und Dienstleistungen, die nicht käuflich zu haben sind.⁸³ Je höher der Preis, um den Wohlfahrt gekauft wird, desto größer ist das politische Prestige der Enteignung von individueller Gesundheit.

Die pharmazeutische Invasion^{83a}

Es bedarf gar nicht der Ärzte, um die Drogen einer Gesellschaft zu *medikalisieren*.⁸⁴ Auch ohne ein Zuviel an Krankenhäusern und medizinischen Ausbildungsstätten kann eine Kultur Opfer einer pharmazeutischen Invasion werden. Jede Kultur hat ihre Gifte, ihre Heilmittel, ihre *Plazebos* und ihre rituellen Vorkehrungen für deren

wiegend die Frau sich auf solche Aktivitäten spezialisiert». Der Versuch, diese «nicht-wirtschaftlichen Aktivitäten» durch Waren zu ersetzen, statt zu ergänzen, ist buchstäblich ungesund. Siehe Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D. C.: Brookings Institution, 1973, App. C., S. 229, über die gesundheitsschädliche Wirkung der Substitution von Muttermilch durch verschiedene synthetische Präparate.

83 Die Medikalisierung des Budgets ist ein Maßstab für die Enteignung (*disseizing*) der Gesundheit durch die Experten und für das Sichabfinden der Menschen mit ihrer Entmündigung durch therapeutische Aufseher. (*Disseizing*: widerrechtliche Besitzentziehung; Reinhart von Eichborn, *Wirtschaftswörterbuch*, I, Düsseldorf: Econ 1972).

83a Jean-Pierre Dupuy und Serge Karsenty, *L'invasion pharmaceutique*, Paris: Seuil, 1974, haben diesen Begriff geprägt. Sie schildern die wechselseitige Verstärkung dreier Faktoren: unrealistische Erwartungen auf seiten der Patienten-Mehrheiten; ärztliches Management eines technischen Systems, das primär symbolische Funktionen erfüllt; und die Reklame für Pseudo-Erfindungen, die immer größeren Anteil an der Gesamtaktivität der Pharma-Industrie hat. Diese drei Faktoren wirken zusammen als Motor der Kapitalakkumulation im Gesundheitssektor. Der Autor ist Dupuy und Karsenty für ihre Mitarbeit an der französischen Fassung dieses Buches tief verpflichtet.

84 Zur ersten Orientierung: Alfred M. Ajami, Jr., *Drugs: An Annotated Bibliography and Guide to the Literature*, Boston: Hall, 1973. Ajami präsentiert und kommentiert mehr als 500 psychopharmakologische Quellen – für ein interdisziplinäres Seminar über die US-Szene der späten 60er

Anwendung.⁸⁵ Diese sind überwiegend nicht für die Kranken, sondern für die Gesunden bestimmt.⁸⁶ Stark wirksame medizinische Drogen zerstören leicht die historisch gewachsene Struktur, die das ausgewogene Verhältnis jeder Kultur zu ihren Giften regelt; für gewöhnlich fügen sie der Gesundheit mehr Schaden als Nutzen zu, und schließlich begründen sie eine neue Einstellung, die den Körper

Jahre. US National Clearing House for Mental Health, *Bibliography of Drug Dependence and Abuse*, 1928–1966, Chevy Chase, Md., 1969. Für den historisch interessierten Forscher unerlässlich. Alice L. Brunn, *How to Find Out in Pharmacy: A Guide to Sources of Pharmaceutical Information*, Oxford: Pergamon Press, 1969. Ein verständlicher Führer durch die Literatur. R. H. Blum u. a., *Society and Drugs*, 2 Bde., Berkeley, Calif.: Jossey-Bass, 1970, eine Handbibliothek zum Thema Gesellschaft und Drogen.

85 G. E. Vaillant, «National History of Narcotic Drug Addiction», in *Seminars in Psychiatry* 2, November 1970, S. 486–98. Sowohl die Begehrtheit von Drogen als auch ihre Wirkung ist von dem Milieu abhängig, in dem sie genommen werden. Die Entscheidung für die Droge ist eine Funktion der Kultur, doch der Mißbrauch der Droge ist eine Funktion des Menschen. Die Ritualisierung des Drogengebrauchs schafft eine Subkultur: Daher mußte die Geschichte der Drogensucht als Geschichte der Gesellschaft alle paar Jahre neu geschrieben werden. Samuel Proger, Hrsg., *The Medicated Society*, New York: Macmillan, 1968, legt Dokumente über die Drogenkultur vor, die in den USA lange vor LSD bestand.

Inwiefern Drogensüchtige in ein eigenes Getto gedrängt werden, ist von der sie ablehnenden Gemeinschaft abhängig. Die Puertoricaner in New York z. B. lehnen ihre Süchtigen nicht im selben Maß ab wie die Amerikaner der weißen Mittelschicht: J. P. Fitzpatrick, «Puerto Rican Addicts and Nonaddicts: A Comparison», unveröffentlichter Bericht, Institute for Social Research, Fordham University, 1975.

86 Hans Wiswe, *Kulturgeschichte der Kochkunst: Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden*, München: Moos, 1970. In den meisten Gesellschaften gibt es keine scharfe Unterscheidung zwischen Arzneien und Diät. Dieser Überblick über Kochbücher aus verschiedenen Ländern und Epochen zeigt, daß viele von Ärzten geschrieben wurden; und diese betonten häufig, daß die beste Medizin nicht aus der Apotheke, sondern aus der Küche kommt. Die meisten enthalten auch «Rezepte» für die Krankenpflege.

als eine von mechanischen Bedienungsknöpfen betriebene Maschine auffaßt.⁸⁷

In den 1940er Jahren war es fast unmöglich, in Houston oder Madrid ausgeschriebene Rezepte in Mexiko einzulösen – außer in der *zona rosa* von Mexiko City, wo internationale Apotheken neben Boutiquen und Hotels florieren. Heute bietet die mexikanische Dorfapotheker dreimal so viele Artikel wie der Drugstore im benachbarten Nordamerika. In Thailand⁸⁸ und Brasilien werden viele Artikel, die anderswo veraltet oder aus dem Verkehr gezogener Ramsch sind, von Herstellern auf den pharmazeutischen Markt geworfen, die unter den verschiedensten Handelsflaggen segeln. Im letzten Jahrzehnt – während etliche reiche Länder dazu übergingen, die Schäden, die Vergeudung und Ausbeutung zu kontrollieren, die durch den legalen Drogenvertrieb ihrer Ärzte verursacht sind – fällt es dem Mediziner in Mexiko, Venezuela und sogar Paris schwerer denn je, sich über die Nebenfolgen der Medikamente zu informieren, die er verschreibt.⁸⁹ Noch vor zehn Jahren, als Medikamente in

87 Den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse über Medikamentensucht dokumentieren Louis S. Goodman und Alfred Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 4. Aufl., New York: Macmillan, 1970. Über Rezeptur-Gewohnheiten siehe Karen Dunnell und Ann Cartwright, *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*, London: Routledge, 1972. Wer nimmt welche Arzneien bei welchen Zuständen und Symptomen? Wie fördern oder hemmen Ärzte dieses Verhalten? Welche Arzneien werden zu Hause aufbewahrt und wie lange? Detaillierte Informationen über England. Siehe auch John P. Morgan und Michael Weintraub, «A Course on the Social Functions of Prescription Drugs: Seminar Syllabus and Bibliography», *Annals of Internal Medicine* 77, August 1972, S. 217–22; Paul Stolley und Louis Lasagna, «Prescribing Patterns of Physicians», *Journal of Chronic Diseases* 22, Dezember 1969, S. 395–405.

88 Business in Thailand, Sondernummer über die pharmazeutische Industrie, August 1974.

89 Derlei Informationen kann der amerikanische Arzt sich leicht besorgen aus Quellen wie *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, Medical Library Association, 919 N. Michigan Avenue, Chicago, Ill. Dies eine unvoreingenommene Informationsquelle über Medikamente; erscheint zweimal monatlich. In französischer, deutscher oder spanischer Sprache

Mexiko relativ knapp waren, als die Menschen arm waren und die meisten Kranken von der Großmutter oder der Kräuterfrau gepflegt wurden, lag den pharmazeutischen Präparaten ein Waschetzel mit Gebrauchsanleitung bei. Heute sind die Drogen vielfältiger, stärker und gefährlicher; sie werden über Fernsehen und Radio verkauft. Leute, die sich etwas auf ihre Schulbildung zugute halten, schämen sich ihres Vertrauens zum aztekischen Mediziner; und die Gebrauchsanweisung ist ersetzt durch einen Standardsatz, der besagt: nach Anweisung des Arztes zu nehmen. Die Fiktion des zivilisatorischen Exorzismus, der die einst von dunkler Magie umgebene Droge medikalisieren soll, verwirrt tatsächlich nur den Käufer. Die Ermahnung, den Arzt zu konsultieren, macht die Klienten glauben, er sei zu verantwortlichem Handeln nicht fähig. In den meisten Ländern der Welt sind die Ärzte einfach zu dünn gesät, um eine gefährliche, zweiseitige Medizin immer dann zu verordnen, wenn sie geboten ist, und meist sind sie selbst nicht bereit oder zu unwissend, um die Mittel mit der nötigen Vorsicht zu verschreiben. Infolgedessen ist die Funktion des Arztes, besonders in armen Ländern, zur Banalität herabgesunken: er hat sich in einen Rezeptierautomaten verwandelt, der nicht weiter ernstgenommen wird, und die meisten Menschen schlucken aufs Geratewohl die gleichen Medikamente – nur ohne seine Zustimmung.⁹⁰ Ein gutes Beispiel

gibt es nichts Vergleichbares. Siehe auch Richard Burack, *The New Handbook of Prescription Drugs: Official Names, Prices, and Sources for Patient and Doctor*, revid. Aufl., New York: Pantheon, 1970. (Nähere Angaben zu diesem Buch siehe unten, FN. 99.)

⁹⁰ In den meisten Kulturen waren die Menschen stets auf Heilpflanzen angewiesen, die die Familie im Wald sammelte oder auf dem Fensterbrett zog. Dies war sogar in Gesellschaften der Fall, wo die Subsistenzproduktion in vielen anderen Bereichen dem Markt gewichen war. Jahrtausendlang wurde der Welthandel mit Arzneien von Hausierern versehen und hatte «nichts mit dem bürgerlichen, kommerziellen Handel zu tun, mögen auch manche Philologie-Historiker das Gegenteil behaupten». Hierzu siehe J. C. van Leur, *Indonesian Trade and Society: Essays in Asian Social and Economic History*, Den Haag: van Hoeve Publ., 1967, bes. S. 45–88. Über den Handel mit medizinischen, technischen, kosmetischen und religiösen Chemikalien in der Antike siehe Alfred Schmidt, *Drogen und Dro-*

genhandel im Altertum, Leipzig: J. A. Barth, 1924. Wolfgang-Hagen Hein, *Christus als Apotheker*, Frankfurt am Main: Govi Verlag, 1947, zeigt, wie Christus sich in der deutschen Malerei um 1700 plötzlich vom himmlischen Heiler menschlicher Leiden zum himmlischen Apotheker wandelt, der geistliche Waren verteilt.

dafür, wie das Vertrauen aufs ärztliche Rezept für den Schutz der Patienten nutzlos sein und sogar den Mißbrauch fördern kann, bietet Chloramphenicol. In den sechziger Jahren wurde dieses Mittel von Parke, Davis als Chloromycetin auf den Markt gebracht und erzielte etwa ein Drittel des gesamten Gewinns dieser Firma. Andererseits war schon seit Jahren bekannt, daß Patienten, die dieses Mittel nehmen, ein gewisses Risiko eingehen, an aplastischer Anämie, einer unheilbaren Blutkrankheit, zu sterben.

Typhus ist eigentlich die einzige Krankheit, die – mit ernststen Vorbehalten – die Einnahme dieser Substanz rechtfertigt. Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre wandte die Firma Parke, Davis – trotz starker Kontraindikation – große Summen auf, um ihren Marktführer zu propagieren. Die Ärzte in den USA verschrieben Chloramphenicol für beinahe 4 Millionen Patienten im Jahr, um sie auf Akne, Heiserkeit, simple Erkältung und sogar Lappalien wie Nagelbettentzündung zu behandeln. Da Typhus in den Vereinigten Staaten selten vorkommt, «brauchte» nur einer von 400 Menschen, die das Medikament erhielten, diese Therapie. Anders als Thalidomid, das verstümmelt, tötet Chloramphenicol: es beseitigt die Opfer, und Hunderte sind in den USA ohne entsprechende Diagnose gestorben.⁹¹ Die Selbstkontrolle der Zunft in diesen Dingen hat nie funktioniert⁹², und das Gedächtnis der Medizin erwies

genhandel im Altertum, Leipzig: J. A. Barth, 1924. Wolfgang-Hagen Hein, *Christus als Apotheker*, Frankfurt am Main: Govi Verlag, 1947, zeigt, wie Christus sich in der deutschen Malerei um 1700 plötzlich vom himmlischen Heiler menschlicher Leiden zum himmlischen Apotheker wandelt, der geistliche Waren verteilt.

⁹¹ Die Angaben über Chloromycetin sind entnommen aus U.S. Senate, Select Committee on Small Business, Subcommittee on Monopoly, *Competitive Problems in the Drug Industry*, 90th Congress, 1st and 2nd Sessions, 1967–68, Teil 2, S. 565.

⁹² Über jene Mechanismen, welche aus der Selbst-Kontrolle des Berufsstandes eine Freiheit zur Übung des eben noch von der Öffentlichkeit tolerierten Mißbrauchs machen, informieren Eliot Freidson und Buford Rhea, «Process of Control in a Company of Equals», *Social Problems* 9, 1963, S. 119–131. Obgleich viele Fälle von Mißbrauch unaufgedeckt bleiben, werden diejenigen, die aufgedeckt werden, nicht den Kollegen mitgeteilt; und

sich als bemerkenswert kurz⁹³. Bestenfalls kann man sagen, daß die Selbstregulierung in Holland, Norwegen oder Dänemark zeitweilig weniger effektiv war als in Deutschland, Frankreich⁹⁴ oder Italien⁹⁵ und daß die amerikanischen Ärzte ein besonderes Geschick bewei-

selbst wenn sie mitgeteilt werden, so geschieht dies nur durch ein «Gespräch unter vier Augen», und mithin bleibt der Mißbrauch unkontrolliert. Die Selbstkontrolle schützt im Grunde den Berufsstand, indem sie den unfähigen Fleischer und den unverbesserlichen moralischen Krüppel ausschaltet. William J. Goode, «The Protection of the Inept», *American Sociological Review* 32, Februar 1967, S. 5–19. Wie Goode beschreibt, dient die Selbstkontrolle weitgehend dem Schutz der Unfähigen innerhalb der Gruppe und dem Schutz des Eigeninteresses der Gruppe vor einem Übermaß an Unfähigkeit. Modernisierung ist nicht mehr als ein effektiverer Einsatz der Unfähigen im Eigeninteresse der Gruppe. Eliot Freidson und Buford Rhea, «Knowledge and Judgment in Professional Evaluations», *Administrative Science Quarterly* 10, Juni 1965, S. 107–24.

93 Auf das Gedächtnis ist wenig Verlaß bezüglich der Frage, welche Medikamente in der Vergangenheit verschrieben oder eingenommen wurden. So ergab eine Nachprüfung beim staatlichen Rezept-Register in England und Wales, daß 8 von 10 Frauen, die nach der vom Arzt verordneten Einnahme von Thalidomid ein mißgestaltetes Kind geboren hatten, hinterher leugneten, das Mittel genommen zu haben, und daß auch die Ärzte leugneten, es verschrieben zu haben. Siehe A. L. Speirs, «Thalidomide and Congenital Abnormalities», *Lancet*, 1962, No. 1, S. 303.

94 Henri Pradal, *Guide des médicaments les plus courants*, Paris: Seuil, 1974. Im November 1973 brachte mein französischer Verlag, Seuil, ein Paperback-Original dieses Buches heraus, verfaßt von einem Arzt mit langjähriger Erfahrung als Toxikologe. Es ist ein Katalog der 100 umsatzstärksten pharmazeutischen Präparate, einschließlich verschreibungspflichtiger Mittel, und erklärt für jeden einzelnen Artikel, woraus er besteht, wofür er indiziert ist, wie er verwendet oder verschrieben wird und welche Folgen er zeitigt. Noch am Tag des Erscheinens leiteten 57 pharmazeutische Firmen, unabhängig voneinander, rechtliche Schritte ein, um das Buch aus dem Verkehr zu ziehen und mögliche Schadensersatzansprüche anzumelden.

95 A. del Favero und G. Loiacono, *Farmaci, salute e profitti in Italia*, Mailand: Feltrinelli, 1974, schildern die Abhängigkeit und Unterwürfigkeit des italienischen Arztes gegenüber der Pharma-Industrie sowie die ausbeuterische Verflechtung italienischer Pharma-Hersteller mit multinationalen Konzernen. Reich an Dokumenten und Details.

sen, sich mit vergangenen Fehlern abzufinden und neue Modetorheiten mitzumachen.⁹⁶ Während der fünfziger Jahre war in den USA die staatliche Kontrolle der Medikamente auf einem Tiefstand, und die Selbstkontrolle von Ärzten und Industrie stand lediglich auf dem Papier.⁹⁷ In den sechziger Jahren entfesselten dann verantwortungsbewußte Journalisten⁹⁸, Mediziner⁹⁹ und Politiker¹⁰⁰ eine

96 James H. Young, *Medical Messiahs: A Social History of Health Quackery in Twentieth-Century America*, Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press, 1967, schildert die historischen Hintergründe des arroganten Selbstvertrauens der Ärzte-Organisationen in den USA aufgrund ihrer öffentlichen Protektion gegen unabhängige Heiler und Selbst-Behandlung. Zur früheren Geschichte, siehe James H. Young, *The Toadstool Millionaires: A Social History of Patent Medicines in America Before Federal Regulation*, Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press, 1961.

97 Robert S. McCleery, *One Life – One Physician: An Inquiry into the Medical Profession's Performance in Self-Regulation*. Ein Bericht für das Center für the Study of Responsive Law, Washington, D. C.: Public Affairs Press, 1971. Dieser Bericht für eine von Ralph Nader angeregte Studiengruppe kommt zu dem Schluß, daß es innerhalb des ärztlichen Berufsstandes überhaupt keine interne Qualitätskontrolle gibt.

98 Morton Mintz, *By Prescription Only: A Report in the Roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, Pharmaceutical Manufacturers, and Others in Connection with the Irrational and Massive Use of Prescription Drugs That May Be Worthless, Injurious, or Even Lethal*, 2. Aufl. Boston: Beacon Press, 1967. Ursprünglich veröffentlicht unter dem Titel *The Therapeutic Nightmare*, Boston: Houghton Mifflin, 1965; dieses Meisterstück eines kritischen Journalismus aus der Feder eines Reporters der *Washington Post* hat mehr als jedes andere Buch dazu beigetragen, der Diskussion um die Medizin in den USA eine neue Richtung zu geben. Zehn Jahre lang hatte eine verantwortungsbewußte Minderheit vor den Schäden gewarnt, die die kapitalistische Medizin den Armen zufügt. Nunmehr wurde die pillenschluckende Mehrheit sich bewußt, was ihr angetan wurde.

99 Richard Burack, M. D., *The New Handbook of Prescription Drugs: Official Names, Prices and Sources for Patient and Doctor*, New York: Pantheon, 1970. Veröffentlicht zu einem Zeitpunkt, da juristische Beweise für die Voreingenommenheit von Kontrollausschüssen, für die verschwöreri-

Kampagne, die aufdeckte, wie abhängig Ärzte und Regierungsbeamte von der pharmazeutischen Industrie sind, und gewisse ge-
läufige Formen der medizinischen Wirtschaftskriminalität an die
Öffentlichkeit brachte.¹⁰¹ Nach der Aufdeckung dieser Tatsachen
durch ein Kongreß-Hearing ging der Gebrauch von Chloramphenicol
in den USA binnen zwei Monaten rapide zurück. Parke, Davis
mußte jeder ausgelieferten Packung strenge Warnungen vor den Ri-
siken und Vorsichtsmaßnahmen für den Gebrauch des Mittels beige-
ben. Doch diese Auflagen betrafen nicht den Export.¹⁰² In Mexiko

sche Verbreitung irreführender Informationen über giftige Medikamente
und für die Korruption nicht weniger Medizin-Professoren noch schwer
zu beschaffen waren, bietet dieses Buch Informationen und Beurteilungen
über die Effizienz, Nützlichkeit, Nebenwirkungen und Anwendungsbe-
reich der 200 am häufigsten verschriebenen Medikamente, vergleicht ihre
Preise mit denen der unter chemischen Bezeichnungen vertriebenen Ge-
genstücke (wofür Lieferanten mit Adresse genannt werden) und bringt ent-
larvende Anekdoten über manche der markengeschützten Patentmittel.

100 James L. Goddard, «The Drug Establishment», *Esquire*, März
1969. Ein lesbarer, gut recherchierter Bericht.

101 Edwin Sutherland, *White-Collar Crime*, New York: Holt, 1961,
bezeichnet mit diesem Namen eine Reihe schwerer Vergehen mit anerkannter-
maßen sozial schädlichen Folgen, die aber keine Strafverfolgung nach
sich ziehen oder nur zivilrechtlich verhandelt werden. Die medizinische
Spielart dieses Phänomens hat epidemische Folgen und könnte als «Weiß-
Kittel-Kriminalität» bezeichnet werden.

102 Herbert Schreier und Lawrence Berger, «On Medical Imperialism:
A Letter», *Lancet*, 1974, No. 1, S. 1161: «Auf Veranlassung der US Food
and Drug Administration fügte Parke, Davis strikte Risiko-Mahnungen
und warnende Indikatoren für den Gebrauch des Medikaments in den USA
bei. Diese Warnungen galten nicht für den Auslandsvertrieb des gleichen
Mittels.» Siehe auch John F. Helligers, «Chloramphenicol in Japan: Let
It Bleed», *Bulletin of Concerned Asia Scholars* 5, Juli 1973, S. 37-45. Die
Ausdehnung bundesstaatlicher Kontrollen auf den Export von Medika-
menten würde diese Form des Imperialismus nur teilweise aufheben. Wäh-
rend heute die pharmazeutische Industrie mit ihren 6 Milliarden \$ Medi-
kamenten-Umsätzen staatlicher Kontrolle unterliegt, erstreckt diese sich
nicht auf die medizinische Gerät produzierende Industrie mit ihren 3 Mil-
liarden \$ Umsatz. Der Staat kann z. B. nicht die Firma A. H. Robins hin-

wurde das Medikament weiterhin bedenkenlos verwendet, nicht
nur bei der Selbstbehandlung, sondern auch auf ärztliche Verord-
nung, wobei ein chemisch resistenter Stamm von Typhusbazillen
gezüchtet wurde, der sich inzwischen von Mittelamerika in die üb-
rige Welt ausbreitet.

Einen Arzt gab es in Lateinamerika, der auch Staatsmann war und
versuchte, der pharmazeutischen Invasion zu wehren, statt ledig-
lich Ärzte zu rekrutieren, um ihr einen respektableren Anstrich zu
geben. Während seiner kurzen Amtszeit als Präsident von Chile
konnte Dr. Salvador Allende¹⁰³ recht erfolgreich die Armen mobili-
sieren, damit sie selbst ihren Bedarf an Gesundheitspflege feststell-
ten; weniger Erfolg hatte er allerdings bei dem Versuch, die Ärzte
dahin zu bringen, solchen fundamentalen Bedürfnissen und weni-
ger ihrem Profitstreben zu dienen. Er schlug vor, Medikamente in
Chile so lange nicht zuzulassen, bis sie – für die Dauer des Patent-
schutzes – an zahlenden Patienten in Nordamerika oder Europa er-
probt wären. Er griff ein Programm wieder auf, das bezweckte, die
amtliche Arzneimittelliste auf etliche Dutzend Artikel zu beschrän-
ken – mehr oder minder die gleichen, die die chinesischen Barfuß-
ärzte in ihrem schwarzen Weidenkorb mit sich führten. Es ist eine
denkwürdige Tatsache, daß binnen einer Woche nach der Macht-
übernahme durch die Militärjunta am 11. September 1973 viele der
profilertesten Befürworter einer chilenischen Medizin, die auf

dern, ein Kontrazeptionspessar, das wegen hoher Infektionshäufigkeit in
den USA aus dem Verkehr gezogen wurde, an ausländische Firmen zu lie-
fern. Siehe *Hastings Center Studies* 5, No. 3, 1975, S. 2.

103 Über die Medizin in Chile unter Allende, siehe Howard Waitzkin
und Hilary Modell, «Medicine, Socialism, and Totalitarianism: Lesson
from Chile», *New England Journal of Medicine* 291, 1974, S. 171-77; Vi-
cente Navarro, «What Does Chile Mean? An Analysis of Events in the
Health Sector Before, During, and After Allende's Administration», *Mil-
bank Memorial Fund Quarterly* 52, Frühjahr 1974, S. 93-130. Dieser Arti-
kel basiert auf einem Referat vor dem International Health Seminar an der
Harvard University im Februar 1974. Ein Augenzeugenbericht ist Ursula
Bernauer und Elisabeth Freitag, *Poder popular in Chile am Beispiel Ge-
sundheit: Dokumente aus Elendsvierteln*, Nürnberg-Stein: Laetere/Imba,
1974.

kommunaler Autonomie statt auf Drogenimport und Drogenkonsum beruhen sollte, ermordet wurden.¹⁰⁴

Der Überkonsum von Medikamenten bleibt gewiß nicht auf Regionen beschränkt, wo Ärzte knapp und die Menschen arm sind. In den USA hat das Volumen der pharmazeutischen Umsätze während dieses Jahrhunderts ums Hundertfache zugenommen.¹⁰⁵ Jedes Jahr werden 20000 Tonnen Aspirin konsumiert; fast 225 Tabletten pro Person.¹⁰⁶ In England wird jeder zehnte Nachtschlaf – umgerechnet auf die Bevölkerung – durch ein hypnotisches Medikament eingeleitet; 19 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer nehmen regelmäßig die verschiedensten Tranquilizer.¹⁰⁷ In den Vereinigten Staaten bilden die auf das Zentralnervensystem einwirkenden Stoffe den am schnellsten wachsenden Sektor des pharmazeutischen Marktes und bringen heute 31 Prozent der Gesamtumsätze.¹⁰⁸ Die

104 Albert Johnson u. a., «Doctors in Politics: A Lesson from Chile», *New England Journal of Medicine* 291, 1974, S. 471–72. Schildert, mit welch besonderer Grausamkeit Ärzte von der Junta verfolgt wurden.

105 John M. Firestone, *Trends in Prescription Drug Prices*, Washington, D. C.: Enterprise Institute for Public Policy Research, 1970. Die Kosten für Medikamente machen nur 10 % der Gesundheitskosten aus. Die bescheidene Kostensteigerung für jedes Rezept während der letzten 10 Jahre ist hauptsächlich dadurch bedingt, daß mit dem einzelnen Rezept im Durchschnitt eine größere Menge von Präparaten verschrieben wurde.

106 Edward M. Brecher und Consumer Report Editors, *Licit and Illicit Drugs: The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana – Including Caffeine, Nicotine and Alcohol*, Boston: Little, Brown, 1973.

107 D. M. Dunlop, «The Use and Abuse of Psychotropic Drugs», in *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 63, 1970, S. 1279. G. L. Klerman, «Social Values and the Consumption of Psychotropic Medicine», in *Proceedings of the First World Congress on Environmental Medicine and Biology*, Haarlem: North-Holland, 1974. Über eine besonders heimtückische Form der ärztlich verordneten Drogensucht siehe Dorothy Nelkin, *Methadone Maintenance: A Technological Fix*, New York: Braziller, 1973.

108 James L. Goddard, «The Medical Business», *Scientific American* 229, September 1973, S. 161–66. Enthält Grafiken und Tabellen, die, nach Kategorien aufgegliedert, die Umsätze für verschreibungspflichtige und

Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Tranquilizern hat seit 1962 um 92 Prozent zugenommen – ein Zeitraum, während dessen der Pro-Kopf-Konsum an Alkohol nur um 23 Prozent und der geschätzte Konsum illegaler Opiate etwa um 50 Prozent stieg.¹⁰⁹ Bedeutende Mengen an «Schnellmachern» und «Dämpfern» werden in allen Ländern unter Umgehung des Arztes besorgt.¹¹⁰ Die medikalisierte Sucht¹¹¹ übertraf 1969 sämtliche selbstgewählten anderen

nicht verschreibungspflichtige Medikamente in den USA 1962–71 zeigen; Aufgliederung nach geschätzten Dollar-Umsätzen im Jahr 1968 für 17 führende pharmazeutische Firmen; Einführung neuer Präparate, Kombinationen und Dosierungen für 1958–72. Ferner werden 8 Kategorien verschreibungspflichtiger Medikamente unterschieden. Allein in der Kategorie «auf das Nervensystem wirkende Präparate» belaufen sich die Umsätze auf mehr als 1 Milliarde \$ pro Jahr. Im Vergleich dazu drei weitere Kategorien, deren Umsätze sich jeweils auf 500 Millionen \$ belaufen, und die restlichen, jede unter 350 Millionen \$ Umsatz. Eine Aufgliederung nach Alter und Geschlecht des Konsumenten sowie Präparat-Typ für 762 Millionen Artikel im Wert von 2,5 Millionen \$, die im Verlauf eines Jahres an nicht hospitalisierte Patienten verschrieben wurden, geben B. S. H. Harris und J. B. Hallan, «The Number and Cost of Prescribed Medicines: Selected Diseases», *Inquiry* 7, 1970, S. 38–50.

109 *Drug Use in America: Problem in Perspective*, Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1972, 1973, 1974, 4 Bde., Washington, D. C.: Government Printing Office; stock no. 5266–0003. National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education. An Abstract for Action, New York: McGraw-Hill, 1970.

110 Mitchell Balter u. a., «Cross-national Study of the Extent of Anti-Anxiety/Sedative Drug Use», *New England Journal of Medicine* 290, 1974, S. 769–74.

111 Michael Balint, *Treatment or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice, Mind and Medicine Monographs*, Philadelphia: Lippincott, 1970. Die Verschreibung von Medikamenten stützt mit einem glanzvollen Anschein von Rationalität die Überzeugung, der Fortschritt bestünde darin, sich mit Geld aus jeder Situation, sogar der Realität, auskaufen zu können. In zwei Dritteln der Fälle, in denen Medikamente ohne jede technische Rechtfertigung wiederholt verschrieben wurden – so berichtet Balint –, war es der Arzt, der die Initiative ergriff und das Mittel anbot. Harry Dowling, «How Do Practicing Physicians Use New Drugs?»

Vergnügungen zur künstlichen Erzeugung von Wohlgefühl.¹¹²

Es ist mittlerweile Mode geworden, die multinationalen pharmazeutischen Firmen für die Zunahme des ärztlich verordneten Drogenmißbrauchs verantwortlich zu machen; ihre Profite sind hoch, und ihre Kontrolle über den Markt ist universal. Seit 15 Jahren übertreffen die Gewinne der Pharma-Industrie (im prozentuellen Verhältnis von Umsätzen zum Netto-Kapitalwert des Unternehmens) die Profite aller anderen an der Börse gehandelten Industriewerte. Die Preise für Medikamente werden von den Firmen kontrolliert und manipuliert: ein und dieselbe Packung, die in Chicago oder Genf, wo sie produziert wird, aber dem Wettbewerb unterliegt, etwa 5 Mark kostet, wird in einem armen Land, wo sie konkurrenzlos ist, für etwa 30 Mark gehandelt.¹¹³ Die Handelsspannen zumal sind phänomenal. Diazepam^{113a} im Gegenwert von 100 Mark, zu Pillen verarbeitet und als *Valium* abgepackt, wird für den

Journal of the American Medical Association 185, 1963, S. 233–36. Aus Angst vor dem Vorwurf, «nichts unternommen zu haben», ist der Arzt bereit, mehr zu verordnen, als durch die Indikation auf der Packung angegeben. Über die Formen, in denen der Verschreibungsmißbrauch sich ausbreitet hat, berichten Leighton E. Cluff u. a., «Studies in the Epidemiology of Adverse Drug Reactions», *Journal of the American Medical Association* 188, 1964, S. 976–83.

112 Philippe de Félice, *Poisons sacrés: Invoresses divines; Essay sur quelques formes inférieures de la mystique*, Paris: Albin, 1936; Reprint 1970. Die traditionellen, in der Regel religiösen Bedingungen und Ziele des Drogenkonsums werden dem heutigen laizistischen Gebrauch bewußtseitsverändernder Substanzen gegenübergestellt.

113 Charles Levinson, *Valium zum Beispiel: Die multinationalen Konzerne der pharmazeutischen Industrie*, Hamburg: Rowohlt, 1974. Die Preise, die Firmen wie Glaxo, Pfizer, Hoechst, CIBA-Geigy und Hoffmann-La Roche in Indien berechnen, sind im Schnitt 357 % höher als die Preise in den westlichen Ländern, in denen diese Firmen ihren Sitz haben.

113a Das Bundeskartellamt, Berlin, berechnet: 1 kg Diazepam wird bei Hoffmann-La Roche in Basel für 89,94 DM hergestellt. In Form von *Valium*-Tabletten ist die gleiche Menge 93 89,42 DM wert – also 10 399 Prozent mehr! Anm. d. Ü. Quelle: Der Stern, 3/77.

140fachen Preis verkauft; und für den 70fachen Preis von Phenobarbital, das sich nach Meinung der meisten Pharmakologen durch die gleichen Indikationen, die gleiche Wirkung und die gleichen Risiken auszeichnet.¹¹⁴ Als Waren unterscheiden sich verschreibungspflichtige Medikamente wesentlich von anderen Artikeln: sie sind Produkte, für die der Endverbraucher sich selten selbst entscheidet.¹¹⁵ Die Werbung des Produzenten zielt auf den «instrumentellen Konsumenten», den Arzt, der das Produkt zwar verschreibt, aber nicht bezahlt. Um den Absatz von *Valium* zu steigern, gab Hoffmann-La Roche in zehn Jahren 500 Millionen Mark aus und beauftragte jährlich an die 200 Ärzte, wissenschaftliche Artikel über die Eigenschaften des Mittels zu verfassen.¹¹⁶ 1973 bear-

114 Die Angaben stammen aus Burack, *New Handbook of Prescription Drugs*.

115 In den meisten Ländern bezieht der Arzt seine Information über Medikamente vorwiegend aus von der Industrie geförderten Handbüchern wie z. B. *Physicians' Desk Reference to Pharmaceutical Specialities and Biologicals*, das seit 1946 bei Medical Economics, Rutherford, o. J., erscheint. Diese jährlich neu aufgelegte Publikation, kurz *PDR*, wird von der pharmazeutischen Industrie finanziell unterstützt. Die Beschreibung der Medikamente stammt von den Firmen selbst, die für ca. 2½ cm Spaltenraum 115 \$ bezahlen; siehe John Pekkanen, *The American Connection: Profiteering and Politicking in the «Ethical» Drug Industry*, Chicago: Follett, 1973, S. 106. Das französische Handbuch *Vidal* enthält Beschreibungen, in denen die auf dem Waschzettel der Medikamentenpackung obligatorischen Warnungen unterschlagen werden. Dagegen gibt es in den USA zwei halb-offizielle pharmakologische Kompendien, *Pharmacopeia of the United States of America (USP)* und *National Formulary (NF)*. Das *USP* enthält in der Regel Hinweise auf therapeutischen Nutzen und Toxizität der Präparate. Diese Kompendien sind nicht für die Orientierung des Arztes gedacht, sondern informieren die Industrie über die technischen Normen, die die Produkte erfüllen müssen, um legal im binnenstaatlichen Handel der USA zugelassen zu werden.

116 Um eine Vorstellung zu vermitteln, wie viele Ärzte im Dienst eines einzigen Industrieunternehmens stehen, um die Entscheidung zugunsten nur eines Produkts zu beeinflussen, nehme man *Librium: Worldwide Bibliography* zur Hand, die seit 1959 von den La Roche-Laboratorien herausgegeben wird. Die ersten vier Jahrgänge verzeichnen 832 Eintragungen.

beitete die Arzneimittelbranche jeden einzelnen niedergelassenen Arzt mit einem Werbeaufwand von 11 250 Mark – etwa dem Gegenwert der Kosten für ein Studienjahr an einer medizinischen Fakultät; im gleichen Jahr steuerte die Industrie weniger als 3 Prozent der für die medizinische Ausbildung an US-Universitäten vorgesehenen Etatmittel bei.¹¹⁷

Allerdings ist es überraschend, daß der Pro-Kopf-Verbrauch von ärztlich verschriebenen Medikamenten auf der ganzen Welt recht unabhängig von der kommerziellen Werbung zu sein scheint; er korreliert vielmehr mit der Zahl der Ärzte, und dies sogar in sozialistischen Ländern, wo die Ausbildung der Mediziner nicht durch die Öffentlichkeit der Pharma-Industrie beeinflusst wird und wo das Geschäft mit den Drogen begrenzt ist.¹¹⁸ Die Gesamthöhe des Drogenkonsums in den Industriegesellschaften bleibt im Grunde unbeeinflusst davon, welche Anteile gegen Rezept über die Ladentheke oder illegal verkauft werden oder ob die gekauften Artikel aus eigener Tasche, durch die Krankenkasse oder aus Wohlfahrtsmitteln bezahlt werden.¹¹⁹ In allen Ländern haben die Ärzte es zuneh-

Siehe auch *Science* 180, 1973, S. 1038, ein Bericht über eine von der Federal Drug Administration der USA durchgeführte Studie über das Ethos der Ärzte, die sich mit der praktischen Erforschung neuer Medikamente befassen. Ein Fünftel der von der Untersuchung erfaßten Ärzte hatte die Daten, die an die Arzneimittelhersteller zurückgesandt wurden, schlicht erfunden und das Honorar eingesteckt.

¹¹⁷ Selig Greenberg, *The Quality of Mercy: A Report on the Critical Condition of Hospital and Medical Care in America*, New York: Atheneum, 1971. Der jährliche Reklame-Aufwand für Medikamente kostet mehr, als es kosten würde, wollte man alle Ärzte der USA für ein Jahr auf die Universität schicken.

¹¹⁸ H. Friebe, «Arzneimittelverbrauchs-Studien», in H. J. Dengler und W. Wirth, Hrsg., *Seminar für Klinische Pharmakologie auf Schloß Reisenberg bei Günzburg/Donau, vom 25.–29. Oktober 1971*, überreicht von der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e. V., Frankfurt am Main, S. 228–40. Kurze, wertvolle Feststellung des Mangels an brauchbaren Maßstäben; mithin das Beste, was in so allgemeiner Form ausgesagt werden kann. Der Autor ist Leiter der Drug Efficacy and Safety Division der World Health Organization.

¹¹⁹ World Health Organization, Regional Office for Europe, *Con-*

mend mit zwei Gruppen von Süchtigen zu tun: der einen, der sie Medikamente verschreiben, und der anderen, die an deren Auswirkungen leidet. Je reicher die Gesellschaft, desto größer ist der Prozentsatz von Menschen, die beiden Gruppen angehören.¹²⁰

Wollte man der Arzneimittel-Industrie die Schuld an der Medikamentensucht anlasten, so wäre dies ebenso unsinnig, als wollte man die Mafia¹²¹ für den illegalen Drogenkonsum verantwortlich machen. Die heutige Erscheinung des Überkonsums von Drogen – seien es wirksame Heilmittel oder Anodyna; verschreibungspflichtige Artikel oder Bestandteil der täglichen Ernährung; kostenlos verteilt, käuflich erworben oder gestohlen – ist nur als Folge einer Gesinnung zu erklären, die sich bisher in jeder Kultur entwickelt hat, wo der Markt für Konsumgüter ein kritisches Volumen erreicht hat. Diese Erscheinung wird bestimmt durch die Ideologie jeder an grenzenloser Bereicherung orientierten Gesellschaft – ganz gleich ob deren Industrieprodukte nach eigenmächtiger Maßgabe von Planern oder durch die Kräfte des Marktes verteilt werden. In einer solchen Gesellschaft sind die Menschen davon überzeugt, daß im Bereich der Gesundheitspflege wie auch auf allen anderen Gebieten menschlichen Strebens die Technik dazu dienen könne, die Lebens-

sumption of Drugs: Report on a Symposium, Oslo, 3.–7. November 1969. Limitierte Auflage, zu beziehen nur von Personen mit öffentlicher Stellung durch das Regionalbüro der WHO in Kopenhagen. Diese Studie ist die erste ihrer Art. Sie vergleicht 22 Länder, wobei erhebliche Unterschiede im Arzneien-Konsumverhalten, aber auch enorme Schwierigkeiten hinsichtlich exakter Preisvergleiche festgestellt werden. Die therapeutischen Kategorien, die Beurteilung der Kosten und die pharmakologischen Maßeinheiten differieren. Die vorgelegten Informationen berechtigten zu dem Schluß, daß der Gesamtkonsum von Arzneimitteln weitgehend unabhängig von den Kosten oder der jeweiligen Form der Praxis (privat oder sozialisiert) ist. Im einzelnen Land ist der Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten abhängig von der Dichte der verschreibenden Ärzte in der Bevölkerung.

¹²⁰ Alfred M. Freedman, «Drugs and Society: An Ecological Approach», *Comprehensive Psychiatry* 13. September–Oktober 1972, S. 411–20.

¹²¹ Alvin Moscow, *Merchants of Heroin*, New York: Dial Press, 1968. Bietet Aufschluß über einen Zweig der kommerziellen Unterwelt.

bedingungen des Menschen in beinahe jeder Richtung zu verändern. Penicillin und DDT werden folglich als Hors d'œuvres zu einem chemischen Schlaraffenland begrüßt. Die von jeder der folgenden Wunderspeisen verursachte Krankheit wird mit einer weiteren Gabe Drogen-Manna kuriert. In solchem Überkonsum spiegelt sich eine gesellschaftlich sanktionierte sentimentale Sehnsucht nach dem Fortschritt von gestern.

Mit dem Aspirin brach 1899 die Ära der neuen Drogen an. Vor jener Zeit war der Arzt selbst unbestritten die wichtigste therapeutische Wirkkraft.¹²² Die einzigen Substanzen, die – neben Opium – allgemeine Verwendung fanden und einer Prüfung auf Sicherheit und Wirksamkeit standgehalten hätten, waren der Pockenimpfstoff, das Chinin gegen Malaria und die Brechwurzel (Ipecacuanha) gegen die Ruhr. Nach 1899 stieg ein halbes Jahrhundert lang die Flut neuer Medikamente. Nur wenige davon erwiesen sich als sicherer, wirksamer und billiger als die allbekanntesten, längerprobten therapeutischen Hilfsmittel, deren Zahl viel langsamer zunahm. Als die *US-Food and Drug Administration* sich 1962 anschickte, die 4300 verschreibungspflichtigen Medikamente zu prüfen, die seit dem Zweiten Weltkrieg auf den Markt gebracht worden waren, wurden nur zwei von fünf als wirksam befunden. Viele der neuen Mittel waren gefährlich, und von denen, die den Kriterien der FDA genügten, waren nur wenige nachweislich besser als diejenigen, die sie ersetzen sollten.¹²³ Weniger als 98 Prozent dieser chemischen

¹²² Zur Geschichte der bewußten Ausnutzung des Placebo-Effekts siehe Arthur K. Shapiro, «A Contribution to a History of the Placebo Effect», *Behavioral Science* 5, April 1960, S. 109–35; Gerhard Kienle, *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft. Eine kritische Untersuchung*, Stuttgart: Schattauer, 1974. Die Eignung des Placebo, spezifische Symptome hervorzurufen, selbst wenn es in einem Doppel-Blindversuch verabreicht wird, erörtert Kienle in Kap. 7. Eine Fundgrube internationaler Literatur über die Sicherheit von Arzneimitteln.

¹²³ Siehe die Äußerungen von Henry Simmons, dem Leiter des Food and Drug Administration's Bureau of Drugs, in Nicholas Wade, «Drug Regulation: Food and Drug Administration Replies to Charges by Economists and Industry», *Science* 179, 1973, 775–77.

Substanzen stellen eine wertvolle Bereicherung des in der primären Gesundheitspflege verwendeten Arzneimittelkatalogs dar. Hierzu gehören etliche neue Mittel, etwa die Antibiotika, aber auch ältere Arzneien, deren Wirkungsweise im Lauf des Drogenzeitalters so gut erkundet wurde, daß sie erfolgreich eingesetzt werden können: Beispiele dafür sind Digitalis (Fingerhut), Resperin und Belladonna. Über die tatsächliche Zahl der brauchbaren Medikamente gehen die Meinungen auseinander: manche erfahrene Kliniker glauben, daß weniger als zwei Dutzend Arzneien ausreichen, um 99 Prozent der gesamten Bevölkerung befriedigend zu versorgen; andere meinen, daß bis zu vier Dutzend Artikel den Bedarf von 98 Prozent der Bevölkerung optimal befriedigen.

Die Zeit der großen pharmakologischen Entdeckungen liegt hinter uns. Nach einem Wort des heutigen Leiters der FDA war 1956 der Anfang vom Ende des Drogenzeitalters. Von da an kamen immer weniger wirklich neue Medikamente heraus, und manche, die zeitweilig in Deutschland, England oder Frankreich, wo weniger strenge Normen gelten als in den USA, Aufsehen erregten, waren bald vergessen oder sind in unangenehmer Erinnerung.¹²⁴ Es gibt kaum noch Raum für neue Forschungen. Soweit Neuheiten auf den Markt kommen, handelt es sich entweder um «package deals» – Wirkstoffkombinationen in unterschiedlicher Dosierung – oder medizinische Modeartikel¹²⁵, die von den Ärzten verschrieben werden, weil sie gut eingeführt wurden.¹²⁶ Die Schutzfrist von 17 Jahren, die das Patentrecht echten Neuentwicklungen einräumt, ist für die meisten Artikel abgelaufen. Heute kann jeder sie herstellen,

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ Fuchs, *Who Shall Live?*

¹²⁶ William M. Wardell, «British Usage and American Awareness of Some New Therapeutic Drugs», *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 14, November–Dezember 1973, S. 1022–34. Untersucht werden neue Medikamente, die in England bereits auf dem Markt waren und in der von amerikanischen Ärzten subskribierten Literatur ausführlich diskutiert wurden. Wardell stellt fest, daß der amerikanische Facharzt nichts von der Existenz dieser Mittel weiß, bevor sie in den USA auf den Markt kommen, und daß er daher auf die Information durch den Ärzte-Besucher angewiesen ist.

solange er nicht die ursprünglichen Markennamen verwendet, die als Markenartikel unbefristeten Rechtsschutz genießen. Umfangreiche Forschungen haben bislang keinen Grund zur Annahme erbracht, daß Medikamente, die in den USA unter ihrem chemischen Gattungsbegriff vertrieben werden, weniger wirksam wären als die gleichen Substanzen, die als Markenartikel das Drei- bis Fünffache kosten.¹²⁷

Der Trugschluß, daß die Gesellschaft auf ewig im Drogenzeitalter verharren müsse, ist eines der Dogmen, das die Medizinpolitik überschattet: es paßt dem industrialisierten Menschen ins Konzept.¹²⁸ Er hat nämlich gelernt, zu *kaufen* was immer sich auszu-

¹²⁷ Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., *Bioverfügbarkeit von Arzneistoffen*, Schriftenreihe der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e. V., Bd. 6, Frankfurt am Main: Umschau, 1974. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Gemeinschaftswerbung von ansonsten konkurrierenden Firmen. Im Augenblick liegt der Akzent auf dem Postulat der Überlegenheit von Markenprodukten gegenüber den gleichen, unter chemischem Gattungsnamen vertriebenen Substanzen (z. B. von Bayer-Aspirin gegenüber der chemischen Substanz Aspirin); und zwar unter Berufung auf die «Bioverfügbarkeit», eine höhere und besser kontrollierte biologische Verfügbarkeit des Mittels, sobald es vom Organismus aufgenommen ist. Jedem unvoreingenommenen Beobachter beweist eine zehnjährige Forschung, daß mit der einen Ausnahme eines unter chemischem Namen vertriebenen Chloramphenicol-Präparats (siehe Burack, *A New Handbook of Prescription Drugs*, S. 85) solche unter chemischen Namen im Handel befindlichen Präparate gegenüber den Markenprodukten keineswegs minderwertig sind. Diese Erkenntnis haben sich auch die politischen Gremien der USA zu eigen gemacht. Gleichwohl haben die pharmazeutischen Firmen in den letzten fünf Jahren mehrere hundert «Forschungsarbeiten» pro Jahr über die unterschiedliche «Bioverfügbarkeit» finanziert, wobei sie für jeden Autor im Durchschnitt 6000 \$ an Honoraren, Spesen und Reisekosten zu Fachtagungen aufwandten. Viele dieser Autoren sind Fakultätsleiter bedeutender Universitäten. Aus den meisten dieser Arbeiten ergeben sich keine medizinisch relevanten Unterschiede, doch die Gesamtwirkung dieser Phantomforschung ist eine Irreführung des verschreibenden praktischen Arztes, der häufig ein wegen seiner hohen «Bioverfügbarkeit» empfohlenes Mittel ohne Rücksicht auf den Preis verordnet.

¹²⁸ J.-P. Dupuy und A. Letourmy, *Déterminants et Coûts sociaux de*

denken er mag. Er kommt nicht vorwärts ohne Transport oder Erziehung; seine Umwelt macht es ihm unmöglich, zu laufen, zu lernen und seinen Körper zu beherrschen. Die Einnahme einer Droge – egal welche und aus welchem Grund – ist die letzte Chance, so etwas wie Selbstkontrolle zu behaupten; selbst auf den eigenen Körper einzuwirken, statt ihn anderen auszuliefern. Die pharmazeutische Invasion bietet ihm die Möglichkeit einer – selbst oder von anderen vorgenommenen – Behandlung, die seine Fähigkeit schwächt, mit einem Körper zu leben, für den er noch selbst sorgen könnte.

Diagnostischer Imperialismus

In einer medikalisierten Gesellschaft erstreckt sich der Einfluß der Ärzte nicht nur auf den Geldbeutel und den Arzneischrank, sondern auch auf die sozialen Kategorien, denen die Menschen zugeteilt werden. Die Medizinbürokraten unterteilen die Menschen in solche, die Auto fahren dürfen, die der Arbeit fernbleiben dürfen, die eingesperrt werden müssen, die Soldaten werden sollen; in solche, die in andre Länder fahren, kochen oder die Prostitution ausüben dürfen¹²⁹, solche, die sich nicht um das Amt des Vizepräsidenten der USA bewerben dürfen... und solche, die tot sind¹³⁰, solche, die fähig sind, ein Verbrechen zu begehen, oder die wahrscheinlich

l'innovation en matière de santé, Bericht des OCDE, 1974. Die Autoren stützen diese These. Die Verfeinerung der Kriterien, nach denen der Facharzt die Wirksamkeit seiner spezialisierten Intervention bemißt, garantiert – jenseits einer gewissen Schwelle – das Auftreten von allgemein vorhersagbaren, unbeabsichtigten Nebenwirkungen. Würde nun aber ein Versuch unternommen, diese Nebenwirkungen spezifisch zu diagnostizieren und zu behandeln, dann würde diese weitere ärztliche Intervention nur die Iatrogenese verstärken.

¹²⁹ Zur Registrierung von Prostituierten siehe William W. Sanger, *The History of Prostitution*, New York: American Medical Press, 1858.

¹³⁰ Zur Geschichte der ärztlichen Beurkundung des Todes, siehe U.S. National Office of Vital Statistics, *First Things and Last: The Story of Birth and Death Certificates*, U.S. Public Health Service Publication No. 724, Washington, D. C., 1950.

eines begehen werden. Am 5. November 1766 erließ die Kaiserin Maria Theresia ein Edikt, das vom Hofmedicus verlangte, Delinquenten die körperliche Tauglichkeit für die Folter zu attestieren, um gesunde, d. h. «korrekte» Aussagen zu erhalten; es war eines der ersten Gesetze, die die Pflicht des Arztes begründeten, Gutachten abzugeben. Seither hat das Ausfüllen von Formularen und Ausschreiben von Attesten einen immer größeren Teil der Zeit des Arztes beansprucht.¹³¹ Jedes Attest verleiht dem Besitzer einen Sonderstatus, der sich nicht auf staatsbürgerliches, sondern auf ärztliches Ermessen gründet.¹³² Außerhalb der therapeutischen Situation bewirkt dieser medikalisierte Status zwei bedeutsame Dinge: Erstens, er befreit den Inhaber von der Arbeit, vom Gefängnis, vom Militärdienst oder von ehelicher Bindung; und zweitens, er gibt anderen das Recht, die Freiheit des Inhabers zu beschränken, indem sie ihn in eine Anstalt stecken oder ihm Arbeit verweigern. Außerdem statet die wilde Vermehrung der ärztlichen Gutachten die Schule, den Arbeitsplatz und die Politik offiziell mit neuen therapeutischen Funktionen aus. In einer Gesellschaft, wo die meisten Menschen medizinisch als Abweichende anerkannt sind, wird die Umwelt dieser abweichenden Mehrheiten schließlich einem Krankenhaus gleichen. Allerdings ist es der Gesundheit gewiß nicht förderlich, sein Leben im Krankenhaus zu verbringen.

Ist eine Gesellschaft einmal so organisiert, daß die Medizin Leute

131 Office of Health Economics, *Off Sick*, Januar 1971, S. 17. Schätzungen besagen, daß zwischen 15 und 30 % aller Arztbesuche keinen anderen Zweck haben als die Erlangung eines Attests. In 58 % der Fälle ist der letzte Tag der attestierten Arbeitsunfähigkeit ein Samstag.

132 Das Wuchern von Expertengutachten nach dem Grundsatz, vom Hörensagen Vernommenes auszuschließen, ist natürlich nicht auf die Medizin beschränkt. Es ist ein allgemeines Merkmal der Säkularisation und des Aufstiegs der akademischen Berufe. Im Gericht wie im täglichen Leben schwächt es das Vertrauen in das, was der einfache Mann sieht und hört, und untergräbt damit juristische wie politische Verfahren. Zur Meinung des Autors über die Expropriation von Sprache, Wissenschaft und juristischen Verfahren durch akademische Experten siehe Ivan Illich, *Selbstbegrenzung. Eine politische Kritik der Technik*, Reinbek: Rowohlt, 1975, S. 151-74.

zu Patienten erklären kann, weil sie ungeboren oder Neugeborene sind, weil sie sich in der Menopause oder irgend einem anderen «gefährlichen Alter» befinden, dann verliert die Bevölkerung unweigerlich einen Teil ihrer Autonomie an ihre Heiler. Die Ritualisierung der einzelnen Lebensstadien ist nichts Neues.¹³³ Neu ist allerdings ihre intensive Medikalisierung. Beim Stamm der Azande begleitete der Zauberer oder Schamane – nicht zu verwechseln mit dem böswilligen Hexer – die Gesundung des Stammesmitglieds von Stufe zu Stufe mit dramatischen Zeremonien.¹³⁴ Es war vielleicht ein schmerzhaftes Erlebnis¹³⁵, doch das Ritual war kurz, und es nützte der Gemeinschaft, da es ihr ihre eigenen Regenerationskräfte vor Augen führte.¹³⁶ Lebenslange ärztliche Beaufsichtigung ist etwas anderes. Sie macht das Leben zu einer ununterbrochenen Folge gefährlicher Altersstufen, von denen jede ihre eigene Form der Bevormundung braucht. Von der Wiege bis ins Büro, vom Ferienlager des Club Méditerranée bis ins Leichenschauhaus wird jede Alterskohorte durch ein Milieu konditioniert, das definiert, was für die

133 Franz Boll, «Die Lebensalter: Ein Beitrag zur antiken Ethologie und zur Geschichte der Zahlen», *Neue Jahrbücher für das klassische Altertum, Geschichte und deutsche Literatur*, 16, No. 31, 1913, S. 89-145.

134 Siehe E. E. Evans Pritchard, *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azandé*, New York: Oxford Univ. Press, 1937, zur Unterscheidung zwischen Zauberer und Hexer. Diese Unterscheidung wurde verfeinert und auf die westliche Kultur angewandt von Jeffrey B. Russell, *Witchcraft in the Middle Ages*, Ithaca, N. Y.: Cornell Univ. Press, 1972. Das dämonische Element, das aus der Zauberin eine Ketzlerin macht, wird für gewöhnlich erst in einem Prozeß unterstellt.

135 Victor W. Turner, «Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage», in American Ethnological Society, *Symposium on New Approaches to the Study of Religion: Proceedings, 1964*, Seattle: Univ. of Washington Press, 1965, S. 2-20. Durch die Medikalisierung des Lebens wird das, was in früheren Gesellschaften eine Ausnahme zu sein schien, zur alltäglichen Situation des verwalteten Menschen.

136 Arnold van Gennep, *The Rites of Passage*, London: Routledge, 1960 (franz. Original 1909). Lévy-Strauss' neuere Kritik an dem Autor stellt nicht seine Grundidee in Frage, daß Initiationszeiten die dauernde gesunderhaltungsfunktion der Kultur affirmieren und symbolisieren.

einzelnen Altersgruppen als Gesundheit zu gelten hat. Die hygienische Bürokratie verweist die Eltern aus der Schule und die Minderjährigen aus dem Gericht und jagt die Alten aus dem Haus. Indem Schule, Arbeitsplatz und Wohnung sich in Orte von besonderer Spezifikation verwandeln, werden sie für die meisten Menschen unwirtlich. Das Krankenhaus, diese moderne Kathedrale, überragt eine hieratische Umwelt von Gesundheitsgläubigen. Von Stockholm bis Wichita prägen die hochragenden Kliniktürme der Landschaft die unübersehbare Verheißung einer totalen klinischen Betreuung auf. Für Arme wie Reiche wird das Leben zu einer Pilgerfahrt, deren Kreuzwegstationen – Sprechzimmer und Wartezimmer – zurück zum Ausgangspunkt führen: in die Krankenstation.¹³⁷ Damit reduziert sich das Leben auf eine «Frist», auf ein statistisches Phänomen, das zum Nutzen oder Schaden des Betroffenen institutionell gestaltet und geplant werden muß. Diese Lebensfrist beginnt mit der pränatalen Untersuchung, bei der der Arzt entscheidet, ob und wie der Fötus zur Welt kommen darf, und es endet mit einer Eintragung in die Krankenakte, die den Abbruch der Wiederbelebungsversuche auf der Intensivstation anordnet. Zwischen Geburt und Exitus fügt dieses Paket bio-medizinischer Kontrollen sich bestens in eine urbane Landschaft ein, die wie ein mechanischer Uterus gebaut ist. In jedem Lebensstadium werden die Menschen altersspezifisch entmündigt. Die Alten sind das offenkundige Bei-

137 Zur Literatur über das leise Vordringen der Krankenhäuser in die Freiräume der modernen Stadt siehe Gerald F. Pyle, «The Geography of Health Care», in John Meltin Hunter, *The Geography of Health and Disease*, Studies in Geography No. 6, Chapel Hill, N. C.: Univ. of North Carolina Press, 1974; eine Raumanalyse zum Gebrauch von Gesundheitsplanern. Eine ausführlichere Behandlung der architektonischen Wirkung der Krankenhäuser auf unsere Gesellschaft bietet Roslyn Lindheim, *The Hospitalization of Space*, London: Marion Boyars, 1977. Lindheim zeigt, wie die Reorganisation der räumlichen Strukturen nach den Bedürfnissen des Arztes die nichtmedizinischen gesundheitsfördernden und heilenden Aspekte der sozialen und physischen Umwelt des modernen Menschen verarmen ließ.

spiel: sie sind Opfer von Therapien, die gegen einen unheilbaren Zustand verschrieben werden.¹³⁸

Die meisten Leiden des Menschen sind akute oder gutartige Erkrankungen, die entweder von selbst vorübergehen, oder aber mit ein paar Dutzend Routine-Eingriffen zu kontrollieren sind.¹³⁹ Bei einer ganzen Reihe von Krankheitszuständen nehmen die am seltensten behandelten den besten Verlauf. «Für den Kranken», sagte Hippokrates, «ist das Wenigste das Beste.» Das Beste, was ein kundiger und gewissenhafter Arzt für seinen Patienten tun kann, ist meist, ihm die Gewißheit zu geben, daß er mit seiner Krankheit leben kann, ihn mit der Aussicht auf schließliche Heilung zu ermutigen und ihm schmerzstillendes Morphinum zu geben, wenn er es braucht; für ihn zu tun, was auch die Großmutter getan hätte, und ansonsten auf die Natur zu vertrauen.¹⁴⁰ Die gebräuchlichsten neuen Maßnahmen der Gesundheitspflege sind so einfach, daß auch die letzte Generation von Großmüttern sie längst gelernt hätte, wenn sie nicht durch ärztliche Geheimniskrämerei eingeschüchtert worden wäre. Eine leidliche Pfadfinderausbildung, eine allgemeine

138 Zur Orientierung über die sozialwissenschaftliche Literatur über die Alten und Alternden siehe James E. Birren, Yonina Talmon und Earl F. Cheit, «Aging: 1. Psychological Aspects; 2. Social Aspects; 3. Economic Aspects; *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, No. 1, S. 176–202. Zur Orientierung über die deutsche Literatur siehe Volkmar Boehlau, Hrsg., *Wege zur Erforschung des Alterns*, Wege der Forschung, Bd. 189, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1973, eine Anthropologie. Über das Altern in Frankreich siehe Michel Philibert, *L'Echelle des âges*, Paris: Seuil, 1968.

139 John H. Dingle, «The Ills of Man», *Scientific American* 229, September 1973, S. 77–82. Die Studie, die zu dieser «Folgerung» kommt, ist breit fundiert. Sie unterscheidet vier Betrachtungsweisen des «Leidens»: aus der Perspektive von (1) Menschen, (2) Ärzten, (3) Patienten, (4) Versicherungsstatistikern. Unter allen vier Gesichtspunkten scheint diese Folgerung sich zu bestätigen.

140 Max Neuburger, *Die Lehre von der Heilkraft der Natur im Wandel der Zeiten*. Stuttgart: Enke 1926. Neuere Angaben bei Joseph Schumacher, *Antike Medizin: Die naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischen Antike*, Berlin: De Gruyter, 1963.

Samariterhaltung und die Pflicht, in jedem Auto einen Erste-Hilfe-Koffer mitzuführen, könnten auf der Autobahn mehr Todesfälle verhüten als eine Flotte von Ambulanzhubschraubern. Jene übrigen Eingriffe, die zur primären Versorgung gehören und die sich, obgleich sie die Arbeit des Spezialisten verlangen, im Bevölkerungsmaßstab als effektiv erwiesen haben, könnten noch effektiver eingesetzt werden, wenn ich oder mein Nachbar sich verantwortlich fühlte, zu erkennen, wann sie angezeigt sind, und eine erste Behandlung vorzunehmen. Bei akuter Erkrankung ist eine Behandlung, die so komplex ist, daß sie des Spezialisten bedarf, oft unwirksam; noch öfter ist sie nicht verfügbar oder einfach zu spät zur Stelle. Nach 20 Jahren einer sozialisierten Medizin in England und Wales trifft der Arzt bei Herzinfarkten durchschnittlich vier Stunden nach dem Einsetzen der Symptome ein, und zu diesem Zeitpunkt sind 50 Prozent der Patienten bereits tot.¹⁴¹ Die Tatsache, daß die moderne Medizin spezifische Symptome recht wirksam zu behandeln weiß, bedeutet nicht, daß sie heilsam für die Gesundheit des Patienten wäre.

Mit einigen Einschränkungen gelten die engen Grenzen einer wirksamen medizinischen Behandlung nicht nur für Zustände, die seit langem als Krankheit anerkannt sind – Rheumatismus, Blinddarmentzündung, Herzversagen, Degenerationskrankheiten und die meisten Infektionen –, sondern noch eindeutiger für jene Krankheitsbilder, die erst neuerlich Nachfrage nach ärztlicher Fürsorge geschaffen haben. Das Alter zum Beispiel, das – je nachdem – als zweifelhaftes Privileg oder trauriges Ende, nie jedoch als Krankheit aufgefaßt wurde¹⁴², unterliegt neuerdings den Anordnungen des Arztes. Die Nachfrage nach Altenbetreuung nimmt zu, nicht nur weil mehr alte Menschen am Leben bleiben, sondern auch weil

141 J. F. Partridge und J. S. Geddes, «A Mobile Intensive-Care Unit in the Management of Myocardial Infarction», *Lancet*, 1967, No. 2, S. 271.

142 Simone de Beauvoir, *Das Alter*, Reinbek: Rowohlt Verlag, 1972. Eine monumentale Abhandlung über das Alter im Lauf der Geschichte, aus der Perspektive des modernen Altersprozesses. Siehe auch Jean Amery, *Über das Alter: Revolte und Resignation*, Stuttgart: Klett, 1968. Eine ungewöhnlich sensible moderne Phänomenologie des Alterns.

mehr Menschen den Anspruch erheben, von ihrem Alter kuriert zu werden.

Die maximale Lebensdauer hat sich nicht verändert, wohl aber die durchschnittliche Lebensdauer. Die durchschnittliche Lebenserwartung des Menschen zum Zeitpunkt der Geburt ist gewaltig gestiegen. Heute bleiben sehr viel mehr Kinder am Leben, mögen sie auch noch so kränklich und eines besonderen Pflegemilieus bedürftig sein. Die Lebenserwartung junger Erwachsener steigt in manchen ärmeren Ländern immer noch. In den reichen Ländern aber stagniert die Lebenserwartung der Fünfzehn- bis Vierzigjährigen, weil ebenso viele Menschen an Unfällen¹⁴³ und den neuen Zivilisationskrankheiten sterben, wie vordem der Lungenentzündung und anderen Infektionen zum Opfer fielen. Es gibt relativ mehr alte Menschen, und in zunehmendem Maß sind sie für Krankheiten anfällig, den anderen eine Last und hilflos. Egal wieviel Medizin sie einnehmen, egal wieviel Pflege ihnen gewidmet wird – die Lebenserwartung von 65 Jahren ist während des letzten Jahrhunderts unverändert geblieben. Die Medizin hilft eben wenig gegen die mit dem Alter verbundenen Krankheiten und noch weniger gegen den Vorgang und die Erfahrung des Alterns selbst.¹⁴⁴ Sie ist nicht in der Lage, kardiovaskuläre Krankheiten, die meisten Formen von Krebs, Arthritis, eine fortgeschrittene Zirrhose oder auch nur die einfache Erkältung zu heilen. Sie kann sich erfolgreich preisgeben, wenn sie wenigstens einen Teil der Schmerzen lindert, an denen die Alten leiden. Traurigerweise vermehren die meisten geriatrischen Therapien, die das Eingreifen des Experten erfordern, meist nur die Schmerzen der Alten, sondern verlängern sie noch.¹⁴⁵

143 *World Health Statistics Report* 27, September 1974. Ein internationaler Vergleich von 27 Industriestaaten zeigt, daß 1971 für die Altersgruppe der 15–44jährigen Unfälle die häufigste Todesursache waren (außer in England und Wales). In der Hälfte dieser Länder machen sie mehr als 30 % aller Todesfälle aus.

144 David Jutman, «The Hunger of Old Men», *Trans-Action*, 12. November 1971, S. 55–66.

145 A. N. Exton-Smith, «Terminal Illness in the Aged», *Lancet*, 1961, No. 2, S. 305–8. Schmerz und Leiden sind meist mit Vorgängen verbunden,

Das Alter wurde genau in dem historischen Augenblick medikalisiert, als es aus demographischen Gründen ein allgemeines Phänomen wurde; 28 Prozent der US-amerikanischen Medizinbudgets wurden für jene 10 Prozent der Bevölkerung ausgegeben, die über 65 sind. Diese Minderheit wächst gegenüber dem Rest der Bevölkerung um jährlich 3 Prozent, während die Pro-Kopf-Kosten für ihre medizinische Versorgung um 5 bis 7 Prozent schneller steigen als die allgemeinen Pro-Kopf-Kosten. Während immer mehr Alte das Recht auf ärztliche Fürsorge erwerben, schwinden die Chancen für ein Altwerden in Unabhängigkeit. Viele Alte müssen in Anstalten Zuflucht suchen. Während immer mehr alte Menschen in Behandlung kommen, um unkorrigierbare Schäden korrigieren oder unheilbare Krankheiten heilen zu lassen, wachsen die Ansprüche auf Alten-Fürsorgeleistungen lawinenartig.¹⁴⁶ Wenn eine alte Frau ihr Augenlicht verliert, wird ihr Schicksal erst anerkannt, sobald sie ins «Blinden-Establishment» eintritt – wenn sie Klientin einer der etwa 800 US-Institutionen wird, die sich der Blinden annehmen, besonders der jungen und für das Arbeitsleben rehabilitierbaren.¹⁴⁷ Da sie aber weder jung noch in arbeitsfähigem Alter ist, wird ihr nur ein widerwilliges Willkommen zuteil; gleichzeitig wird es ihr schwerfallen, sich in das «Alten-Establishment» einzugliedern. Sie wird also durch zwei institutionelle Systeme marginal medikalisiert: das

die indirekt zum Tod führen. Obwohl der Einsatz von Antibiotika ansonsten tödliche Komplikationen, wie etwa Bronchopneumonie, abwenden oder verzögern kann, wird die verbleibende Lebensfrist dadurch oft nur unwesentlich verlängert, aber viel schmerzhafter.

146 Rick Carlson, in *The End of Medicine*, New York: Wiley Interscience, 1975, entwickelt diesen ganzen Sachverhalt sehr genau. Siehe auch H. Harmsen, «Die sozialmedizinische Bedeutung der Erhöhung der Lebenserwartung und der Zunahme des Anteils der Bejahrten bis 1980», *Physikalische Medizin und Rehabilitation* 9, No. 5, 1968, S. 119–21.

147 Robert A. Scott, *The Making of Blind Men*, New York: Russell Sage, 1969. Ob einer unter den Blinden akzeptiert ist und sich wie ein Blinder zu benehmen weiß, ist weitgehend unabhängig vom Grad seiner Sehschwäche. Bei den meisten «Blinden» ist es vor allem die Folge ihrer erfolgreichen Klientenbeziehung zu einer Agentur, die sich um die Blinden kümmert.

eine bezweckt, sie als Blinde zu sozialisieren, das andere, ihre Altersschwäche zu medikalisieren.

Da immer mehr alte Menschen von Experten-Dienstleistungen abhängig werden, steckt man immer mehr Menschen in spezialisierte Alten-Anstalten, während die Nachbarschaft für die zu Hause Bleibenden immer unwirtlicher wird.¹⁴⁸ Diese Institutionen sind offenbar die moderne Strategie zur Beseitigung der Alten; diese wurde von den meisten anderen Gesellschaften in ehrlicheren und, man könnte sagen, weniger häßlichen Formen institutionalisiert.¹⁴⁹ Die Sterblichkeitsrate während des ersten Jahres in der Anstalt liegt signifikant höher als bei jenen, die in ihrer gewohnten Umgebung bleiben.¹⁵⁰ Die Trennung von der heimischen Umgebung fördert den Ausbruch gefährlicher Krankheiten und die dadurch bedingte Mortalität.¹⁵¹ Es kommt sogar vor, daß alte Menschen mit der Absicht in die Anstalt gehen, ihr Leben auf diese Weise abzukürzen.¹⁵²

148 Roslyn Lindheim, «Environments for the Elderly: Future-Oriented Design for Living?» 20. Februar 1974, hektogr. Beschreibt das Raumerleben der Alten.

149 Noch immer die wichtigste Quelle zum sozialen Ausschluß der Alten bleibt John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, Stuttgart, Hirschfeld, 1934. Ein Buch, das ich selbst nicht kenne, ist Fritz Paudler, *Die Alten- und Krankentötung als Sitte bei den indogermanischen Völkern*, Heidelberg, 1936. Umfassende Literaturhinweise bei Will-Eich Peuckert, Hrsg., «Altentötung», in *Handwörterbuch der Sage*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1961.

150 A. Jores und H. G. Puchta, «Der Pensionierungstod: Untersuchungen an Hamburger Beamten», *Medizinische Klinik* 54, No. 25, 1959, S. 1158–64.

151 David Bakan, *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*, Boston: Beacon Press, 1971. Zu diesen Krankheiten gehören Asthma, Krebs, hyperämisches Herzversagen, Diabetes mellitus, Lupus disseminatus, funktionale Uterusblutung, Raynaudsche Krankheit, rheumatische Arthritis, Thyreotoxikosis, Tuberkulose und Kolitis ulcerosa. Literatur zu jeder dieser Krankheiten, siehe *ibid*.

152 Elisabeth Markson, «A Hiding Place To Die», *Trans-Action*, 12. November 1972, S. 48–54. Ein sehr einfühlsamer Bericht. Siehe auch Jutman, «The Hunger of Old Men». Die Alten haben sich stets gefügt, indem sie auf Verlangen starben: David Lester, «Voodoo Death: Some New

Abhängigkeit ist immer schmerzlich, und erst recht für die Alten. Privileg oder Armut des früheren Lebens erfahren im modernen Phänomen des Alters eine Steigerung: Nur die sehr Reichen und sehr Unabhängigen können sich entscheiden, jener Medikalisierung ihres Endes zu entgehen, der die Armen sich fügen müssen und die um so intensiver und umfassender wird, je reicher die Gesellschaft ist, in der sie leben.¹⁵³ Die Verwandlung des Alters in einen Zustand, der professioneller Betreuung bedarf, bringt die Alten in die Rolle einer Minderheit, die auf jeder relativen Ebene der öffentlich finanzierten Privilegien schmerzliche Entbehrung zu leiden meint. Schwache Alte, die manchmal unglücklich und durch Vernachlässigung bitter enttäuscht sind, werden so zu amtlich bestätigten Mitgliedern der trostlosesten Konsumentengruppe gemacht – nämlich der Alten, die darauf programmiert sind, nie genug zu bekom-

Thoughts on an Old Phenomenon», *American Anthropologist* 74, Juni 1972, S. 386–90; Walter B. Cannon, «Voodoo Death», *American Anthropologist* 44, April–Juni 1942, S. 169–81. Es gab immer Mittel und Wege, sie zum Selbstmord zu treiben: J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen: Thieme, 1933.

Margaret Blenkner u. a., «Protective Services for Older People». Findings from the Benjamin Rose Institute Study, Final Report, Cleveland, Rose Institute, 1974. Die professionelle Betreuung zu Hause, auch wenn sie in Idee und Praxis die «beste» Form der Sozialarbeit darstellt, beschleunigt ebenfalls meist den Verfall und Tod der Alten, sobald sie über einfache Hausarbeiten, Müllbeseitigung und Instandhaltung der Wohnung hinausgeht. Zwei Jahre nach Beginn des intensiven Pflegeprogramms in der eigenen Wohnung waren 39 % der Betreuten gestorben, verglichen mit nur 25 % aus der zufallsermittelten Kontrollgruppe.

153 Peter Townsend, *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales*, London: Routledge, 1962. Ergänzt frühere Arbeiten desselben Autors. Untersucht die Anpassung an die – nach der British National Assistance Act von 1948 vorgesehene – Heimunterbringung und weist auf die mangelnde Gerechtigkeit der Behandlung hin. Anne-Marie Guillemard, *La Retraite, une mort sociale: Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris: Mouton, 1972. Eine sozio-ökonomische Studie, die zeigt, daß die Klassendiskriminierung französische Rentner stark trifft.

men.¹⁵⁴ Was die medizinische Etikettierung mit dem Ende des Lebens angestellt hat, das fügt sie auch seinem Anfang zu. Ähnlich wie zuerst das hohe Alter, dann auch die Zeit der Pensionierung und des Klimakteriums unter die Verfügungsgewalt des Arztes gerieten, so griff seine Autorität auch vom Kreißsaal – einer Errungenschaft der vorigen Jahrhundertmitte – aufs Kinderzimmer, den Kindergarten und das Klassenzimmer über, um Kindheit, Jugend und Pubertät zu medikalisieren. Während es aber durchaus akzeptabel geworden ist, für eine Begrenzung der weiteren Eskalation teurer Altenfürsorge einzutreten, scheint die Beschränkung der sogenannten medizinischen Investitionen in die Kindheit noch immer als Thema tabu zu sein. Eltern in einer Industriegesellschaft sind gezwungen, Arbeitskräfte-Nachschub für eine Welt zu zeugen, zu der niemand mehr Zutritt erhält, der nicht durch eine 16jährige Ausbildung gebrochen und geformt ist; ohnmächtig geben sie es auf, persönlich für ihre Kinder zu sorgen, und in ihrer Verzweiflung berieseln sie sie mit Medizin.¹⁵⁵ Vorschläge wie etwa, den Medizin-Output in den USA von seinem gegenwärtigen Stand – 100 Milliarden Dollar – auf den Stand von 1950 – 10 Milliarden Dollar – zu reduzieren oder die medizinischen Fakultäten in Kolumbien zu schließen, werden nie ernsthaft diskutiert, weil diejenigen, die sie vorbringen, gleich als herzlose Befürworter des Kindermordes oder einer Massenvernichtung der Armen bezichtigt werden. Der beinahe technische Gesichtspunkt, der die Erzeugung von ökonomisch produktiven Erwachsenen beherrscht, führt dazu, daß der Tod während der Kindheit als Skandal und Invalidität durch ein früh ausbrechendes Lei-

154 A. Eardley und J. Wakefield, *What Patients Think About the Christie Hospital*, University Hospital of South Manchester, 1974. Die Ansprüche, die die Leute in einem gewissen Alter über 70 stellen, werden von Jahr zu Jahr spezifischer und kostspieliger.

155 Das «Baby» ist eine recht spät entwickelte soziale Kategorie: die erste Stufe der Entwicklung des Menschen zum Konsumenten. Über die allmähliche Verwandlung des Säuglings in ein Baby und die Unterstützung dieses Prozesses durch die Medizin siehe Luc Boltanski, «Prime education et morale de classe», *Cahiers du Centre de sociologie européenne*, Den Haag/Paris: Mouton, 1969.

den als öffentlicher Mißstand betrachtet werden, daß unkorrigierte Geburtsfehler ein unerträglicher Anblick sind und die Möglichkeit einer eugenischen Geburtenkontrolle das Lieblingsthema internationaler Ärztekongresse in den 70er Jahren ist.

Was die Kindersterblichkeit betrifft, so ist sie tatsächlich zurückgegangen. In den entwickelten Ländern ist die Lebenserwartung von 35 Jahren im 18. Jahrhundert auf gegenwärtig 70 Jahre gestiegen. Dies erklärt sich hauptsächlich aus dem Rückgang der Kindersterblichkeit in diesen Ländern; in England und Wales z. B. ging die Zahl der Todesfälle von Kindern pro 1000 Lebendgeburten von 154 im Jahr 1840 auf 22 im Jahr 1960 zurück. Aber es wäre völlig falsch, wollte man meinen, daß mehr als eines dieser «geretteten» Leben einem therapeutischen Eingriff zu verdanken sei, der so etwas wie eine ärztliche Ausbildung voraussetzt, und es wäre eine Täuschung, wollte man für die Kindersterblichkeit in armen Ländern, die mitunter zehnmal höher liegt als in den USA, einen Mangel an Ärzten verantwortlich machen. Nahrung, Antisepsis, Umwelttechnik und vor allem die neuerdings weit verbreitete moralische Wertung, die den Tod eines Kindes verurteilt¹⁵⁶, wie krank oder mißgebildet es auch sein mag, sind wesentlich bedeutsamere Faktoren und stellen Veränderungen dar, die nur entfernt etwas mit medizinischer Intervention zu tun haben. Während die USA hinsichtlich der Gesamtkindersterblichkeit unter den Nationen an 17. Stelle rangieren, liegt die Kindersterblichkeit bei den armen Schichten viel höher als bei den besser gestellten Einkommensgruppen. In New York City ist

¹⁵⁶ Die Kindheitskultur – als spezifisches Merkmal einer Altersgruppe, die sich von Erwachsenen und Kleinkindern unterscheidet – ist, wie die «Baby»-Kultur, sozialen Ursprungs. Siehe Philippe Ariès, *Geschichte der Kindheit*, München: Hanser, 1975, besonders über den zwischen 17. und 19. Jahrhundert eingetretenen, tiefgreifenden Wandel der Einstellung zum Tod eines Kindes. Suse Barth, *Lebensalter-Darstellungen im 19. und 20. Jahrhundert. Ikonographische Studie*. Inauguraldissertation, Ludwig-Maximilian-Universität, München, 1971. Akademischer Photodruck, Bamberg. Die Ikonographie des «Kindes» im 19. und 20. Jahrhundert. Nur in dieser Geschichtsperiode werden die «Lebensalter des Menschen» durch die Symbole einer Klasse, nämlich der Bourgeoisie, bezeichnet und als «psychologische Probleme» aufgefaßt.



Macht unsre Bücher billiger! ...

... forderte Tucholsky einst, 1932, in einem «Avis an meinen Verleger». Die Forderung ist inzwischen eingelöst.

Man spart viel Geld beim Kauf von Taschenbüchern. Und wird das Eingesparte gut gespart, dann zahlt die Bank oder Sparkasse den weiteren Bucherwerb: Für die Jahreszinsen eines einzigen 100-Mark-Pfandbriefs kann man sich zwei Taschenbücher kaufen.

Pfandbrief und Kommunalobligation

Meistgekauft deutsche Wertpapiere - hoher Zinsertrag - schon ab 100 DM bei allen Banken und Sparkassen



die Kindersterblichkeit unter der schwarzen Bevölkerung doppelt so hoch wie beim Bevölkerungsdurchschnitt und wahrscheinlich höher als in vielen unterentwickelten Regionen wie Thailand oder Jamaika.¹⁵⁷ Die Behauptung, es seien mehr Ärzte nötig, um Kinder vor dem Tod zu bewahren, läßt sich also als Strategie begreifen, eine Angleichung der Einkommen zu verhindern und zugleich mehr Arbeitsplätze für Experten zu schaffen. Ebenso verwegen wäre es, wollte man behaupten, daß jene allgemeinen Umweltveränderungen, die allerdings in einer kausalen Beziehung zum Vorhandensein von Ärzten stehen, tatsächlich eine positive Gesundheitsbilanz darstellten. Wohl trieben Ärzte als Pioniere die Antisepsis, die Immunisierung und die Verbesserung der Nahrung voran, aber sie waren ebenso daran beteiligt, den Säugling auf Flaschenkost zu setzen und ihn damit zum modernen *Baby* zu machen – was der Industrie arbeitsfähige Mütter liefert, die zudem Kunden für chemische Fabriknahrung sind.

Der Schaden, den diese Umstellung den durch die Muttermilch begünstigten natürlichen Immunisierungsmechanismen des Kindes zufügt, und der durch die Flaschenfütterung erzeugte physische und emotionale Stress überwiegen möglicherweise sogar die Vorteile, die spezifische Impfungen der Bevölkerung bieten.¹⁵⁸ Noch bedenklicher ist der Anteil der Flasche an der drohenden Gefahr eines weltweiten Proteinmangels. Noch 1960 z. B. gaben 96 Prozent der chilenischen Mütter ihren Kindern bis zum ersten Geburtstag und darüber hinaus die Brust. Dann wurden die chilenischen Frauen ein Jahrzehnt lang von rechten Christdemokraten und verschiedenen

¹⁵⁷ John Bryant, M. D., *Health and the Developing World*, Ithaca, N. Y.: Corbell Univ. Press, 1969.

¹⁵⁸ Zur relativ höheren Resistenz brustgestillter Säuglinge gegen Malaria, Infektions- und Mangelkrankheiten, siehe «Milk and Malaria», *British Medical Journal*, 1952, No. 2, 1405, und 1953, No. 2, S. 1210. O. Mellander und B. Vahlquist, «Breast Feeding and Artificial Feeding», *Acta Paediatrica* 2, Suppl., 1958, S. 101. Einen Überblick über die Literatur bietet das Editorial «Breast Feeding and Polio Susceptibility», *Nutrition Review*, Mai 1965, S. 131–33. Leonardo J. Mata und Richard Wyatt, «Host Resistance to Infection», *American Journal of Clinical Nutrition* 24, August 1971, S. 976–86.

Linksparteien intensiv politisch bearbeitet. 1970 stillten nur noch 6 Prozent der Frauen länger als ein Jahr, und 80 Prozent hatten ihr Kind vor Ablauf des zweiten Lebensmonats entwöhnt. Die potentielle menschliche Muttermilch bleibt also zu 84 Prozent unproduziert. Um diesen Verlust – wenn überhaupt möglich – auszugleichen, müßten zusätzlich 32 000 Kühe auf den überlasteten Weiden Chiles Platz finden.¹⁵⁹ Als die Flasche ein Statussymbol wurde, breiteten sich unter den Kindern, denen die Brust verweigert wurde, neue Krankheiten aus; und da kein traditionelles Wissen mehr die Mütter lehrt, wie man mit Babies umgeht, die sich nicht mehr wie Säuglinge verhalten, wurden diese Babies neue Konsumenten von ärztlicher Fürsorge und den damit verbundenen Gefahren.¹⁶⁰ Das Gesamtmaß physischer Schäden, bedingt durch diesen Ersatz der Muttermilch durch kommerzielle Babynahrung, läßt sich nur schwer gegen den Nutzen abwägen, der sich aus therapeutischen Eingriffen bei Kinderkrankheiten und aus der chirurgischen Korrektur von Geburtsfehlern – von der Hasenscharte bis zu Herzdefekten – ergibt.

Man könnte natürlich behaupten, daß die medizinische Klassifikation der Altersgruppen nach ihrem jeweils diagnostizierten Bedarf an Gesundheitswaren an und für sich nicht Krankheit erzeugt, sondern lediglich den gesundheitsschädigenden Niedergang der Familie als eines schützenden Kokons, der Nachbarschaft als eines Netzes von Geschenkbeziehungen und der Umwelt als Behausung einer lokalen Subsistenzgemeinschaft reflektiert. Es trifft

¹⁵⁹ Ausführlichere Angaben zur Bedeutung der Flasche für die Welt-Ernährungssituation, siehe Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D.C.: Brookings Institution, 1973. Ein Kind, das die ersten zwei Lebensjahre gestillt wird, erhält das Nähr-Äquivalent von ca. 500 Litern Kuhmilch – und diese kostet den Gesamtwert des jährlichen Durchschnittseinkommens eines Indianers.

¹⁶⁰ In den zwei Formen der Fehlernährung von Säuglingen spiegelt sich die Struktur der weltweiten Fehlernährung: Der Wechsel von der Brust zur Flasche eröffnet chilenischen Babies ein Leben endemischer Unterernährung; für britische Babies ist er der Auftakt zu einem Leben krankhafter, suchtartiger Überernährung: siehe R. K. Oates, «Infant Feeding Practices», *British Medical Journal*, 1973, No. 2, S. 762–64.

zweifellos zu, daß in der medikalisierten Auffassung von Gesundheit eine Realität zum Ausdruck kommt, die durch die Organisation einer kapitalintensiven Produktion bestimmt ist, und daß sie eine das Heim, die Nachbarschaft und das soziale Milieu zerstörende Gesellschaftsstruktur widerspiegelt, die einer Welt von Kernfamilien, Wohlfahrtsinstitutionen und Umweltschäden entspricht. Doch die Medizin spiegelt nicht einfach die Realität; sie verstärkt und reproduziert jenen Prozeß, der die sozialen Kokons zerstört, in denen der Mensch sich entwickelt hat. Die medizinische Klassifizierung rechtfertigt den imperialistischen Triumph von Standardwaren wie Babynahrung über die Muttermilch und von Altersheimen über die häusliche Ofenbank. Indem der Medizinbetrieb aber das Neugeborene so lange als hospitalisierten Patienten behandelt, bis ihm offiziell Gesundheit attestiert ist, und indem er Großmutterns Klagen als Bedürfnis nach Therapie statt nach geduldigem Respekt definiert, legitimiert er nicht nur in biologischen Formeln die Konsumentenhaltung des modernen Menschen, sondern erzeugt auch neue Zwänge, die die Eskalation der Megamaschine beschleunigen.¹⁶¹ Die genetische Selektion der für diese Maschine Tauglichen ist dann der logische nächste Schritt der medico-sozialen Kontrolle.

Präventives Stigma

Während der Arzt es zunehmend mit Zuständen zu tun hat, bei denen die Behandlung unwirksam, teuer und qualvoll ist, beginnt die Medizin die Prävention zu vermarkten. Der Begriff «Morbidity» wird dahingehend erweitert, daß er auch die Risiken der Prognose deckt. Zusammen mit der Krankenfürsorge ist auch die Gesundheitsvorsorge eine Ware geworden – etwas, wofür man bezahlt, statt daß man es selber täte. Je höher das Gehalt, das die Firma bezahlt, je höher der Rang eines Apparatschik, desto mehr Geld wird ausgegeben, um das wertvolle Rädchen im Getriebe gut zu schmieren.

¹⁶¹ Über das Leben als dauerndes Training fürs Überleben in der Megamaschine siehe Lewis Mumford, *The Pentagon of Power: The Myth of the Machine*, Bd. 2, New York: Harcourt Brace, 1970.

ren. Die Instandhaltungskosten für hochkapitalisierte Arbeitskraft sind der neue Statusmaßstab für jene auf den oberen Sprossen der gesellschaftlichen Rangleiter. Die Leute halten Schritt mit den Meiers, indem sie deren «check-ups» auch für sich begehren – ein amerikanisches Wort, das bereits in den französischen, serbischen, spanischen, malaiischen, ungarischen und auch deutschen Wortschatz eingegangen ist. Die Menschen werden zu Patienten gemacht, ohne krank zu sein. So ist die Medikalisierung der Prävention ein weiteres Symptom der sozialen Iatrogenesis. Sie führt dahin, daß die persönliche Verantwortung für die eigene Zukunft zur Verwaltung durch irgendeine Institution gerät.

Die Risiken einer Routine-Diagnose werden noch weniger gefürchtet als die Risiken einer Routine-Behandlung, obgleich die durch die medizinische Klassifikation zugefügten sozialen, physischen und psychologischen Schäden nicht minder eindeutig bewiesen sind. Die vom Arzt und seinen Helfern erstellten Diagnosen können die temporäre oder permanente Rolle des Patienten definieren. In jedem Fall fügen sie dem biophysikalischen Zustand einen sozialen Status hinzu, der sich auf ein vorgeblich autoritatives Urteil stützt.¹⁶² Wenn der Veterinär die Krankheit einer Kuh diagnostiziert, beeinflusst dies mitnichten das Verhalten der Patientin. Wenn der Arzt einen Menschen diagnostiziert, tut es dies wohl.¹⁶³ Wenn der Arzt als Heiler fungiert, überträgt er dem als krank anerkannten Individuum gewisse Rechte, Pflichten und Entschuldigungen, die eine bedingte, zeitweilige Legitimität haben und erlöschen, sobald der Patient geheilt ist; die meisten Krankheiten hinterlassen auf dem Ansehen des Patienten keinen Makel abweichenden oder ungebührlichen Verhaltens. Niemand kümmert sich um Ex-Allergiker oder Ex-Blinddarmpatienten, genau wie niemand sein Leben lang als Ex-Verkehrssünder herumläuft. In anderen Fällen handelt der Arzt

¹⁶² Tomas J. Scheff, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Chicago: Aldine, 1966. Obwohl Scheff hauptsächlich psychiatrische Fragen behandelt, betont er den analytischen Unterschied zwischen psychischer Krankheit, die Bestandteil des sozialen Systems ist, und dem entsprechenden Verhalten.

¹⁶³ Freidson, *Profession of Medicine*, S. 223.

jedoch primär als Versicherungsstatistiker, und seine Diagnose kann den Patienten und mitunter noch dessen Kinder ein Leben lang diffamieren. Indem er die Identität eines Menschen mit einem irreversiblen Makel belegt, brandmarkt er ihn für immer mit einem permanenten Stigma.¹⁶⁴ Der objektive Zustand ist vielleicht längst beseitigt, aber das iatrogene Etikett bleibt haften. Ehemalige psychiatrische Patienten, Männer nach dem ersten Herzinfarkt, ehemalige Alkoholiker, Leute mit Sichelzellen-Anämie und (bis vor kurzem) ehemals Tuberkulöse werden – wie entlassene Sträflinge – für den Rest des Lebens zu Außenseitern gemacht. Schon die Verdachtsäußerung des Experten genügt, um die Stigmatisierung zu legitimieren, selbst wenn der vermutete Zustand nie existierte. Das medizinische Etikett bewahrt den Patienten vielleicht vor Bestrafung, nur um ihn endloser Umerziehung, Therapie und Diskriminierung auszusetzen, die zu seinem, von den Experten ihm zudiktierten Wohl über ihn verhängt werden.¹⁶⁵

Früher etikettierte die Medizin die Menschen auf zweierlei Weise: jene, bei denen eine Heilung versucht werden konnte, und jene, die nicht mehr herzustellen waren, wie etwa Leprakranke, Krüppel, wunderliche Käuze und Sterbende. So oder so konnte die Diagnose zur Stigmatisierung führen. Die medikalisierte Prävention begründet nun eine dritte Form der Etikettierung. Sie macht den Arzt zum offiziell bestellten Magier, dessen Prophezeiungen selbst jene

¹⁶⁴ Erving Goffman, *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1974. Siehe auch Richard Sennett, «Two on the Aisle», *New York Review of Books*, 1. November 1973, der darauf hinweist, daß es für Goffman in erster Linie um die Beschreibung des durch das Leben in einer modernen Stadt hervorgerufenen Bewußtseins geht. Das moderne Leben stigmatisiert unvermeidlich; über die derart wirkenden Mechanismen siehe H. P. Dreitzel, *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens*, Stuttgart: Enke, 1972.

¹⁶⁵ Wilhelm Aubert und Sheldon Messinger, «The Criminal and the Sick», *Inquiry* 1, 1958, S. 137–60. Erörtert die verschiedenen Formen, die soziale Kontrolle annehmen kann, je nachdem, wie das Stigma sich auf die moralische Identität auswirkt.

treffen, denen die medizinischen Zaubetränke nichts anhaben konnten.¹⁶⁶ Die ärztliche Diagnose kann einem mit «schlechten» Genen behafteten menschlichen Wesen die Geburt verwehren, einem anderen den beruflichen Aufstieg und einem dritten die Beteiligung am politischen Leben verweigern. Die Schnüffelei nach Gesundheitsrisiken führt zu polizeimäßigen Kontrollnetzen, um jene zu erfassen, die besonderen Schutzes bedürfen: pränatale Untersuchungen; Mütterschulung in Säuglingspflege; Reihenuntersuchungen in Schulen und Ferienlagern und andere medizinische Pflichtübungen.¹⁶⁷ Genetische Kontrollen und Blutdruck«beratung» kamen jüngst hinzu. Stolz eilten die USA der Welt voraus, als es galt, Treibjagd auf die Krankheit zu machen – und später deren Nutzen in Frage zu stellen.¹⁶⁸

Im letzten Jahrzehnt wurde die Technik der automatischen Multiphasen-Gesundheitstests praktikabel und allgemein als Rolltreppe des Kleinen Mannes in die Welt der Mayo-Kliniken und Diagnosezentren begrüßt. Dieses Fließbandverfahren komplexer chemischer und medizinischer Untersuchungen kann durch paraprofessionelle Techniker bei überraschend geringen Kosten durchgeführt werden.

166 Fred Davis, *Passage Through Crisis: Polio Victims and Their Families*, Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1963. Den transitorischen Charakter der Krise setzt Davis nicht nur mit der Schwere der Erkrankung, sondern auch mit der sozialen Schicht des Erkrankten in Beziehung. Die Armen werden viel eher als «dauernd invalide» diagnostiziert als die Reichen.

167 C. M. Wylie, «Participation in a Multiple Screening Clinic with Five-Year Follow-up», *Public Health Reports* 76, Juli 1961, S. 596–602. Der Bericht zeigt enttäuschende Resultate.

168 G. S. Siegel, «The Uselessness of Periodic Examination», *Archives of Environmental Health* 13, September 1966, S. 292–95. «Die periodische Untersuchung von Erwachsenen, wie ursprünglich geplant und heute praktiziert, ist nach fünfzig Jahren lautstarker Förderung in den USA immer noch ein Verfahren von unbewiesenem wissenschaftlichen Wert. Es gibt keine schlüssigen Beweise dafür, daß eine Bevölkerung, die solche Betreuung genießt, deshalb länger, besser, gesünder oder glücklicher lebt, noch gibt es Beweise für das Gegenteil.» Heinrich Schipperges, «Ärztliche Bemühungen um die Gesunderhaltung seit der Antike», in: *Heidelberger Jahrbücher*, No. 7, 1963, S. 121–136. Eine Geschichte der medikalisierten Gesundheitserhaltung seit der Antike.

Angeblich bietet das Abermillionen Menschen eine differenziertere Feststellung verborgener therapeutischer Bedürfnisse, als sie noch in den 60er Jahren selbst für die gesellschaftlich «wertvollsten» Macht- und Funktionsträger in Houston oder Moskau möglich war. Zu Beginn dieser allgemeinen Test-Manie gestattete der Mangel an wissenschaftlichen Kontrollstudien es den Verkäufern der massenproduzierten Prävention, unbegründete Erwartungen zu nähren. (In jüngster Zeit liegen vergleichende Kontrollstudien an Bevölkerungsgruppen vor, die in den Genuß von Dauerbetreuung und Frühdiagnose kamen; zwei Dutzend solcher Studien zeigen, daß diese diagnostischen Verfahren – selbst wenn modernste medizinische Therapien folgen – keinerlei positive Wirkung auf die Lebenserwartung haben.¹⁶⁹ Traurigerweise sind die schweren asymptomatischen Störungen, die solche Prüfverfahren bei Erwachsenen einzig aufzudecken vermögen, meist unheilbare Krankheiten, bei denen die Frühbehandlung lediglich den physischen Zustand des Patienten verschlechtert. Auf jeden Fall werden dadurch Menschen, die sich noch gesund fühlen, zu Patienten, die vor dem Rat-schluß des allmächtigen Experten zittern.

Mit der Feststellung von Krankheit tut die Medizin zweierlei: sie «entdeckt» neue Störungen, und sie schreibt diese Störungen konkreten Individuen zu. Eine neue Krankheitskategorie zu entdecken, ist der Stolz des wissenschaftlichen Mediziners.¹⁷⁰ Deren Pathologie irgendeinem Fritz, Kurt oder Hans zuschreiben – das ist das erste, was der Arzt als wohlbestallter Experte tut.¹⁷¹ Da er gelernt hat, «irgend etwas zu tun» und Anteilnahme zu bekunden, kommt er

169 Paul D. Clote, «Automated Multiphasic Health Testing: An Evaluation», freie Untersuchung zusammen mit John McKnight, Northwestern University, 1963; abgedruckt in *Antologia A8*, Guernavaca: CI-DOC, 1974. Rezensiert die vorliegende Literatur.

170 J. Schwartz und G. L. Baum, «The History of Histoplasmosis», *New England Journal of Medicine* 256, 1957, S. 253–58. Beschreibt die kostspielige Entdeckung einer unheilbaren «Krankheit», die den Betroffenen weder beeinträchtigt noch tötet und überall dort endemisch zu sein scheint, wo Menschen mit Hühnern, Rindern, Katzen oder Hunden in Berührung kommen.

171 Freidson, *Profession of Medicine*, S. 73 ff., trifft diese hier von mir

sich aktiv, nützlich und erfolgreich vor, wenn er eine Krankheit diagnostizieren kann.¹⁷² Theoretisch betrachtet, unterstellt der Arzt bei der ersten Begegnung zwar nicht, daß sein Patient an einer Krankheit leidet, doch nach einem gewissermaßen unfehlbaren Prinzip handelt er in der Regel so, als sei es besser, eine Krankheit anzunehmen, als sie auszuschließen. Die Kunstregel der ärztlichen Entscheidung zwingt ihn, sicherheitshalber lieber Krankheit als Gesundheit zu diagnostizieren.¹⁷³ Der klassische Nachweis dieser Voreingenommenheit erfolgte in einem 1934 durchgeführten Experiment.¹⁷⁴ Bei einer Reihenuntersuchung, die 1000 Kinder aus öffentlichen Schulen New Yorks einbezog, wurde festgestellt, daß bei 61 Prozent von ihnen bereits die Mandeln entfernt worden waren. «Die restlichen 39 Prozent wurden durch eine Gruppe von Ärzten untersucht, die 45 Prozent dieser Kinder zur Tonsillektomie (Entfernen der Mandeln) vorschlugen und den Rest ohne Befund nach Hause schickten. Letztere Kinder wurden durch eine andere Gruppe von Ärzten nachuntersucht, und diese ordneten bei 46 Prozent der nach der ersten Untersuchung übriggebliebenen Kinder Tonsillektomie an. Als die bei dieser zweiten Untersuchung ohne Befund heimgeschickten Kinder ein drittes Mal – wieder von anderen Ärzten – untersucht wurden, empfahlen diese abermals bei einem ähnlichen Prozentsatz eine Tonsillektomie, so daß nach drei Untersuchungsgängen nur noch 65 von 1000 Kindern übrigblieben, bei denen die Ärzte nicht das Entfernen der Mandeln angeordnet hatten. Diese Versuchspersonen wurden kein weiteres Mal untersucht, da keine gutachtenden Ärzte mehr zur Verfügung standen.»¹⁷⁵ Das

übernommene Unterscheidung. Als akademischer Experte braucht der wissenschaftliche Mediziner nur auf das Urteil seiner Kollegen zu achten und ob sie seine «Erfindung» einer neuen Krankheit akzeptieren. Als beratende Experte ist der praktizierende Arzt darauf angewiesen, daß ein gebildetes Publikum sein ausschließliches Recht der Diagnose akzeptiert.

172 Parsons, *The Social System*, S. 466 ff. Der Autor trifft diese Feststellung in seinem Kommentar zu Pareto.

173 Thomas J. Scheff, «Decision Rules, Types of Error, and Their Consequences in Medical Diagnosis», *Behavioral Science* 8, 1963, S. 97–107.

174 American Child Health Association, *Physical Defects: The Pathway to Correction*, New York, 1934, Kap. 8, S. 80–96.

Experiment fand an einer kostenfreien Klinik statt, so daß das Vorurteil der Ärzte nicht aus finanziellen Erwägungen zu erklären war.

Neben dem diagnostischen Vorurteil, das im Zweifelsfall immer Krankheit attestiert, fällt der häufige diagnostische Irrtum ins Gewicht. Nicht nur ordnet die Medizin mit inquisitorischem Eifer alle Menschen in ihre fragwürdigen Kategorien ein: sie tut dies auch mit einer Häufigkeit von Fehlurteilen, die z. B. die Justiz sich nicht leisten dürfte. So etwa wurde durch Autopsie nachgewiesen, daß mehr als die Hälfte der Todesfälle, bei denen in einem britischen Krankenhaus spezifisches Herzversagen diagnostiziert wurde, tatsächlich durch andere Ursachen bedingt war. In einem anderen Fall wurden eine Reihe von Thorax-Röntgenbildern mehrmals der gleichen Gruppe von Fachärzten vorgelegt, und diese gaben in 20 Prozent aller Fälle unterschiedliche Urteile ab. Dem Dr. Meier erzählen die Patienten bis zu dreimal öfter als dem Dr. Huber, daß sie Husten und schleimigen Auswurf haben oder an Magenkrämpfen leiden. Einfache klinische Tests zeigen bis zu 25 Prozent divergierende Ergebnisse, wenn das gleiche Material in verschiedenen Labors untersucht wird.¹⁷⁶ Maschinen sind nicht weniger fehlbar. Bei einem Vergleich zwischen Diagnose-Automaten und menschlichen Diagnostikern – es ging um 80 Fälle, bei denen eine Operation des Hüftgelenks empfohlen wurde – erbrachte die pathologische Untersuchung folgendes Ergebnis: Mensch *und* Automat urteilten in 22 Fällen richtig; in 37 Fällen wies der Computer die Fehldiagnose

175 Harry Bakwin, «Pseudodoxia Pediatrica», *New England Journal of Medicine* 232, 1945, S. 691–97.

176 Wegen weiterer bibliographischer Hinweise siehe L. H. Garland, «Studies on the Accuracy of Diagnostic Procedures», *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine* 82, Juli 1959, S. 25–38. Siehe auch A. L. Cochrane und L. H. Garland, «Observer Error in the Interpretation of Chest Films: An International Comparison», *Lancet* 263, 1952, S. 505–9. Stellt fest, daß amerikanische Diagnostiker einen stärkeren Hang zu positiven Befunden haben als ihre britischen Kollegen. A. L. Cochrane, P. J. Chapman und P. D. Oldham, «Observers' Errors in Taking Medical Histories», *Lancet* 260, 1951, S. 1007–9.

des Arztes korrekt zurück; in 11 Fällen wiesen die Ärzte dem Computer einen Irrtum nach; und in 10 Fällen irrten beide.¹⁷⁷

Neben diagnostischen Vorurteilen und Irrtümern gibt es eine Vielzahl willkürlicher Aggressionen.¹⁷⁸ Die Einführung eines Herzkatheters durch die Armvene, die der Feststellung dient, ob der Patient an Kardiomyopathie leidet – zugegeben, kein Routineverfahren –, kostet in den USA 350 Dollar: und einen unter 50 Patienten das Leben. Doch es gibt keinerlei Beweise dafür, daß eine Differentialdiagnose anhand der damit erzielten Befunde die Lebenserwartung des Patienten oder sein Wohlergehen bessert.¹⁷⁹ Die meisten Tests sind weniger lebensgefährlich und werden häufiger vorgenommen, und doch bedingen viele von ihnen bekanntlich Risiken für den einzelnen oder seine Nachkommen – und diese Risiken sind so hoch, daß sie jeden möglichen Informationswert der

177 Osler Peterson, Ernest M. Barsamian und Murray Eden, «A Study of Diagnostic Performance: A Preliminary Report», *Journal of Medical Education* 41, August 1966, S. 797–803.

178 Maurice Pappworth, *Human Guinea Pigs: Experimentation on Man*, Boston: Beacon Press, 1968. 1967 veröffentlichte Dr. Pappworth einen Bericht über experimentelle Diagnoseverfahren, die mit einem hohen Risiko permanenter Schädigung oder Todesfolge verbunden waren; diese Verfahren wurden damals in den angesehensten medizinischen Zeitschriften diskutiert und häufig an Nicht-Patienten – Kindern, schwangeren Frauen, geistesgestörten und Alten – durchgeführt. Dem Autor wurde vorgeworfen, er habe seinem Berufsstand einen schlechten Dienst erwiesen, habe das Vertrauen der Laien zu den Ärzten erschüttert und in einem Taschenbuch veröffentlicht, was «ethischerweise» nur in der ärztlichen Fachliteratur erörtert werden dürfte. Am meisten überrascht wohl an solchen Berichten, wie unbarmherzig die gleichen riskanten Verfahren immer wieder angewandt werden – mit dem einzigen Ziel, akademische Meriten zu erwerben.

179 «Ein solches Verfahren ist ebenso aufschlußreich, als wollte man den Blutdruck eines Patienten einmal im Leben messen oder seinen Urin alle zwanzig Jahre einmal untersuchen. Solche Praktiken sind lächerlich, absurd und unnötig... und absolut wertlos für Diagnose oder Therapie». Maurice Pappworth, «Dangerous Head That May Rule the Heart», *Perspective*, S. 67–70.

diagnostischen Verfahren herabmindern. Beispiele dafür sind viele routinemäßig an Jugendlichen vorgenommene Röntgenuntersuchungen und Fluoroskop-Tests, die Injektion oder orale Eingabe von Reagenzien und Kontrastmitteln oder die Anwendung von Ritalin zur Diagnose von Hyperaktivität bei Kindern.¹⁸⁰ Der Besuch von öffentlichen Schulen, die dem Arzt eine erhebliche Machtbefugnis über die Kinder übertragen, bedingt für diese ernste Gesundheitsrisiken.¹⁸¹ Sogar einfache und ansonsten unschädliche

180 Peter Scharg und Diane Divoky, *The Myth of the Hyperactive Child. And Other Means of Child Control*, New York: Pantheon, 1975. Ein erschöpfendes Standardwerk über eine «ganze Generation, die allmählich dazu erzogen wird, ihren eigenen Instinkten zu mißtrauen, ihre Abweichung von den immer engeren Maßen approbierter Normen als Krankheit zu betrachten und es staatlichen Institutionen und der Technik zu überlassen, ihre «Gesundheit» zu definieren und technisch zu warten». Das Buch bietet auch eine Einführung in die US-amerikanische Literatur zum Thema.

Peter Schrag hat nicht nur in persönlichem Gedankenaustausch mit dem Autor seine Auffassung von der Medikalisierung der Gesellschaft entwickelt, sondern leistete auch unschätzbare Hilfe bei der Redaktion von Teilen der endgültigen Fassung von *Medical Nemesis*.

Minimale Hirnschäden bei Kindern sind öfters eine Wirkung von Ritalin; es handelt sich um eine durch die Behandlung determinierte Diagnose. Siehe Roger D. Freeman, «Review of Medicine in Special Education: Medical Behavioral Pseudorelationships», *Journal of Special Education* 5, Winter-Frühjahr 1971, S. 93–99.

181 Alexander R. Lucas und Morris Weiss, «Methylphenidate Hallucination», *Journal of the American Medical Association* 217, 1971, S. 1079–81. Ritalin wird zur Kontrolle minimaler Dysfunktion des Gehirns bei Schulkindern angewandt. Der Autor erhebt ethische Bedenken gegen die Verwendung eines starken Wirkstoffes mit gefährlichen Nebenwirkungen, deren einige klar erkannt sind, während andere nur vermutet werden, zur Massentherapie eines mangelhaft definierten Krankheitsbildes. Siehe auch Barbara Fish, «The One-Child-One-Drug Myth of Stimulants in Hyperkinesis», *Archives of General Psychiatry* 25, September 1971, S. 193–203. Erhebliche Dauerschäden wurden wahrscheinlich hyperaktiven Kindern zugefügt, die mit Amphetaminen wegen eines Zustands behandelt wurden, der wahrscheinlich durch die biochemische Belastung einer Bleivergiftung

Untersuchungsverfahren werden, wenn massiv eingesetzt, zur Gefahr für die Gesundheit. Wird ein Test mit verschiedenen anderen kombiniert, dann ist seine schädigende Wirkung beträchtlich größer, als wenn er für sich allein vorgenommen wird. Solche Tests bieten oft Richtlinien für die Wahl einer bestimmten Therapie. In dem Maß, wie die Tests komplizierter und mannigfaltiger werden, bieten ihre Resultate traurigerweise nur Richtlinien für die Wahl jener Formen der Intervention, die der Patient möglicherweise überleben wird – die ihm jedoch nicht notwendig hilft. Am schlimmsten aber ist, daß die Menschen, wenn sie komplexe positive Labordiagnosen – unbeschädigt oder nicht – überstanden haben, ernsthaft in Gefahr sind, einer peinlichen, schmerzhaften, verstümmelnden und kostspieligen Therapie unterzogen zu werden. Kein Wunder also, daß Ärzte meist länger als Laien zögern, bevor sie selbst zum Arzt gehen, und daß es ihnen schon ziemlich schlecht gehen muß, bevor sie es überhaupt tun.¹⁸²

Die routinemäßige Durchführung frühdiagnostischer Tests an großen Populationen bietet dem medizinischen Forscher ein umfangreiches Material, aus dem er jene Fälle aussieben kann, die sich am besten für die existierenden therapeutischen Einrichtungen eignen oder für medizinische Forschungs-Projekte am nützlichsten sind; gleichgültig ob die Therapie die Krankheit heilen, den Schmerz lindern, den Patienten rehabilitieren wird – oder nicht. Die Menschen werden dabei in ihrem Glauben bestärkt, sie seien Maschinen, deren Lebensdauer vom regelmäßigen Besuch der Reparaturwerkstatt abhängig ist; damit verpflichtet, ja zwingt man sie, die Rechnung für Marktforschung und Geschäftserfolg des Medizin-Betriebs zu bezahlen.

Stets verstärkt die Diagnose den Streß, sie verurteilt zur Ohnmacht und zwingt zur Untätigkeit. Sie erzeugt Befürchtungen und Angst vor unheilbarer Krankheit, sie ruft Unsicherheit und blinde

bedingt war: D. Bryce-Smith und H. A. Waldron, «Lead, Behavior, and Criminality», *Ecologist* 4, No. 10, 1975.

¹⁸² Barbara Blackwell, *The Literature of Delay in Seeking Medical Care for Chronic Illnesses*, Health Education Monograph No. 16, San Francisco: Society for Public Health Education, 1963.

Hoffnung auf künftige medizinische Entdeckungen hervor. All dies zusammen bewirkt einen Verlust an autonomer Selbstbestimmung. Es isoliert den einzelnen auch in einer speziellen Rolle, es trennt ihn von den Normalen und Gesunden und verlangt die Unterwerfung unter die Autorität spezialisierter Fachleute. Sobald eine Gesellschaft sich zur präventiven Treibjagd auf die Krankheit rüstet, nimmt die Diagnose epidemische Formen an. Dieser letzte Triumph der therapeutischen Kultur¹⁸³ verwandelt die Unabhängigkeit des durchschnittlichen Gesunden in eine unzulässige Form der Abweichung.

Falls die Gesellschaft weiterhin durch die Aktivität solcher ihren eigenen Bedürfnissen dienenden Systeme beherrscht wird, ist eine illusionäre Produktion von warenähnlicher Lebenserwartung die Folge. Durch Gleichsetzung des statistischen Menschen mit biologisch einmaligen Menschen wird eine unersättliche Nachfrage nach begrenzten Mitteln erzeugt. Das Individuum wird den höheren «Bedürfnissen» des Ganzen untergeordnet. Präventive Maßnahmen werden Pflicht,¹⁸⁴ und das Recht des Patienten, seine Zustimmung zur Behandlung zu verweigern, verfällt, sobald der Arzt argumentiert, der Patient müsse sich der Diagnose unterziehen, da die Gesellschaft sich die Belastung durch noch teurere Heilverfahren nicht leisten könne.¹⁸⁵

¹⁸³ Philip Rieff, *Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*, New York: Harper Torchbook, 1968, meint, das Krankenhaus habe die Nachfolge der Kirche und des Parlaments als archetypische Institution der westlichen Kultur angetreten.

¹⁸⁴ Ähnlich wie für Polizisten bei der Verbrechensbekämpfung, gilt jetzt auch für Ärzte der Grundsatz: erst handeln, dann fragen, wenn sie dem Patienten Schaden zufügen. William A. Westley, «Violence and the Police», *American Journal of Sociology* 59, Juli 1953, S. 34–41, stellte fest, daß ein Drittel aller Bewohner einer kleinen Industriestadt auf die Frage: «Wann, glauben Sie, hat ein Polizist das Recht, einen Mann zusammenzuschlagen?», die Meinung äußerte, es sei schon legitim, Gewalt einzusetzen, um Respekt vor der Polizei zu erzwingen.

¹⁸⁵ Joseph Cooper, «A Non-Physician Looks at Medical Utopia», *Journal of the American Medical Association* 187, 1966, S. 697–99.

Sterbezeremonien

Mit dem Totentanz, der um den sterbenden Patienten aufgeführt wird, erreicht die Therapie ihre Apotheose.¹⁸⁶ Zu einem Preis zwischen 500 und 2000 Dollar pro Tag¹⁸⁷ hüllen Ministranten in Weiß und OP-Grün die Reste des Patienten in antiseptische Wohlrüche¹⁸⁸. Je extravaganter Weihrauch und Myrrhe, desto zynischer spottet der Tod dem Medizinmann.¹⁸⁹ Die religiöse Verwendung

186 Orville Brim u. a., Hrsg., *The Dying Patient* (New York: Russell Sage, 1960). Eine Anthologie mit gesonderter Bibliographie für jeden Beitrag. Der erste behandelt das Spektrum technischer Untersuchungen und Entscheidungen, die anfallen, sobald der Gesundheitsexperte zu bestimmen hat, unter welchen Bedingungen «der Tod des einzelnen eintreten soll». Enthält eine Reihe von Empfehlungen, was getan werden könnte, um solche Planung «etwas weniger würdelos und unangenehm für den Patienten, seine Angehörigen und vor allem für das Pflegepersonal zu gestalten.»

187 Obgleich die Kosten der lebensverlängernden Intensivtherapie sich in den letzten vier Jahren verdoppelt haben, ist immer noch aufschlußreich: Robert J. Glaser, «Innovation and Heroic Acts in Prolonging Life», in Brim u. a., *The Dying Patient*, Kap. 6, S. 102–28.

188 Richard A. Kalish, «Death and Dying: A Briefly Annotated Bibliography», in Brim u. a., *The Dying Patient*, S. 327–80. Ein kommentierter bibliographischer Überblick über die englischsprachige Literatur zum Sterben; beschränkt sich hauptsächlich auf Probleme, die mit der heutigen ärztlichen Tätigkeit, den Entscheidungsprozessen und der Krankenhaus-technologie zusammenhängen. Dies ist ein Extrakt aus einem viel umfangreicheren Katalog desselben Autors. Ergänzende Angaben, siehe Austin H. Kutscher, *A Bibliography of Books on Death, Bereavement, Loss and Grief, 1953–68*, New York: Health Sciences Publishing Corp., 1969.

189 Höhere Ausgaben für die Medizin können die Lebenserwartung ganzer Bevölkerungen in reichen Ländern, von den USA bis China, nicht verlängern. Sie können lediglich die Lebenserwartung der sehr Jungen in den meisten ärmeren Ländern verbessern. Dies wurde bereits im ersten Kapitel ausgeführt. Daß die Medizin in der Lage ist, die Überlebenschancen kleiner, durch ärztliche Diagnosen selektierter Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen, ist etwas anderes. Die Antibiotika haben die Chancen, eine Lungenentzündung zu überleben, wesentlich verbessert; die orale Rehydrierung steigerte die Wahrscheinlichkeit, Ruhr oder Cholera zu überleben. Solche wirksamen Interventionen sind in der überwältigenden Mehr-

der medizinischen Technik überwiegt deren technischen Zweck, und der Unterschied zwischen Arzt und Totengräber verwischt sich.¹⁹⁰ Die Krankenhausbetten sind angefüllt mit Körpern, die weder tot noch lebendig sind.¹⁹¹ Der Zauberdoktor empfindet sich als Krisenmanager.¹⁹² In widerwärtiger Form führt er dem Bürger

zahl billig und einfach. Ihre Anwendung unter der Kontrolle eines ärztlichen Experten ist vielleicht für Amerikaner ein kultureller Zwang, noch nicht aber für Mexikaner. Ein drittes Problem ist die Verfügbarkeit einer medizinischen Behandlung, die die Überlebenschancen einer noch kleineren Gruppe verbessert: jene, die an akuten Krankheiten leiden, welche dank schneller und komplexer Krankenhauspflege geheilt werden können, sowie jene, die an Degenerationskrankheiten leiden, bei denen eine komplexe Technologie die Remission erzielen kann. Für diese Gruppe gilt: Je teurer die Behandlung, desto geringer ist ihr Wert hinsichtlich einer verlängerten Lebenserwartung. Eine vierte Gruppe sind die unheilbar Kranken: durch Geld wird das Sterben nur insofern verlängert, als es früher beginnt.

190 Zum Wortschatz, mit dem die Amerikaner über den Leichnam sprechen, bevor der Arzt sich in die Geschäfte des Totengräbers einmischte, siehe Jessica Mitford, *The American Way of Death*, New York: Simon & Schuster, 1963.

191 Unter neuen Namen ist das «Zombi» (durch Drogen willenlos gemachtes Geschöpf, das beerdigt wird und anschließend wiederbelebt erscheint – ritueller Brauch in Indien; d. U.) ein wichtiger Gegenstand medizinisch-juristischer Dispute geworden, jedenfalls nach der Inflation der Literatur über die konfligierenden Ansprüche von Leben und Tod über den Körper zu urteilen. Institute of Society, Ethics, and the Life Sciences, Research Group on Ethical, Social and Legal Issues in Genetic Counseling and Genetic Engineering, «Ethical and Social Issues in Screening for Genetic Disease», *New England Journal of Medicine* 286, 1972, S. 1129–32. Eine gute Übersicht über die heutigen Auffassungen von den Kriterien, nach denen der Eintritt des Todes festgestellt wird. Die Autoren verzichten dabei sorgsam auf jeden Versuch, den Tod zu definieren. Alexandre Carpon und Leon R. Kass, «A Statutory Definition of the Standards for Determining Human Death: An Appraisal and a Proposal», *University of Pennsylvania Law Review* 121, November 1972, S. 87–118. Eine Einführung in die juristischen Aspekte des ärztlichen Vordringens in die Domäne des Totengräbers.

192 Diese neue Legitimität eines institutionellen Krisenmanagements hat enorme politische Konsequenzen, weil sie die Bahn für eine irreversible

in seinem letzten Stündlein den tödlichen Traum der Gesellschaft von unbegrenzter Macht vor.¹⁹³ Wie jeder andere Krisenmanager in der Bank, im Staatsapparat oder hinter der Couch plant er Strategien des Scheiterns und gebietet über Mittel, die in all ihrer Nutzlosigkeit und Vergeblichkeit um so grotesker erscheinen. Im letzten Augenblick gewährt er dem Patienten jenen Anspruch auf absolute Priorität, für den die meisten Menschen sich zu unbedeutend vornehmen.

Die Ritualisierung der Krise – ein allgemeines Merkmal der morbiden Gesellschaft – bietet dem Medizin-Technokraten dreierlei: sie gibt ihm Machtprivilegien, die für gewöhnlich nur der kommandierende Offizier im Felde beanspruchen kann; unter dem Streß der Krise erlangt der Experte, der vermeintlich die Situation kontrolliert, leicht eine Immunität, die ihn der gewöhnlichen Regeln von Recht und Anstand enthebt. Er, dem Macht über den Tod zugetraut wird, hört auf, ein gewöhnlicher Mensch zu sein. Wie beim Kapitän

Begründung von Herrschaft unter Berufung auf Krisen bereitet. Ähnlich wie Max Weber sagte, daß der Reichtum der Puritaner eine unbeabsichtigte Konsequenz der durch die Prädestinationslehre geweckten Angst war, könnte ein moralistischer Historiker vom Schlage Tawneys behaupten, daß die Bereitschaft zum Technofaschismus sich als unbeabsichtigte Konsequenz einer Gesellschaft ergibt, die sich entschieden hat, die Intensivtherapie für Sterbende von der Krankenversicherung bezahlen zu lassen.

193 Durch die «Ritualisierung» verwandelt sich die Krise aus einem dringenden Anlaß zur persönlichen Integration (Erikson) in eine Streß-Situation (näheres dazu, siehe Robinson), in der ein bürokratischer Apparat zum Einsatz für Ziele gezwungen wird, für deren Erreichung er an sich – aufgrund seiner Natur – nicht organisiert sein kann. Unter solchen Umständen gewinnen die Beschwichtigungsfunktionen der Institution Vorrang. Dies geschieht zwangsläufig, wenn die Medizin eine «Sterbe-Politik» verfolgt. Die Konfusion nimmt noch zu, wenn Wörter wie «sterben» oder «Entscheidung», die ein der Intimsphäre zugehöriges Handeln bezeichnen, in einem Kontext verwendet werden, der dieser fremd ist. Erik Erikson, «Psychoanalysis and Ongoing History: Problems of Identity, Hatred, and Nonviolence», *American Journal of Psychiatry* 122, September 1965, S. 241–53.

eines Schlachtschiffes ist sein Töten durch Politik legitimiert.¹⁹⁴ Ja, all sein Handeln findet in einer Aura der Krise statt.¹⁹⁵ Der Medizin-Betrieb, der soviel Raum und Zeit der Gesellschaft beansprucht, bildet ein verzaubertes Grenzland – nicht ganz von dieser Welt; und ebenso sakrosankt wie sein religiöses oder militärisches Gegenstück. Nicht nur, daß die Medikalisierung der Sterbenden-Betreuung makabre Träume ritualisiert und die Experten zu ihrem obszönen Tun ermächtigt: die Eskalation der technischen Lebensverlängerung auf der Intensivstation enthebt den Arzt jeglicher Notwendigkeit, die technische Effizienz der von ihm eingesetzten Mittel zu beweisen.¹⁹⁶ Seiner Macht, immer mehr zu fordern, sind keine Grenzen gesetzt. Und schließlich entzieht der Tod den Arzt potentieller Kontrolle und Kritik. Im letzten Blick des Patienten und in der lebenslangen Perspektive der «morituri» (der Todgeweihten) gibt es keine Hoffnung außer der letzten, vom Arzt gewährten Gnadenfrist.¹⁹⁷ Die Ausrichtung aller Institutionen auf die

194 Leonard Lewin, *Triage*, New York: Dial Press, 1972, erörtert das Problem einer Gesellschaft, die sich der Sterbe-Politik verschrieben hat; ein Roman, der unglücklicherweise keinen Vergleich mit dem früheren *Report from Iron Mountain* des gleichen Autors aushält.

195 Valentina Borremans und Ivan Illich, «Dying Policy», Manuskript für die *Encyclopedia of Bio-Ethics*, Kennedy Institute, Washington, D.C., 1976. Die Autoren waren bereit, den Artikel unter dem von den Herausgebern der Enzyklopädie vorgeschlagenen Titel zu veröffentlichen, gerade weil dies die Tatsache beleuchtet, daß die Kombination des intransitiven Verbs «sterben» mit dem bürokratischen Terminus «Politik» einen ungeheuren Angriff auf Sprache und Vernunft darstellt.

196 Wer in einer Notsituation erfolgreich Macht beansprucht, suspendiert und zerstört möglicherweise das rationale Urteil. Das Beharren des Arztes auf seiner ausschließlichen Fähigkeit, individuelle Krisen zu beurteilen und zu lösen, bringt ihn symbolisch in die Nachbarschaft des Weißen Hauses.

197 Zur Auffassung des Autors über den Unterschied zwischen Hoffnung und Erwartung als zwei entgegengesetzten Einstellungen gegenüber der Zukunft siehe Ivan Illich, «The Dawn of Epimethean Man», Referat auf vor einem Symposium zu Ehren Erich Fromms. Erwartung ist ein optimistisches oder pessimistisches Vertrauen auf institutionalisierte tech-

«Krise» rechtfertigt die monströse Verklärung ganz gewöhnlicher Ineffizienz.¹⁹⁸

Der Tod im Krankenhaus ist heute endemisch.¹⁹⁹ In den letzten 25 Jahren stieg der Prozentsatz der Amerikaner, die ihr Leben im Krankenhaus beschlossen, um ein Drittel.²⁰⁰ In anderen Ländern wuchs der Anteil derer, die im Krankenhaus sterben, noch schneller. Der Tod ohne anwesenden Arzt wird gleichgesetzt mit romantischer Borniertheit, mit Privileg oder Katastrophe. Die Kosten für die letzten Tage des Bürgers stiegen schätzungsweise um 1200 Prozent – also viel schneller als die Kosten des gesamten Gesundheitswesens. Gleichzeitig stabilisierten sich die Bestattungskosten, zumindest in den USA; ihre Wachstumsrate entspricht etwa dem Anstieg des allgemeinen Verbraucher-Preisindex. Der komplizierteste Teil der Sterbezeremonien dreht sich jetzt um den sterbenden Patienten und wurde – unter ärztlicher Kontrolle – von Aussegnung, Totenfeier und Bestattung der sterblichen Reste getrennt. Nicht mehr für das Grabmal, sondern für die Intensivstation wird ver-

nische Mittel; Hoffnung ist die vertrauende Bereitschaft, sich von einem anderen überraschen zu lassen.

198 Die «Krise» wird somit zum Ablenkungsmanöver, das der Funktionsträger nutzt, um seine Macht im umgekehrten Verhältnis zu den Dienstleistungen, die er bietet, zu vermehren. Auch wird sie, in immer neuen Kombinationen (Energiekrise, Autoritätskrise, Ost-West-Krise) zum unerschöpflichen Gegenstand großzügig dotierter Erforschung durch Wissenschaftler, die bezahlt werden, um die «Krise» mit jener Aura akademischer Würde zu umgeben, die den Geldgeber rechtfertigt. Siehe Renzo Tomatis, *La ricerca illuminata*, Mailand: Feltrinelli, 1975.

199 Der Ausdruck «Krankenhaus-Tod» soll hier alle Todesfälle bezeichnen, die im Krankenhaus eintreten, nicht nur jene 10 %, die «in Zusammenhang mit einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme stehen, welche als mitwirkende, beschleunigende oder primäre Ursache des Exitus anzusehen ist». Elihu Schimmel, «The Hazards of Hospitalization» *Annals of Internal Medicine* 60, Januar 1964, S. 100–106.

200 Monroe Lerner, «When, Why, and Where People Die», in Brin u. a., *The Dying Patient*, S. 5–29. Gibt eine Aufschlüsselung dieser Entwicklung zwischen 1955 und 1967 nach Todesursache, Hautfarbe und geographischer Region der USA.

schwenderischer Aufwand getrieben. Darin spiegelt sich die Angst vor dem Tod ohne ärztlichen Beistand.²⁰¹ Und mit dem Beitrag zur Krankenkasse entrichtet man den Obulus für die eigene Sterbezeremonie.²⁰²

Die Furcht vor dem unmedikalisierten Tod erfaßte erstmals die Eliten des 18. Jahrhunderts, die auf den Trost der Religion verzichteten und den Glauben an ein Leben nach dem Tod ablehnten.²⁰³ Heute werden Reiche wie Arme von einer neuen Welle dieser Furcht gepackt, die – unter Aufbietung egalitären Pathos – eine neue Kategorie von Waren entstehen läßt: die knappen Güter der menschlichen Endstation, die vom Arzt in teuren Todeszellen gestapelt werden. Im Zusammenhang mit der Verteilung dieser Güter ist eine Flut von juristischer²⁰⁴ und ethischer Literatur entstanden,

201 Erwin H. Ackerknecht, «Death in the History of Medicine», *Bulletin of the History of Medicine* 42, 1968, S. 19–23. Für die Eliten der Aufklärung war der Tod etwas anderes und viel beängstigender, als er es für frühere Generationen gewesen war. Der Scheintod wurde zu einer Art säkularisierter Hölle und ein Hauptgegenstand medizinischen Interesses. Es wurden «Lebensproben» eingeführt, z. B. das Blasen einer Trompete (Professor Hufeland) und Elektroschocks (Creve). Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, 1800, beendete die Anti-Scheintod-Bewegung in der Medizin ebenso plötzlich, wie Lancisis Werk sie 1707 ausgelöst hatte.

202 Alle Gesellschaften unterschieden offenbar Stadien auf dem Weg vom Leben zum Tod. Auf diese werde ich in Kap. 9 eingehen und zeigen; wie das neuerliche Interesse für die Taxonomie des Verfalls sich durchaus mit anderen zeitgenössischen Regressionen zur Faszination des Primitiven verträgt.

203 Margot Augener, «Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert», *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, No. 6–7, 1967. Die säkularisierte Höllenfurcht der aufgeklärten Reichen äußerte sich als Grauen davor, lebendig begraben zu werden. Dies führte auch zur Entstehung philanthropischer Stiftungen, die sich dafür einsetzten, den Leichnam zu ertränken, zu verbrennen oder den Herzstich zu applizieren.

204 «Sacred Medical Resources», Editorial, *Columbia Law Review* 69, April 1968, S. 690–92. Ein Zeitschriftenartikel, der auf Interviews mit etlichen Dutzend US-Experten beruht. Beschreibt und bewertet die gegenwärtige Ausschluß- und Auswahlpolitik unter juristischem Gesichtspunkt.

die sich mit der Frage befaßt, nach welchen Maßstäben die einen auserwählt und die anderen verworfen werden und wie die Entscheidung für den Einsatz von Techniken zu rechtfertigen sei, die das Leben verlängern und den Tod angenehmer und akzeptabler machen sollen.²⁰⁵ Insgesamt gibt diese Literatur bemerkenswerten Aufschluß über die Geistesart der heutigen Juristen und Philosophen. Die meisten Autoren fragen sich nicht einmal, ob die Techniken, auf die ihre Spekulationen sich stützen, tatsächlich erwießenermaßen das Leben verlängern. Ganz naiv übernehmen sie den Trugschluß, daß Rituale, die so teuer sind, zwangsläufig auch etwas nützen müßten. So stützen Jurisprudenz und Ethik den Glauben an den Wert von Maßnahmen, die im letzten Augenblick eine politisch irrelevante medizinische Gleichheit vor dem Tod verordnen.

Die moderne Furcht vor dem unhygienischen Tod läßt das Leben wie einen Wettlauf zum heiß umkämpften Platz in Intensivstation und Sterbezimmer erscheinen und bricht in beispielloser Weise das Selbstvertrauen des einzelnen.²⁰⁶ Sie nährt den Glauben, der heutige Mensch habe die Autonomie eingebüßt, selbst zu erkennen, wann seine Zeit um ist, und auf eigene Verantwortung zu sterben.²⁰⁷ Die Weigerung des Arztes, den Punkt zu erkennen, wo er

Akzeptiert unkritisch die wahrscheinliche Wirksamkeit der angeblich ganz unentbehrlichen Techniken.

205 Sharmon Sollito und Robert M. Veatch, *Bibliography of Society, Ethics and the Life Sciences*, a Hastings Center Publication, Hastings-on-Hudson, N. Y., 1974. J. R. Elkinton, «The Literature of Ethical Problems in Medicine, Teile 1, 2, 3, *Annals of Internal Medicine* 73, September 1970, S. 495–98; Oktober 1970, S. 662–66; November 1970, S. 863–70. Dies sind einander ergänzende Einführungen in die ethische Literatur.

206 Hermann Feifel, «Physicians Consider Death», in *Proceedings of the American Psychological Association Convention*, Washington, D.C.: the Association, 1967, S. 201–02. Ärzte scheinen sich erheblich mehr vor dem Tod zu fürchten als die physisch Kranken oder Normal-Gesunden. Man könnte daraus die weiterführende These ableiten, daß die Ärzte heute Träger einer infektiösen Furcht sind.

207 *Euthanasia: An Annotated Bibliography*, Euthanasia Educational Fund, 250 West 57th Street, New York, N. Y. 10019.

als Heiler²⁰⁸ nicht mehr helfen kann, und sich zurückzuziehen, wenn der Schatten des Todes auf das Antlitz des Patienten fällt²⁰⁹, verführt ihn zu Ausflüchten und regelrechter Heuchelei²¹⁰. Die Weigerung des Patienten, auf eigene Faust zu sterben, bringt ihn in armselige Abhängigkeit. Er verliert den Glauben an seine Fähigkeit, selbst zu sterben – diese letzte mögliche Form von Gesundheit –,

208 Das Recht zu gesunden, eine intransitive Aktivität, die durch den Patienten selbst geleistet werden muß, kann mit dem Rechtsanspruch des Arztes, zu heilen – eine transitive Aktivität –, in Konflikt geraten. Zu den Ursprüngen eines ärztlichen Rechts, zu heilen, dem eine berufliche Verpflichtung entspräche, siehe Ludwig Edelstein, «The Professional Ethics of the Greek Physician», *Bulletin of the History of Medicine* 30, September–Oktober 1965, S. 391–419. Walter Reich wirft die zeitgemäße Frage nach dem Inhalt des Vertrags zwischen Arzt und Patient auf, sobald die Krankheit nicht mehr heilbar, sondern tödlich ist und daher kein «Heiler-Vertrag» vorliegt. Walter Reich, «The Physician's «Duty» to Preserve Life», *Hastings Center Report* 5, April 1975, S. 14–15.

209 Das Erkennen der *facies hippocratica*, der Zeichen des nahenden Todes, die dem Arzt zeigten, an welchem Punkt er seine Heilbemühungen aufzugeben hatte, war bis Ausgang des 19. Jahrhunderts Bestandteil der ärztlichen Ausbildung. Zu diesem Thema siehe Kapitel 8.

210 Fred Davis, «Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional», *American Journal of Sociology* 66, Juli 1960, S. 41–47. Davis untersucht das Verhalten des Arztes, sobald eine ungünstige Prognose die Gewißheit bleibender Invalidität oder des Todes gibt, und stellt fest, daß weitgehend durch Heuchelei oder Ausflüchte Unsicherheit erzeugt wird. Heuchelei betreibt ein Doktor Eisenbart, der klinisch unhaltbare Diagnosen erstellt, um sich den Patienten anzudienen und ungerechtfertigte Placebos zu verkaufen. Ausflüchte – oder das Versäumnis, eine klinisch begründete Diagnose dem Patienten mitzuteilen – lassen diesen und seine Familie im ungewissen und überlassen es dem Patienten, «von selbst draufzukommen». So erspart der Arzt sich Zeitverlust und unliebsame Szenen, und er kann getrost eine Behandlung fortsetzen, die der Patient ablehnen würde, wenn er wüßte, daß sie ihm nicht helfen kann. Ungewißheit wird häufig als Konspiration zwischen Arzt und Patient aufrechterhalten, um nicht das Unabwendbare akzeptieren zu müssen – eine Kategorie, die sich nicht mit dem ärztlichen Ethos verträgt.

und kämpft verzweifelt um das Recht, durch den Experten fachmännisch getötet zu werden.²¹¹

In der Einstellung unserer Kultur zum Tod schwingen mehrere ungeprüfte Erwartungen mit. Die Leute glauben, die Hospitalisierung werde ihre Schmerzen verringern, oder sie würden im Krankenhaus länger leben. Beides trifft nicht zu. Von den Patienten, die in lebensgefährlichem Zustand ins durchschnittliche britische Krankenhaus kamen, starben 10 Prozent am Tag der Einweisung, 30 Prozent binnen einer Woche, 75 Prozent binnen eines Monats und 97 Prozent binnen dreier Monate.²¹² In speziellen Sterbekliniken waren 56 Prozent der Patienten innerhalb einer Woche nach der Einlieferung tot. Bei Krebs im Endstadium besteht hinsichtlich der Lebenserwartung kein Unterschied zwischen denen, die zu Hause sterben, und denen, die im Krankenhaus enden. Nur ein Viertel der Krebspatienten im Endstadium bedürfen zu Hause besonderer

211 Sissela Bok u. a., «The Dilemmas of Euthanasia», *Bioscience* 23, August 1973, S. 461–78. Es wird meist übersehen, daß die Euthanasie- oder die Beendigung menschlichen Lebens durch den Arzt – erst ein so beherrschendes Thema werden konnte, nachdem die Betreuung der Sterbenden medikalisiert worden war. Der größte Teil der juristischen und ethischen Literatur über die Legitimität und den moralischen Status einer solchen ärztlichen Beihilfe zur Beschleunigung des Todes ist gegenwärtig von recht begrenztem Wert, weil nicht der juristische und ethische Status der Medikalisierung in Frage gestellt wird, die das Problem überhaupt erst geschaffen hat. H. L. Hart, *Law, Liberty and Morality*, Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press, 1963. Hart geht in dieser Debatte wohl am weitesten, wenn er behauptet, daß das Gesetz einen neutralen Standpunkt beziehen sollte. Einerseits nimmt die Travestie der Ethik die Form eines Zwangs-Absatzes von medizinischen Produkten buchstäblich um jeden Preis an. Freeman stellt fest, daß «der Tod eines unoperierten Patienten ein inakzeptables Mittel ist, Leiden zu lindern», und zwar weder für den Patienten noch für seine Familie: John M. Freeman, «Whose Suffering?» sowie Robert E. Cooke, «Is There a Right To Die – Quickly?», *Journal of Pediatrics* 80, Mai 1972, S. 904–08. Andererseits halten sogar die Befürworter einer Selbstbehandlung im Endstadium an der Annahme fest, daß in diesem wie jedem anderen Fall von Arzneienkonsum der Patient abnehmen muß, was andere für ihn auswählen.

212 John Hinton, *Dying*, Baltimore: Penguin Books, 1974.

Pflege, und auch dann nur während der letzten Wochen. Bei mehr als der Hälfte beschränkt das Leiden sich auf Schwächegefühl und Unwohlsein. Und etwaige Schmerzen können für gewöhnlich gelindert werden.²¹³ Aber das Zuhausebleiben erspart ihnen Isolierung, Einsamkeit und Schmach, die sie in allen außer ganz privilegierten Kliniken erwarten.²¹⁴ Die armen Schwarzen in Amerika scheinen dies zu wissen, und sie stören die Routine des Krankenhauses, indem sie ihre sterbenden Angehörigen nach Hause holen. Opiate sind nicht auf Verlangen verfügbar. Patienten, die Monate oder Jahre lang starke Schmerzen leiden, die durch Narkotika erträglicher zu machen wären, erhalten weder im Krankenhaus noch zu Hause entsprechende Medikamente, damit sie in ihrem unheilbaren, aber nicht unmittelbar zum Tode führenden Zustand nur ja keine Sucht entwickeln.²¹⁵ Schließlich glauben die Leute auch, die Hospitalisierung bessere ihre Chancen, eine Krise zu überleben. Mit etlichen klar umschriebenen Ausnahmen irren sie meist auch in diesem Punkt. Heute sterben mehr Menschen deshalb, weil die Krisen-Intervention ganz auf das Krankenhaus abgestellt ist, als durch die überlegene Technik, die das Krankenhaus bietet, gerettet werden können. In armen Ländern sind in den letzten 10 Jahren mehr Kinder an Cholera oder Ruhr gestorben, weil sie nicht rechtzeitig mit Hilfe einer einfachen, oral eingegebenen Lösung rehydriert wurden: die therapeutischen Maßnahmen konzentrieren sich auf die komplizierte intravenöse Rehydrierung im fernen Krankenhaus.²¹⁶ In reichen Ländern halten die durch den Einsatz von Evakuationsanlagen verursachten Todesfälle inzwischen der Zahl der

213 Institute of Medicine of Chicago, *Terminal Care for Cancer Patients*, Chicago: Central Service for the Chronically Ill, 1950.

214 David Sudnow, *Passing On: The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967. Dieses Buch, von dem die Einleitung sagt, es sei «eine heilsame Lektüre für den Laien, dessen Kontakt mit der Endphase menschlichen Lebens sich auf sporadische Begegnungen beschränkt», sollte jeden Leser vom Wunsch nach ärztlichem Beistand kurieren.

215 Exton-Smith, «Terminal Illness in the Aged».

216 Eine Zusammenfassung verschiedener Studien ist: International

dadurch geretteten Leben die Waage. Der Krankenhaus-Kultus blüht ungeachtet der tatsächlichen Leistungen des Krankenhauses.

Wie jede andere wachstumsorientierte Industrie lenkt auch das Medizin-System seine Produkte dorthin, wo es scheinbar unbegrenzte Nachfrage gibt: in den Kampf gegen den Tod. Ein stets wachsender Anteil an Steuermitteln wird für die lebensverlängernde Technik zugunsten unrettbarer Patienten ausgegeben. Scheinheilig selektieren komplexe Bürokratien jeden sechsten oder dritten unter jenen Amerikanern, die durch Nierenversagen bedroht sind. Der auserwählte Patient wird darauf abgerichtet, das seltene Privileg eines Sterbens unter exquisiter Folter zu begehren.²¹⁷ Wie ein Arzt in seinem Bericht über die Behandlung seines eigenen Leidens feststellt, müssen viel Zeit und Mühe aufgewandt werden, um während des ersten und manchmal zweiten Jahres, um das die künstliche Niere das Leben verlängert, den Patienten vom Selbstmord abzuhalten.²¹⁸ In einer Gesellschaft, wo die meisten unter der Kontrolle einer öffentlich berufenen Autorität sterben, schmückt sich die Intensivstation mit dem feierlichen Zeremoniell, das einst die Hinrichtung und legale Tötung umgab. Die aufwendige Behandlung des im Koma liegenden Patienten tritt an die Stelle der Henkersmahlzeit.²¹⁹

Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D.C., März 1975, S. 43.

²¹⁷ «Verbesserungen der künstlichen Niere sind notwendig aufgrund der Tatsache, daß urämische Patienten sich nach der Dialyse oft subjektiv schlechter fühlen, obgleich die chemische Zusammensetzung ihres Blutes anscheinend fast normal ist. Mögliche Erklärungen wären die Nichtbeseitigung eines «urämischen Faktors» oder, wahrscheinlicher, die unbeabsichtigte Ausscheidung eines notwendigen Faktors aus dem Blut, oder vielleicht eine subtile Schädigung des Blutes durch die künstliche Niere.» Rushmer, *Medical Engineering*, S. 314.

²¹⁸ C. H. Calland, «Iatrogenic Problems in End Stage Renal Failure», *New England Journal of Medicine* 287, 1972, S. 334–38. Autobiographischer Bericht eines Arztes, der eine solche Endphasenbetreuung durchmachte.

²¹⁹ Hans von Hentig, *Vom Ursprung der Henkersmahlzeit*, Tübingen:

Die Begeisterung der Öffentlichkeit für voll-technisierte Krankenpflege und Sterbehilfe läßt sich als tief verwurzelter Wunsch nach technischen Wundern begreifen. Die Intensivtherapie ist nur der Höhepunkt eines öffentlichen Kultus, dem eine medizinische Priesterschaft im Kampf gegen den Tod vorsteht.²²⁰ In der Bereitschaft der Öffentlichkeit, ein solches Unternehmen zu finanzieren, kommt das Verlangen nach den nicht-technischen Funktionen der Medizin zum Ausdruck. Intensivstationen für Herz-Patienten z. B. haben einen hohen Prestigewert und keinerlei statistisch erwiesenen Nutzen für die Gesundheit des Kranken. Sie erfordern das Dreifache an Ausrüstung und das Fünffache an Personal der gewöhnlichen Krankenpflege; in den USA arbeiten 12 Prozent aller graduierten Krankenpfleger und -pflegerinnen in diesem heroischen Zweig der Medizin. Dieses protzige Unternehmen wird wie eine Liturgie von ehemals durch das Erpressen von Steuern, das Werben um Geschenke und das Sammeln von Opfergaben unter-

Mohr, 1958. Die Medikalisierung des Todes hat gewaltig den Anteil jener Menschen erhöht, deren Tod unter bürokratischer Kontrolle eintritt. In dieser enzyklopädischen Studie über das letzte Frühstück, das dem Verurteilten von seinem Henker gereicht wird, kommt Hentig zu dem Schluß, daß der Mensch ein tiefes Bedürfnis verspürt, Leuten, die auf von der Öffentlichkeit vorgeschriebene Weise sterben, eine Gunst zu erweisen. In der Regel nimmt diese Gunst die Form einer üppigen Mahlzeit an. Auch im Erste Weltkrieg tauschten die Soldaten Zigaretten aus, und der Kommandierende des Pelotons bot dem Verurteilten eine letzte Zigarette an. Die Behandlung des Sterbenden im Krieg, im Gefängnis und im Krankenhaus ist inzwischen entpersönlicht. Die Intensivbetreuung des Sterbenden läßt sich auch als eine Bestattungsgabe für den noch nicht Gestorbenen auffassen.

²²⁰ Stephen P. Strickland, *Politics, Science and Dread Disease: A Short History of the United States Medical Research Policy*, Commonwealth Fund Series, Cambridge: Harvard Univ. Press, 1972. Strickland schildert, wie die Medizin-Forschungspolitik der US-Regierung damit einsetzte, daß 1927 ein Senator den Vorschlag machte, einen Preis von 5 Millionen \$ für denjenigen auszuloben, der den schlimmsten Töter, nämlich Krebs, dingfest machen würde. Berichtet wird die sprunghafte Entwicklung der Krebsforschung. Die US-Regierung gibt heute dafür mehr als 500 Millionen \$ im Jahr aus.

halten. Anhand eines umfangreichen statistischen Materials hat man versucht, die Mortalitäts- und Heilungsraten von Patienten, die auf solchen Stationen versorgt wurden, mit den entsprechenden Daten von zu Hause gepflegten Patienten zu vergleichen. Bislang hat sich kein Vorteil der Intensivtherapie gezeigt. Die Infarktpatienten selbst geben meist der Pflege zu Hause den Vorzug; sie fürchten sich vor dem Krankenhaus, und in der Krise wären sie lieber von Angehörigen oder ihnen bekannten Menschen umgeben. Diese intuitive Vorliebe wird durch sorgfältige Statistiken bestätigt: die höhere Mortalität der Patienten, die in den Genuß mechanischer Krankenhauspflege kamen, ist meist durch die Angst bedingt.²²¹

Schwarze Magie

Die technische Intervention in die physikalische und biochemische Natur des Patienten oder seiner Umwelt ist nicht – und war nie – die einzige Funktion medizinischer Institutionen.²²² Die Beseitigung von Pathogenen und die Anwendung von Heilmitteln – ob wirksam oder nicht – sind keineswegs die einzige Art der Vermittlung zwischen dem Menschen und seiner Krankheit. Selbst unter Bedingungen, unter denen der Arzt technisch dazu in der Lage ist, die technische Rolle zu spielen, die er anstrebt, erfüllt er unvermeidlich auch

221 H. G. Mather u. a. «Acute Myocardial Infarction: Home and Hospital Treatment», *British Medical Journal*, 1971, No. 3, S. 334–38.

222 Dieses Argument vertritt John Powles; siehe «On the Limitations of Modern Medicine», in *Science, Medicine and Man*, London: Pergamon, 1973, No. 1, S. 1–30. Ein zunehmend wachsender Teil der heutigen Krankheitslast ist vom Menschen verursacht; die technisch geplante Intervention in die Krankheit verzeichnet kaum strategische Fortschritte. Das Festhalten an dieser Strategie läßt sich nur erklären, falls es nicht technischen Zwecken dient. Sinkender Nutzen innerhalb der Medizin ist nur ein Einzelfall einer allgemeinen Krise im Verhältnis des industriellen Menschen zu seiner Umwelt. J. P. Dupuy und S. Karsenty, «La logique cachée de la croissance de l'institution médicale», in: (ohne Verlag) No. 3, Sommer 1975, S. 179–202, schildern die ökonomischen Mechanismen, mittels derer das Gesundheitssystem sich überwiegend in ein Unternehmen der Produktion und Konsumtion von Symbolen verwandelte.

religiöse, magische, ethische und politische Funktionen. In jeder dieser Funktionen ist der Arzt eher ein Pathogen (Krankheitserreger) denn Heiler oder bloßes Anodyn (Schmerzstillter).

Magie oder die Heilung durch Zeremonien ist gewiß eine der wichtigsten traditionellen Funktionen der Medizin.²²³ Bei der Magie manipuliert der Heiler die Situation und den Schauplatz. Auf eher unpersönliche Weise stellt er ad hoc eine Beziehung zwischen sich und den Individuen her. Die Magie wirkt, wenn die Intentionen von Patient und Magier übereinstimmen²²⁴, wiewohl die wissenschaftliche Medizin lange brauchte, um zu erkennen, daß auch ihre Praktiker teilweise Magier sind. Um die professionelle Ausübung der weißen Magie durch den Arzt von seiner Funktion als Techniker zu unterscheiden (und um den Vorwurf der Quacksalberei von ihm abzuwenden), wurde der Begriff «Placebo» eingeführt. Wenn etwa eine Zuckerpille wirkt, weil sie vom Arzt verabreicht wird, dann fungiert diese Pille, die nichts als Zucker enthält, als Placebo. Ein Placebo (lat.: ich werde gefallen) gefällt nicht nur dem Patienten, sondern auch dem verordnenden Arzt.²²⁵

In den Hochkulturen unterscheidet die quasi religiöse Medizin sich erheblich von der Magie.²²⁶ Die großen Religionen bestärken den Menschen, sich mit dem Mißgeschick abzufinden, und bieten

223 M. Bartels, *Die Medizin der Naturvölker*, Leipzig: Grieben, 1893. Ein Klassiker über die magischen Elemente in der Medizin primitiver Völker.

224 William J. Goode, «Religion and Magic», in Goode, Hrsg., *Religion Among the Primitives*, New York: Free Press, 1951, S. 50–54.

225 Über die Geschichte der medizinischen Studien zum Placebo-Effekt und zur Entwicklung dieses Begriffs siehe Arthur K. Shapiro, «A Contribution to a History of the Placebo Effect», *Behavioral Science* 5, April 1960, S. 109–35.

226 Die Unterscheidung zwischen magischer Elimination, religiöser Interpretation oder ethischer Sozialisation des Leidens und seiner technischen Manipulation und juristischen Kontrolle bedarf einer viel ausführlicheren Analyse. Ich führe diese Unterscheidungen lediglich ein, um zu erklären, daß (1) die medizinische Technik nicht-technische Wirkungen hat, (2) von denen manche nicht als ökonomische oder soziale Externalitäten aufgefaßt werden können, weil sie (3) das Gesundheitsniveau spezifisch beeinflus-

eine Begründung, einen Stil und eine Gemeinschaftssituation, durch die das Leiden in würdiger Haltung ertragen werden kann. Die Möglichkeiten, die sich durch das Akzeptieren des Leidens bieten, finden in jeder der großen kulturellen Traditionen eine Interpretation: als Karma, das in früheren Inkarnationen angesammelt wurde; als Aufforderung zum Islam, zur Unterwerfung unter Gott; oder als Gelegenheit zur engeren Verbindung mit dem Erlöser am Kreuz. Die Hochreligionen wecken die persönliche Verantwortung für die Gesundung; sie schicken ihre Geistlichen aus, die manchmal nur hohle Worte, manchmal auch wirksamen Trost spenden; sie bieten das Vorbild der Heiligen, und meist bieten sie auch den Rahmen für die Ausübung der Volksmedizin. In unserer säkularen Gesellschaft ist den religiösen Organisationen nur ein kleiner Teil ihrer früheren rituellen Heilfunktion verblieben. Der gläubige Katholik mag aus dem Gebet innere Kraft beziehen. Gewisse neuere Sekten in Sao Paolo kurieren vielleicht ihre Magengeschwüre mit afro-lateinischen Tanzkulten, und die Inder an den Ufern des Ganges suchen immer noch Heilung im Absingen der Veden. Dergleichen aber hat nur noch entfernte Parallelen in Gesellschaften, deren Pro-Kopf-Volkseinkommen eine gewisse Höhe übersteigt. In diesen industrialisierten Gesellschaften veranstalten säkulare Institutionen die Mythen schaffende Zeremonie.²²⁷

Die einzelnen Kulte der Erziehung, des Verkehrs und der Massenkommunikation fördern – unter jeweils verschiedenen Namen – den gleichen sozialen Mythos, den Voeglin²²⁸ als moderne Gnosis beschreibt. Eine gnostische Weltanschauung und ihr Kultus zeich-

nen. (4) Diese latenten gesundheitsbezogenen Funktionen haben eine komplexe, vielschichtige Struktur und (5) schaden meist der Gesundheit.

227 Unter Mythen verstehe ich hier feste Verhaltensmuster, die die Eigenschaft haben, bei den Beteiligten Blindheit oder Toleranz für die Divergenz zwischen der durch die Feier des Rituals unterstützten Rationalisierung und den durch eben diese rituelle Feier hervorgerufenen sozialen Konsequenzen zu erzeugen, welche in direktem Widerspruch zum Mythos stehen. Zur eingehenderen Analyse siehe Max Gluckman, *Order and Rebellion in Tribal Africa*, New York: Free Press, 1963.

228 Eric Voegelin, *Wissenschaft, Politik und Gnosis*. Köln: Kösel, 1959.

nen sich durch sechs Merkmale aus: (1) Ihre Bekenner sind Anhänger einer Bewegung, die mit der Welt, so wie sie ist, unzufrieden sind, weil sie diese als außerordentlich schlecht beschaffen erachten. Ihre Anhänger sind (2) davon überzeugt, daß eine Erlösung aus dieser Welt möglich ist, (3) zumindest für die Auserwählten, und (4) während der gegenwärtig lebenden Generation geschehen wird. Ferner glauben Gnostiker, daß diese Erlösung (5) von technischen Akten abhängig ist, die (6) den Eingeweihten vorbehalten sind, welche die besondere Formel dafür monopolisieren. Alle diese religiösen Überzeugungen zeichnen auch die soziale Organisation der technischen Medizin aus, die ihrerseits das Fortschrittsideal des 19. Jahrhunderts ritualisiert und zelebriert.

Eine dritte wichtige, nichttechnische Funktion der Medizin ist eher ethischer als magischer, eher säkularer als religiöser Natur. Sie beruht weder auf einer geheimbündlerischen Verschwörung, die der Zauberer mit seinen Adepten eingeht, noch auf Mythen, denen der Priester Gestalt gibt, sondern auf der Formung der interpersonellen Beziehungen durch die Medizin-Kultur. Die Medizin kann so organisiert sein, daß sie die Gemeinschaft zu einer mehr oder minder persönlichen Einstellung zu den Schwachen, Hinfälligen, Mißgestalteten, Depressiven oder Manischen motiviert. Durch die Förderung eines bestimmten Sozialcharakters könnte die Medizin einer Gesellschaft das Leiden der Kranken wirksam vermindern, indem sie allen Mitgliedern der Gemeinschaft eine aktive, durch mitfühlende Toleranz und selbstlose Hilfe für die Schwachen gekennzeichnete Rolle zuwies.²²⁹ Die Medizin könnte die Geschenkbeziehungen der Gesellschaft regulieren.²³⁰ Kulturen, in de-

229 Die soziale Einordnung von Mitleid, Ernährung und Feier war der wirksamste Aspekt der primitiven Medizin. Siehe Erwin H. Ackerknecht, «Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine», *Bulletin of the History of Medicine* 19, Mai 1946, S. 467–97.

230 Richard M. Titmuss, *The Gift Relationship*, New York: Pantheon, 1971, vergleicht den Markt für menschliche Blutkonserven im kommerziellen System der USA und in der sozialisierten Medizin Englands; zeigt die erhebliche Überlegenheit britischer Bluttransfusionen und meint, daß die größere Wirksamkeit der britischen Methode durch den geringeren Grad der Kommerzialisierung bedingt sei.

nen das Mitleid mit den Unglücklichen, die Gastfreundschaft für die Krüppel, der Spielraum für die Gestörten und der Respekt für die Alten hoch entwickelt sind, können die Mehrheit ihrer Mitglieder weitgehend in das tägliche Leben integrieren.

Heiler können Priester Gottes, Gesetzgeber, Magier, Medien, Kräuter brauende Barbieri oder wissenschaftliche Ratgeber sein.²³¹ Vor dem 14. Jahrhundert gab es in Europa kein allgemein verbreitetes Wort, das auch nur annähernd die semantische Bedeutung unseres Titels «Arzt» gehabt hätte.²³² In Griechenland genoß der vorwiegend für die Sklaven zuständige Gesundheitstechniker schon früh Respekt, obgleich er nicht mit dem heilenden Philosophen oder Gymnasten, der die Freien betreute, auf einer Stufe stand.²³³ Im republikanischen Rom galten die Heilkundigen als verächtliches Gesindel. Ein paar Gesetze, die die Wasserversorgung, die Abwasser- und Müllbeseitigung und den Militärdienst regelten, galten, zusammen mit dem Staatskultus heilender Gottheiten, als völlig ausreichend; von Großmutter Heilrängen und den Arzneien des Militärsanitäters wurde nicht viel Aufhebens gemacht. Bevor Julius Cäsar der ersten Gruppe von Äskulapjüngern, 46 v. Chr., das römische Bürgerrecht verlieh, war dieses Privileg griechischen Ärzten und heilkundigen Priestern verwehrt.²³⁴ Die Araber ehrten den Arzt²³⁵; die Juden überließen die Gesundheitspflege den jeweiligen

231 Nur zur Zeit Chaucers gab es einen allgemeinen Namen für alle Heiler: Vern L. Bullogh, «Medical Study at Mideaval Oxford», *Speculum* 36, 1961, S. 600–12.

232 «The Term «Doctor»», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 18, 1963, 284–87.

233 Louis Cohn-Haft, *The Public Physician of Ancient Greece*, Northampton, Mass.: Smith College, 1956.

234 Adalberto Pazzini, *Storia della medicina*, 2 Bde., Mailand: Società editrice libraria, 1947.

235 Zur Medizin der Araber im allgemeinen siehe Lucien Leclerc, *Histoire de la médecine arabe: Exposé complet des traductions du grec: Les Sciences en Orient, leur transmission à l'Occident par les traductions latines*, 2 Bde., 1876; Reprint, New York: Franklin, 1971; Manfred Ullmann, *Die Medizin im Islam*, Leiden: Brill, 1970, ein umfassendes Handbuch. Siehe aber auch die Wertung von Ibn Khaldun, *The Muqaddimah: An Introduc-*

Lebensbedingungen im Getto oder holten mit schlechtem Gewissen den arabischen Arzt.²³⁶ Die verschiedenen Funktionen der Medizin waren in verschiedenen Rollen unterschiedlich kombiniert. Der erste Berufsstand, der die Gesundheitspflege monopolisiert, ist der Arzt im späten 20. Jahrhundert.

Es klingt paradox, aber je mehr Aufmerksamkeit der technischen Kontrolle der Krankheit gewidmet wird, desto größer werden die symbolischen, nichttechnischen Funktionen der medizinischen Technik. Je weniger es als erwiesen gelten kann, daß größere Einsätze von Geld die Überlebensraten in einem bestimmten Zweig der Krebsbehandlung steigern, desto mehr Geld erhalten gerade jene medizinischen Forschungsinstitute und Kliniken, die diesen speziellen Operationszirkus veranstalten. Nur aus therapiefremden Zielen – etwa Arbeitsplatzbeschaffung für Spezialisten, Gleichstellung auch der Armen, symbolische Tröstung der Patienten oder Experimente an Menschen – läßt sich die gewaltige Expansion der Lungenkrebs-Chirurgie in den letzten 25 Jahren erklären. Nicht nur weiße Kittel, Masken, Antisepsis und Abulanzsirenen, sondern ganze Zweige der Medizin werden weiterhin finanziert, weil sie nun einmal mit nichttechnischer, vorwiegend symbolischer Macht ausgestattet sind.

Der moderne Arzt wird also, ob er will oder nicht, in symbolische, nichttechnische Rollen hineingezwungen. So wird etwa die Entfernung der Mandeln von nichttechnischen Funktionen der Medizin bestimmt: mehr als 90 Prozent der in den USA vorgenommenen Tonsillektomien sind technisch unnötig, und doch werden 20–30 Prozent aller Kinder dieser Operation unterzogen. Eines von tausend stirbt an den unmittelbaren Folgen der Operation, und sechzehn erleiden schwere Komplikationen. Alle verli-

tion to History, übers. Franz Rosenthal, Bollingen Series XLIII, 3 Bde., Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press, 1967. Eine kritische Untersuchung des arabischen Beitrags zum Bild des westlichen Arztes ist Heinrich Schipperges, «Ideologie und Historiographie des Arabismus», *Sudhoffs Archiv*, Suppl. 1, 1961.

236 Jacob Marcus, *Communal Sick-Care in the German Ghetto*, Cincinnati: Hebrew Union College Press, 1947. Dieses Buch gibt Gründe zu schlechtem Gewissen wegen der Heranziehung Außenstehender.

ren wertvolle Immunisierungsmechanismen. Und alle werden emotionaler Aggression ausgesetzt: sie werden in einer Klinik isoliert, von ihren Eltern getrennt und der ungerechtfertigten, meist unmäßigen Grausamkeit des Medizin-Betriebs ausgesetzt.²³⁷ Das Kind erfährt, wie es ist, wenn man sich in der Hand von Technikern befindet, die in seiner Gegenwart eine Fremdsprache sprechen, in der sie Urteile über seinen Körper fällen; es erfährt, daß sein Körper Übergriffe von Fremden erdulden muß, und aus Gründen, die diese allein kennen; und es lernt darauf stolz zu sein, daß es in einem Land lebt, wo die Sozialversicherung für solche medizinische Initiation in die Wirklichkeit des Lebens aufkommt.²³⁸

Die eigene körperliche Beteiligung am Ritual ist keine notwendige Bedingung für die Initiation in den Mythos, den das Ritual erzeugen soll. Der medizinische Zuschauersport übt eine mächtige Faszination aus. Ich war zufällig in Rio de Janeiro und in Lima, als Dr. Christian Barnard dort seine Gastspiele gab. In beiden Städten konnte er zweimal täglich ein großes Fußballstadion füllen, und die Menge applaudierte ihm hysterisch für seine makabre Fähigkeit, menschliche Herzen auszutauschen. Solche medizinischen Wunderkuren üben eine weltweite Wirkung aus. Ihr Entfremdungseffekt erfaßt auch Menschen, die in ihrer Nachbarschaft nicht einmal eine Arztpraxis, geschweige denn ein Krankenhaus haben. Sie geben ihnen die abstrakte Gewißheit einer möglichen Erlösung durch die Wissenschaft. Das Erlebnis im Stadion von Rio de Janeiro war für mich eine Vorbereitung auf die bald danach erwiesene Ge-

237 S. D. Lipton, «On Psychology of Childhood Tonsillectomy», in R. S. Eissler u. a., Hrsg., *Psychoanalytic Study of the Child*, New York: International Univ. Press, 1962, 17, S. 363–417; nachgedruckt in *Anthologia A8*, Guernavaca: CIDOC, 1974.

238 Julius A. Roth, «Ritual and Magic in the Control of Contagion», *American Sociological Review* 22, Juni 1957, S. 310–14. Schildert, wie Ärzte mitunter an Magie glauben. Der Glaube an die Gefahr einer Ansteckung durch tuberkulöse Patienten führt zu ritualisierten Verfahren und irrationalen Gepflogenheiten. Zum Beispiel wird die Vorschrift, daß die Patienten Schutzmasken tragen sollen, strikt eingehalten, wenn sie zur Durchleuchtung gehen, nicht aber, wenn sie das Kino oder gesellige Veranstaltungen besuchen.

wißheit, daß nämlich die brasilianische Polizei, bislang als erste, lebensverlängernde Techniken bei der Folter von Gefangenen einsetzt. Solch extremer Mißbrauch der Medizin paßt in grotesker Weise zur herrschenden medizinischen Ideologie.

Der unbeabsichtigte nicht-technische Einfluß, den die Medizin-Technik auf die Gesundheit der Gesellschaft ausübt, kann gewiß auch positiv sein.²³⁹ Eine unnötige Penicillinspritze kann auf magische Weise wieder Selbstvertrauen und Appetit herstellen.²⁴⁰ Eine kontraindizierte Operation kann ein Eheproblem lösen und bei beiden Partnern Krankheitssymptome verringern.²⁴¹ Nicht nur die Zuckerpille des Arztes, sondern auch seine Gifte können wirksame Placebos sein. Doch dies ist nicht die allgemeine Folge der nichttechnischen Nebenwirkungen einer technischen Medizin. Man darf vielmehr behaupten, daß gerade in jenen engen Bereichen, in denen kostspielige medizinische Maßnahmen spezifischer wirksam sind, ihre symbolischen Nebenwirkungen ungemein gesundheitsschädlich sind.²⁴² Die traditionell Weiße Magie der Medizin, die den Patienten in seinem Bemühen um Gesundung unterstützte, ist zur Schwarzen Magie geworden.²⁴³

239 Arthur K. Shapiro, «Factors Contributing to the Placebo Effect: The Implications for Psychotherapy», *American Journal of Psychotherapy* 18, Suppl. 1, März 1964, S. 73–88.

240 Otto Lippross, *Logik und Magie in der Medizin*, München: Lehmann, 1969, S. 198–218. Lippross behauptet und dokumentiert seine Überzeugung, die *wirksamste* Heilung beruhe auf der Entscheidung des Arztes für diejenige Methode, die seiner Persönlichkeit am besten entspreche. Zur Bibliographie, siehe S. 196–218.

241 Henry K. Beecher, «Surgery as Placebo: A Quantitative Study of Bias», *Journal of the American Medical Association* 176, 1961, S. 1102–07. Seit langem ist bekannt, daß die Chirurgie eine Placebo-Wirkung auf den Patienten haben kann. Ich behaupte, daß ähnliche Effekte durch optisch wirksame Interventionen sozio-politisch vermittelt werden können.

242 Gerhard Kienle, *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: Eine kritische Untersuchung*, Stuttgart: Schattauer, 1974, trifft diese Feststellung, bezieht sich aber nur auf den pharmakologischen Sektor der medizinischen Technologie.

243 Henry K. Beecher, «Nonspecific Forces Surrounding Disease and the Treatment of Disease», *Journal of the American Medical Association*

Die soziale Iatrogenese läßt sich weitgehend als negatives Placebo – als *Nocebo*-Effekt (lat.: ich werde schaden) – erklären.²⁴⁴ Die nichttechnischen Nebenfolgen biomedizinischer Interventionen fügen der Gesundheit ungeheuren Schaden zu. Wie stark die Schwarze Magie einer medizinischen Intervention wirkt, ist nicht von ihrer technischen Effizienz abhängig. Die Wirkung des Nocebo ist, wie die des Placebo, weitgehend unabhängig von dem, was der Arzt tut.

Medizinische Maßnahmen wirken als *Schwarze Magie*, wenn sie, statt die Kräfte der Selbstheilung zu mobilisieren, den Kranken in einen ohnmächtigen und behexten Voyeur seiner eigenen Behandlung verwandeln. Medizinische Verfahren werden zu einer Kranken-Religion, wenn sie als Rituale zelebriert werden, die alle Hoffnung des Kranken auf die Wissenschaft und deren Funktionäre lenken, statt ihn zu ermutigen, nach einer Sinndeutung seines Leidens zu suchen oder sich an einem bewundernswerten Menschen, der zu leiden gelernt hat – mag er vor Zeiten gelebt haben oder nebenan wohnen –, ein Beispiel zu nehmen. Die medizinischen Maßnahmen multiplizieren die Krankheit durch *moralische Erniedrigung*, wenn sie den Kranken in einem spezialisierten Milieu isolieren, statt der Gesellschaft zu jener Motivation und Disziplin zu verhelfen; die mehr soziale Toleranz für die Leidenden ermöglichen würde. Magisches Unheil, religiöser Fluch und moralische Erniedrigung, die unter dem Vorwand biomedizinischer Zwecke verhängt

179, 1962, S. 437–40. «Jede Angst kann töten, aber eine angstbelastete Diagnose kann den Tod durch die Diagnose nahezu garantieren.» Walter B. Cannon, «Voodoo Death», *American Anthropologist* 44, April–Juni 1942, S. 169–81. Die Opfer magischer Praktiken auf Haiti leiden an ominösen, anhaltenden Ängsten, die eine heftige Reaktion des sympathico-adrenalen Systems und ein plötzliches Absinken des Blutdrucks verursachen, das zum Tod führt.

244 R. C. Pogge, «The Toxic Placebo», *Medical Times* 91, August 1963, S. 778–81. S. Wolf, «Effects of Suggestion and Conditioning on the Action of Chemical Agents in Human Subjects: The Pharmacology of Placebos», *Journal of Clinical Investigation* 29, Januar 1950, S. 100–09.

G. Herzhaft, «L'Effet nocebo», *Encéphale* 58, November–Dezember 1969, S. 485–503.

werden, sind wesentliche Ursachen der sozialen Iatrogenese. Was sie verbindet, ist die Medikalisierung des Todes.

Als in Griechenland, Indien und China die Ärzte erstmals außerhalb der Tempel ihr Geschäft eröffneten, hörten sie auf, Medizinmänner zu sein. Als sie rationale Macht über die Krankheit beanspruchten, verlor die Gesellschaft den Sinn für die Komplexität der Persönlichkeit und ihre integrale Heilkraft, den vordem der Zauberer-Schamane oder Heiler vermittelt hatte.²⁴⁵ In den großen Traditionen der medizinischen Heilkunst blieb die Wunderheilung Priestern und Königen überlassen. Die Kaste, die mit den Göttern auf vertrautem Fuß stand, konnte auf deren Eingreifen bauen. Die Hand, die das Schwert führte, besaß in den Augen der Menschen auch die Macht, nicht nur Feinde, sondern auch böse Geister zu bannen. Bis ins 18. Jahrhundert legte der König von England jedes Jahr an einem bestimmten Tag einigen Unglücklichen, die mit Gesichtstuberkulose behaftet und nach Meinung der Ärzte unheilbar waren, die Hand auf.²⁴⁶ Epileptiker, deren Leiden sogar gegen die Berührung Seiner Majestät resistent war, suchten Zuflucht bei der – wie der Aberglaube meinte – aus den Händen des Henkers fließenden Heilkraft.²⁴⁷ Mit der Entstehung von Medizin-Kultur und Heiler-Zünften begannen die Ärzte sich von Quacksalbern und Prie-

245 Erwin H. Ackerknecht, «Problems of Primitive Medicine», in William A. Lessa und Evon Z. Vogt, *Reader in Comparative Religion*, New York: Harper & Row, 1965, Kap. 8, S. 394–402. Ackerknecht bietet ein wichtiges Korrektiv zum Parsonsschen Vorurteil, daß alle Gesellschaften den Heiler mit besonderer Macht ausstatten. Er zeigt, daß der Medizinmann und der moderne Arzt eher Antagonisten als Kollegen sind: beide betreten Kranke, aber in jeder anderen Hinsicht sind sie verschieden.

246 Marc Bloch, *The Royal Touch: Sacred Monarchy and Scrofula in England and France*, übers. J. E. Anderson, Montreal: McGill-Queens Univ. Press, 1973.

247 Werner Danckert, *Unehrlische Leute: Die verfehmten Berufe*, Bern: Francke, 1963. Handelt von den Heilkräften, die Verfehmten und Randgruppen wie Henkern, Totengräbern, Prostituierten und Müllern traditionell zugeschrieben wurden.

Wolfgang Dau, Scharfrichter und Henker als Medici und Chirurgen, in: *Materia Medica*, Nordmark 15, 1963, S. 338–350.

stern dadurch zu unterscheiden, daß sie die Grenzen ihrer Kunst erkannten. Heute erhebt der Medizin-Betrieb erneut den Anspruch, Wunder zu wirken. Die Medizin fordert ihr Recht auf den Patienten, selbst wenn die Ätiologie seiner Krankheit ungewiß, die Prognose ungünstig und die Therapie noch im experimentellen Stadium ist. Unter diesen Umständen kann der Versuch, «medizinische Wunder» zu wirken, eine Rückversicherung gegen das Scheitern sein, denn Wunder sind, per Definition, nur zu erhoffen und nicht zu erwarten. Das radikale Monopol über die Gesundheitspflege, das der moderne Arzt beansprucht, zwingt ihn mittlerweile, sich wieder priesterliche und königliche Funktionen anzumaßen, die seine Vorfahren aufgaben, als sie sich als Heiltechniker spezialisierten.

Die Medikalisierung des Wunders bietet weiteren Aufschluß über die gesellschaftliche Funktion der lebensverlängernden Intensivtherapie. Wie ein Astronaut angeschnallt und kontrolliert, wird der Patient im Fernsehen vorgeführt. Solche heroischen Schauspiele sind ein vor Millionen aufgeführter Regentanz, eine Liturgie, bei der die realistischen Hoffnungen auf ein autonomes Leben der Wahnvorstellung weichen, die Ärzte könnten Gesundheit gleichsam aus dem Weltraum herbeizaubern.

Patienten-Majoritäten

Sobald die diagnostische Machtbefugnis der Medizin Kranke in übermäßiger Zahl produziert, überlassen die Ärzte den Überschuß der Verwaltung nichtmedizinischen Berufen. Durch eine Art Dumping befreit der ärztliche Adel sich von der Last Prestige-ärmer Therapien und betraut Polizisten, Lehrer oder Personalleiter mit sekundären medizinischen Lehensrechten. Die Ärzte behalten sich das unbestrittene Recht vor, zu definieren, was Krankheit ist, und schieben anderen die Aufgabe zu, die Kranken auszusieben und für ihre Behandlung zu sorgen. Nur der Mediziner weiß, was Sucht ist, doch dem Polizisten wird zugemutet, sie zu bekämpfen. Nur der Mediziner weiß Schwachsinn zu definieren, doch dem Lehrer obliegt es, die gesund aussehenden Idioten zu stigmatisieren und zu betreuen. Wenn in der medizinischen Literatur die Notwendigkeit

einer Neubestimmung der Ziele von Medizin erörtert wird, so geschieht dies meist in der Form eines geplanten Patienten-Dumpings. Warum sollte man nicht auch das Neugeborene, den Sterbenden, den Ethnozentriker, den sexuellen Versager und den Neurotiker sowie zahllose weitere uninteressante und zeitraubende Opfer des diagnostischen Übereifers aus den Gefilden der Medizin vertreiben und sie zu Klienten nichtmedizinischer Hilfstherapeuten machen: Sozialarbeiter, Fernsehjournalisten, Psychologen, Personalleiter und Sex-Berater²⁴⁸ Diese Vermehrung machtbefugter Jobs, die sich mit dem Abglanz medizinischen Prestiges schmücken, hat für die Rolle des Kranken ein völlig neues Umfeld geschaffen.

Jede Gesellschaft braucht um ihrer Stabilität willen die anerkannte Abweichung. Leute, die seltsam aussehen oder sich merkwürdig benehmen, gelten so lange als subversiv, bis ihre besonderen Merkmale mit einem formellen Namen belegt und ihr beunruhigendes Verhalten in einem Schubfach katalogisiert ist. Durch die Zuweisung eines Namens und einer Rolle werden unheimliche, beängstigende Monster gezähmt und zu berechenbaren Randfiguren gemacht, die dann gehätschelt, gemieden, unterdrückt oder verstoßen werden können. In fast allen Gesellschaften gibt es Leute, die jenen, die aus der Rolle fallen, ihre Rolle zuweisen; je nach dem vorherrschenden Gesellschaftsbild sind es meist Leute, die ein Spezialwissen über das Wesen der Abweichung besitzen²⁴⁹: sie entscheiden, ob der Abweichende von einem Geist besessen, von einem Gott berufen, von einem Gift infiziert, für seine Sünde bestraft oder das Opfer des Rachefluchs einer Hexe ist. Der Funktionär, der diese Etikettierung vornimmt, muß nicht notwendig eine medizinische Autorität sein: er kann auch ein juristischer, religiöser oder mi-

248 Dominique Wolton, *Le Nouvel Ordre sexuel*, Paris: Seuil, 1974, schildert das Ergebnis der sexuellen Revolution in Frankreich: eine neue «Sexokratie», bestehend aus Ärzten, Militanten, Erziehern und Apothekern hat die Sexualität der Franzosen säkularisiert und verschult und, «indem sie das Körperempfinden orthopädischem Management unterwarf, den Wohlfahrtskonsumenten sogar in diesem intimen Bereich reproduziert».

249 Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1970.

litärischer Machträger sein. Indem die Autorität dem Geist, der die Abweichung beseelt, einen Namen anheftet, unterstellt sie den Abweichenden der Kontrolle von Sprache und Sitte und verwandelt ihn aus einer Bedrohung in eine Stütze des Gesellschaftssystems. Die Ätiologie, die Lehre von den Krankheitsursachen, liefert die gesellschaftliche Wirkung gleich mit: wenn die «heilige Krankheit» göttliche Besessenheit sein soll, dann sprechen eben die Götter aus dem epileptischen Anfall.²⁵⁰

Jede Kultur definiert ihre eigenen Krankheiten.²⁵¹ Was in der einen eine Mißbildung der Chromosomen ist, gilt in der anderen als Verbrechen, Heiligkeit oder Sünde. Jede Kultur entwickelt ihre spezifische Reaktion auf die Krankheit. Für das gleiche Symptom der Kleptomanie kann der Betreffende hingerichtet, zu Tode therapiert, exiliert, hospitalisiert oder mit Almosen und Steuergeldern unterstützt werden. Hier müssen die Diebe ein besonderes Kleid tragen, dort sollen sie Buße tun; anderswo büßen sie einen Finger ein, dann wieder werden sie durch Magie oder Elektroschock umerzogen. Es ist immerhin ein riskantes Unterfangen, für alle Gesellschaften eine spezifisch «kranke» Form der Abweichung unter Berücksichtigung auch nur minimaler gemeinsamer Merkmale zu postulieren.²⁵² Die moderne Zuweisung von Kranken-Rollen ist

250 Ergänzende Hinweise, siehe FN. 15–18 oben.

251 T. F. Troels-Lund, *Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alter Zeiten*, Leipzig, 1919, ist eine frühe Untersuchung über die wechselnden Abgrenzungen von Krankheit in verschiedenen Kulturen. Walther Riese, *The Conception of Disease: Its History, Its Versions and Its Nature*, New York: Philosophical Library, 1953, versucht eine philosophische Epistemologie. Zur Orientierung über die neuere Diskussion siehe David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View*, New York: Free Press, 1968, besonders S. 33 ff.

252 Ein Beispiel unter anderen für eine Gesellschaft ohne äskulapianische Rolle, siehe Charles O. Franke, «The Diagnosis of Disease Among the Subanon of Mindanao», *American Anthropologist* 63, 1961, S. 113–32. Was den Bereich der Entscheidungen über Krankheit betrifft, werden Unterschiede in den individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen anerkannt, aber es gibt keinen förmlichen Status des Diagnostikers oder auch nur – im Verständnis der Subanon – des Heilers.

dabei einzigartig. Sie entwickelte sich kaum eine Generation bevor Henderson und Parsons sie analysierten.²⁵³ Sie definiert Abweichung als Sonderfall legitimen Verhaltens vom offiziell selektierten Konsumenten in einem industriellen Milieu.²⁵⁴ Auch wenn manches für die These spräche, daß in allen Gesellschaften einige Individuen sozusagen zeitweise beurlaubt sind und für die Zeit ihrer Wiederherstellung einen Sonderstatus genießen, läßt sich der soziale Rahmen, in dem diese Freistellung anderswo geschieht, nicht mit den Bedingungen des Wohlfahrtsstaates vergleichen. Wenn der moderne Arzt dem Patienten einen Krankenstatus zuweist, handelt er vielleicht tatsächlich in ähnlicher Weise wie der Zauberer oder Häuptling; der aber einer wissenschaftlichen Zunft angehört, die genau jene Kategorien *erfindet*, die sie den Menschen dann in der Praxis zuweist, unterscheidet sich der moderne Arzt ganz wesentlich vom primitiven Heiler. Der Medizinmann widmete sich dem Geschäft der Heilung und übte die Kunst, die bösen Geister zu beschwören. Er war kein wissenschaftlicher Experte, und es stand nicht in seiner Macht, neue Teufel zu erfinden. Die allmächtigen ärztlichen Zünfte erfinden auf ihren alljährlichen Tagungen jene Kranken-Rollen, die sie den Leuten zuweisen.

253 Lawrence J. Henderson, «Physician and Patient as a Social System», *New England Journal of Medicine* 212, 1935, 819–23, hat wohl als erster darauf aufmerksam gemacht, daß der Arzt den Kranken von der moralischen Verantwortung für seine Krankheit freispricht. Die klassische Formulierung der modernen, beinahe moralfreien Krankenrolle enthält Talcott Parsons, «Illness and the Role of the Physician», (orig. 1948) in Clyde Kluckhohn und Henry Murray, Hrsg., *Personality in Nature, Society and Culture*, revidierte Ausgabe, New York: Knopf, 1953.

254 David Robinson, *The Process of Becoming Ill*, London: Routledge, 1971, stellt eine fundamentale Schwäche der meisten bisherigen Studien über die Krankenrolle fest: sie beziehen sich auf Leute, die schließlich Patienten wurden, und handeln von demjenigen Patienten, der sich krank fühlt, aber sich nicht vom Arzt *Aufschub* geben läßt. Robinson weist die Auffassung zurück, daß Krankheit in dem Moment beginnt, da die Symptome dem Experten vorgeführt werden. Die meisten Menschen sind meist keine Patienten, wenn sie sich krank fühlen. Robinson untersucht empirisch das Krankheitsverhalten von Nicht-Patienten.

Seit jeher werden dem einzelnen zweierlei Rollen angeboten: eine, die durch die kulturelle Tradition genormt ist, und die andere als Ergebnis bürokratischer Organisation. Neuerung und Fortschritt bedeuteten zu allen Zeiten eine relative Vermehrung der letzteren, rational geschaffenen Rollen. Zweifellos konnte es geschehen, daß die geplanten Rollen in die kulturelle Tradition eingingen. Und natürlich ist eine klare Unterscheidung zwischen den beiden Arten von Rollen schwierig. Insgesamt aber gehörte die Krankenrolle bis in die jüngste Zeit eher dem traditionellen Typus an.²⁵⁵ Im letzten Jahrhundert hat jedoch das neue – von Foucault so genannte – klinische Weltbild die Verhältnisse verschoben. Der Arzt hat zunehmend seine Rolle als Moralist abgelegt und die eines aufgeklärten wissenschaftlichen Unternehmers angenommen. Seine vorrangige Aufgabe besteht mittlerweile darin, die Kranken von der Verantwortung für ihre Krankheit zu entbinden, und zu diesem Zweck wurden neue Krankheitskategorien aufgestellt. Wissenschaft und Klinik umgeben den Arzt mit einer Atmosphäre, in der Krankheit – in seinen Augen – zum Gegenstand von Bio- oder Soziotechnik werden kann; dennoch bringen seine Patienten ihre religiösen und weltanschaulichen Überzeugungen ins Sprechzimmer mit – ähnlich wie die Laien einst mit ihren weltlichen Sorgen in den sonntäglichen Gottesdienst kamen.²⁵⁶ Doch die von Parsons geschilderte Kranken-Rolle paßt nur so lange in die moderne Gesellschaft, wie die

255 Die Unterscheidung zwischen dem *intransitiven* *Gesunden* des Patienten und dem *transitiven Heilen*, das für ihn besorgt wird, wäre weiter auszuführen. Letzteres, ein Dienst am Patienten, läßt sich auf zwei grundverschiedene Arten ausführen. Es kann die Leistung einer Institution und ihrer deren Maßnahmen ausführenden Funktionäre sein, oder es kann das Ergebnis einer spontanen persönlichen Interaktion innerhalb einer kulturellen Situation sein. Diese Unterscheidung erläutert Jacques Ellul, *The Technological Society*, New York: Random House, 1964. Elluls Konzept der «institutionalisierten Werte» wurde analysiert auf dem Symposium *Katallagete* (Seid getröstet): Journal of the Committee of Southern Churches 2, Winter-Frühjahr 1970, S. 1–65. Die Phänomenologie der *persönlichen Fürsorge* wurde entwickelt von Milton Mayeroff, *On Caring*, New York: Harper & Row, 1971.

256 Renée Fox, *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the*

Ärzte so tun, als sei die Therapie immer erfolgreich, und solange die Öffentlichkeit bereit ist, diesen Optimismus zu honorieren.²⁵⁷ Die Kranken-Rolle, wie sie um die Mitte des 20. Jahrhunderts galt, eignet sich nicht mehr zur Beschreibung dessen, was in einem Medizin-Betrieb vorgeht, der Machtbefugnisse über Menschen beansprucht, die noch nicht krank sind; über Menschen, die keine begründete Hoffnung auf Heilung mehr haben; und über Menschen, für die der Arzt keine wirksamere Behandlung weiß als jene, die auch Großmutter oder Tante ihnen angedeihen lassen könnten. Die Auswahl einiger weniger, die alsdann von den Institutionen gehegt und gepflegt wurden, diente zu Anfang des Jahrhunderts dazu, die Medizin für die Zwecke der Industriegesellschaft einzuspannen.²⁵⁸

Unknown, Glencoe, Ill.: Free Press, 1959, untersucht Patienten im Endstadium, die einwilligten, sich als Versuchspersonen bei medizinischen Experimenten benutzen zu lassen. Ungeachtet der jeweiligen logischen und rationalen Erklärungen für ihre Krankheit, versuchen auch sie diese in religiösen, kosmischen und vor allem moralischen Bezügen zu begreifen.

257 Krankheit wird zu einem Phänomen, das mit hohem Lebensstandard und hohen Erwartungen einhergeht. In den ersten sechs Monaten 1970 gingen in England 5 Millionen Arbeitstage durch Arbeitskämpfe verloren. Diese Zahl wurde seit dem Generalstreik von 1926 nur zweimal übertroffen. Im Vergleich dazu gingen über 300 Millionen Arbeitstage durch Fehlen aufgrund ärztlich bestätigter Krankheit verloren. Office of Health Economics, *Off Sick*, London, 1971.

258 Clarence Karier, «Testing for Order and Control in the Corporate Liberal State», *Educational Theory* 22, Frühjahr 1972, weist nach, welche Rolle die Carnegie Foundation bei der Entwicklung von erzieherischem Testmaterial spielte, das sich im Dienst sozialer Kontrolle verwenden läßt – in Situationen, wo die Möglichkeiten der Schule, diese Aufgabe zu erfüllen, versagen. Nach Karier sind Tests, die außerhalb der Schule durchgeführt werden, ein stärkeres Mittel der Diskriminierung als Tests, die im Rahmen einer pädagogischen Situation erfolgen. Ebenso kann man behaupten, daß die medizinischen Tests sich zu einem zunehmend wirksamen Mittel der Klassifizierung und Diskriminierung entwickeln, während die Zahl der Befunde, bei denen keine signifikante Behandlung möglich ist, steigt. Sobald die Patientenrolle universal ist, wird die medizinische Etikettierung zum Werkzeug der totalen sozialen Kontrolle. E. Richard Brown, *The Rockefeller Medicine Men: Medicine & Capitalism in the Progressive Era*, Berke-

Daraus folgte der leicht kontrollierbare Anspruch der Abnormen auf abnorme Summen an öffentlichen Geldern. In gewissen Grenzen «stärkte» diese Umsorgung der Abweichenden den Zusammenhalt der Industriegesellschaft. Doch als ein kritischer Punkt überschritten war, zerstörte die soziale Kontrolle, die durch die Diagnose grenzenloser Bedürfnisse ausgeübt wurde, ihre eigene Basis.²⁵⁹ Heute gilt der Bürger als krank, solange seine Gesundheit nicht attestiert ist.²⁶⁰ In einer Gesellschaft, in der die Therapie zum Tanz ums goldene Kalb gerät, kann jedermann sich zum Therapeuten und jeden anderen zu seinem Klienten machen.

Die Rolle des Arztes hat sich heute verwischt.²⁶¹ In den Gesund-

ley, University of California Press, 1977, weist nach, wie medizinische Tests in Guatemala zum Zweck der sozialen Kontrolle eingesetzt wurden.

²⁵⁹ Siegler und Osmond, «Aesculapian Authority», siehe Kap. 2, FN 32, oben. Nach Meinung der Autoren wird die äskulapianische Autorität erstmals erwähnt bei T. T. Paterson, «Notes on Aesculapian Authority», unveröffentlichtes Manuskript, 1957. Sie umfaßt drei Rollen: die Autorität des beratenden, belehrenden und führenden Weisen; die moralische Autorität, die das Tun des Arztes nicht nur als etwas Gutes, sondern als das schlechthin Richtige erscheinen läßt; und die charismatische Autorität, aufgrund deren der Arzt sich auf eine höhere Macht berufen kann und die häufig das Bewußtsein des Patienten und die *raison d'état* außer Kraft setzt. Pädagogen, Psychologen, Führer von Bewegungen und unkonventionelle Heiler berufen sich zunehmend im Namen ihrer jeweiligen Technik auf diese dreifaltige Autorität; damit treten sie an die Seite der wissenschaftlichen Ärzte und tragen zur wuchernden Expansion der äskulapianischen Rolle bei.

²⁶⁰ Franco Basaglia, *Franca Basaglia-Ongara: Die abweichende Mehrheit*. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle. Frankfurt: Suhrkamp, 1972. Seit den sechziger Jahren stellt ein Bürger ohne ärztlich anerkannten Status eine Ausnahme dar. Eine fundamentale Voraussetzung der heutigen politischen Kontrolle ist, daß die Menschen auf die Überzeugung hin konditioniert werden, sie brauchten einen solchen Status nicht nur um ihrer eigenen Gesundheit, sondern auch um der Gesundheit anderer willen.

²⁶¹ Nils Christie, «Law and Medicine: The Case Against Role Blurring», *Law and Society Review* 5, Februar 1971, S. 357-66. Fallstudie eines Kriminologen über die Konflikte zwischen zwei monopolistischen Experten-Imperien. Die Medizin konvergiert mit Erziehung und Rechtsvollzug.

heitsberufen sind klinische Dienstleistung, öffentliche Gesundheitsplanung und wissenschaftliche Medizin kombiniert. Der Arzt hat es mit Patienten zu tun, die bei jedem Kontakt mit dem Medizin-Betrieb in verschiedenen Rollen zugleich gezwängt werden. Sie sind Patienten, die der Mediziner untersucht und repariert, sie sind verwaltete Bürger, deren gesamtes Verhalten von der Medizin-Bürokratie gesteuert wird. Und sie sind Meerschweinchen, an denen die Wissenschaft ohne Unterlaß experimentiert. Die äskulapianische Vollmacht, die Kranken-Rolle zuzuweisen, hat sich in die Anmaßung verloren, totale Gesundheitsbetreuung zu liefern. Gesundheit ist nicht länger die angeborene Eigenschaft jedes Menschen, die ihm zugestanden wird, solange keine Krankheit erwiesen ist, und sie wird als ein in immer weitere Ferne rückendes Ziel verstanden, auf das man kraft sozialer Gerechtigkeit Anspruch hat.

Die Entstehung eines Sammelsuriums von Gesundheitsberufen hat die Patienten-Rolle unendlich ausgeweitet. Wo früher der Arzt Krankheit attestierte, da tritt heute ein vermessener Gesundheitsbürokrat auf, der die Menschen nach Graden und Kategorien ihres Bedarfs an Therapie sortiert; und die Autorität des Arztes erstreckt sich inzwischen auf Gesundheitsüberwachung, Früherkennung, Präventivtherapie und zunehmend auch auf die Behandlung unheilbarer Leiden. Früher kontrollierte die moderne Medizin nur einen begrenzten Markt; heute sprengt dieser Markt alle Grenzen. Leute, die gar nicht krank sind, brauchen im Interesse ihrer zukünftigen Gesundheit professionelle Betreuung. Das Ergebnis ist eine morbide Gesellschaft, die nach universeller Medikalisierung verlangt, und ein Medizin-Betrieb, der universelle Morbidität attestiert.

Die Medikalisierung jeglicher Diagnose verwehrt dem Abweichenden das Recht auf seine eigenen Werte: Wer die Patientenrolle akzeptiert, gibt durch diese Einwilligung zu verstehen, daß er, sobald seine Gesundheit wiederhergestellt ist (was in unserer Gesellschaft nur eine andere Form der Patientenrolle ist), sich konform verhalten wird. Die Medikalisierung seiner Beschwerden führt zur politischen Kastration seines Leidens. Siehe hierzu Jesse R. Pitts, «Social Control: The Concept», *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968, No. 14, S. 391.

In einer morbiden Gesellschaft²⁶² herrscht der Glaube, die definierte und diagnostizierte Krankheit sei jeder anderen Form der negativen Etikettierung oder gar keiner Etikettierung unendlich vorzuziehen. Sie ist besser als die kriminelle oder politische Abweichung, besser als Faulheit, besser als eigenwilliges Fernbleiben von der Arbeit. Immer mehr Menschen wissen unerschrocken, daß sie ihre Arbeit und ihre Freizeit-Passivitäten leid sind, aber sie wollen die Lüge hören, daß eine körperliche Krankheit sie ihrer sozialen und politischen Verantwortung enthebe. Sie wollen, daß ihr Arzt als Richter und Priester fungiert. Als Richter spricht der Arzt den Patienten von seinen täglichen Pflichten frei und gibt ihm das Recht, in den Versicherungstopf zu greifen, den er vorher anfüllen mußte. Als Priester ist er der Komplize des Patienten, wenn es gilt, den Mythos aufzubauen, daß dieser ein unschuldiges Opfer biologischer Mechanismen sei – und nicht ein fauler, eigensüchtiger Deserteur aus dem gesellschaftlichen Kampf um die Kontrolle der Produktionsmittel. Das soziale Leben entwickelt sich zu einem Geben und Nehmen von medizinischen, psychiatrischen, pädagogischen oder geriatrischen Therapien. Einen Anspruch auf Therapie geltend zu machen, wird zur politischen Pflicht und das ärztliche Attest zum wirksamen Mittel sozialer Kontrolle.

Mit der Entfaltung des therapeutischen Dienstleistungssektors der Wirtschaft gelten immer mehr Menschen als Abweichler von irgendeiner erwünschten Norm und mithin als Klienten, die man entweder einer Therapie unterzieht, die sie der etablierten Gesundheitsnorm näherbringt, oder in einem speziellen Milieu konzentriert, das ihre Abweichung unterstützt. Basaglia²⁶³ weist darauf hin, daß die Kranken in der ersten historischen Phase dieses Prozesses von der Produktion freigestellt werden. In der nächsten Phase der industriellen Expansion wird eine Mehrheit als abweichend (deviant) und therapiebedürftig definiert. Ist dies geschehen, dann verringert sich abermals der Abstand zwischen den Kranken und den Gesunden. In fortgeschrittenen Industriegesellschaften wird den

262 H. Huebschmann, «La Notion d'une société malade», *Présence*, No. 94, 1966, S. 25–40.

263 Basaglia, *Die abweichende Mehrheit*.

Kranken wieder ein gewisses Maß an Produktivität zugestanden, das ihnen in einem früheren Stadium der Industrialisierung abgesprochen wurde. Heute, da jedermann irgendwie ein Patient ist, gewinnt die Lohnarbeit therapeutische Eigenschaften. Die lebenslange Gesundheitserziehung, Beratung, Untersuchung und Wartung sind regelrecht Bestandteil des Fabrik- und Büro-Alltags. Therapeutische Abhängigkeitsbeziehungen durchdringen und bestimmen die Produktionsverhältnisse. Der *homo sapiens*, dessen Bewußtsein in den Stammesmythen erwachte und der sich als Staatsbürger zum politischen Menschen entwickelte, wird heute zum lebenslänglichen Insassen einer industrialisierten Welt herangezogen.²⁶⁴ Die Medikalisierung der Industriegesellschaft treibt ihren imperialistischen Charakter zur letzten Blüte.

264 Michel Foucault, *Überwachen und Strafen*. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt: Suhrkamp, 1976.

Teil III

Kulturelle Iatrogenesis

Einleitung

Bislang haben wir zwei Arten kennengelernt, wie die Vorherrschaft der medikalisierten Gesundheitspflege zum Hemmnis für ein gesundes Leben wird: erstens die klinische Iatrogenesis, die entsteht, wenn die organische Fähigkeit zur Lebensbewältigung durch heteronome Verwaltung ersetzt wird; und zweitens die soziale Iatrogenesis, bei der die Umwelt jener Bedingungen beraubt wird, die es den Individuen, den Familien und der Nachbarschaft ermöglichen, ihre eigene innere Verfassung und ihr Milieu zu kontrollieren. Eine dritte Dimension der medizinischen Gesundheitsverweigerung ist die kulturelle Iatrogenesis. Sie setzt ein, sobald der Medizin-Betrieb den Willen der Menschen schwächt, ihre Realität zu erleiden.¹ Symptom solcher Iatrogenesis ist, daß das Wort «Leiden» inzwischen kaum noch geeignet ist, eine realistische menschliche Reaktion zu bezeichnen, weil es an Aberglauben, Sadomasochismus oder an die Verachtung der Reichen für das Los der Armen erinnert. Die zünftisch organisierte Medizin fungiert als allbeherrschendes moralisches Unternehmen, das jegliches Leiden durch industrielle Expansion bekämpfen will. Damit hat sie die Fähigkeit der Menschen zerstört, ihre Realität zu ertragen, ihre Wertvorstellungen zu artikulieren und die Unvermeidbarkeit und manchmal Unheilbar-

¹ F. J. J. Buytendijk, *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung*, Berlin: Springer, 1956. Durch den Vergleich mit anderen Arten gelangt er zur Beschreibung des Menschen als eines physiologisch und psychologisch sich selbst strukturierenden Organismus. Einen Überblick über die englische und deutsche Literatur zum Thema, siehe H. O. Pappé, «On Philosophical Anthropology», *Australasian Journal of Philosophy* 39, 1961, S. 47-64.

keit von Schmerz und Schwäche, von Verfall und Tod zu akzeptieren.

Gesund sein bedeutet nicht nur, erfolgreich die Realität zu bestehen, sondern auch diesen Erfolg zu genießen; es bedeutet die Fähigkeit, sich in Lust und Schmerz lebendig zu fühlen; es bedeutet, das Leben hochzuschätzen, aber auch zu respektieren. Gesundheit und Leiden als erlebte Sensationen sind Phänomene, die den Menschen vom Tier unterscheiden.² Nur vom Löwen im Kinderbuch heißt es, daß er leidet; und nur Schoßhunde verdienen Mitleid, wenn sie krank sind.³

Menschliche Gesundheit aber fügt dem Instinktverhalten die Dimension der Offenheit hinzu.⁴ Sie ist mehr als ein in Sitten, Bräuchen, Traditionen und Gewohnheiten sich äußerndes konkretes Verhaltensmuster. Sie impliziert die Beachtung einer Reihe von Kontrollmechanismen: Pläne, Vorschriften, Regeln und Instruktionen, die alle das persönliche Verhalten regieren.⁵ Kultur und Ge-

² Adolf Portmann, *Zoologie und das neue Bild des Menschen*, Hamburg: Rowohlt, 1956. Der Mensch verfügt über keine evolutionär angelegten Mechanismen, die ihn zur Einhaltung eines Gleichgewichts veranlassen würden; seine schöpferische Vielseitigkeit verleiht seiner Umwelt Merkmale, die diese von der Umwelt anderer Arten unterscheiden: Standort bzw. Territorium wird zur Heimat.

³ Peter Sedgwick, «Illness, Mental and Otherwise: All Illnesses Express a Social Judgment», *Hastings Center Studies* 1, No. 3, 1973, S. 19-40.

⁴ Viktor von Weizsäcker, *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, 4. Aufl., Stuttgart: Thieme, 1968; 1. Aufl. 1940.

⁵ Henry E. Sigerist, *A History of Medicine*, Bd. 1, Primitive and Archaic Medicine, New York: Oxford Univ. Press, 1967. Erwin H. Ackerknecht, «Primitive Medicine and Culture Patterns», *Bulletin of the History of Medicine* 12, November 1942, S. 545-74. Sigerist stellt fest: «Kultur, ob primitiv oder nicht, hat stets eine bestimmte Gestalt... Die Medizin eines primitiven Stammes fügt sich dieser Struktur ein. Sie ist eine ihrer Ausdrucksformen und läßt sich nicht restlos verstehen, solange sie separat untersucht wird.» Ackerknecht gibt Beispiele für diese Integration von Kultur und Medizin bei drei Stämmen: Cheyenne, Dobuan und Thonga. Eine klassische Beschreibung dieser Integration ist E. E. Evans-Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azandé*, New York: Oxford Univ. Press,

sundheit koinzidieren weitgehend. Jede Kultur entwickelt eine einmalige *Gestalt* der Gesundheit und ein Gefüge von Einstellungen zu Schmerz, Krankheit, Schwäche und Tod, deren jede eine Kategorie menschlichen Verhaltens bezeichnet, die traditionell die Kunst des Leidens genannt wurde.⁶

Jedes Menschen Gesundheit ist ein verantwortliches Handeln im gesellschaftlichen Kontext.⁷ Seine Einstellung zu Glück und Bitternis der Realität und seine Haltung gegenüber anderen, die er in Leiden, Schwäche, Angst und Pein sieht, bestimmt das Körpergefühl jedes Menschen und damit seine Gesundheit. Körpergefühl wird als

1937, Teil 4, 3. Ich behaupte, daß Gesundheit und meine Fähigkeit, für mein Verhalten im Leiden verantwortlich zu bleiben, einander entsprechen. Die Befreiung von dieser Verantwortung entspricht einem Verfall der Gesundheit.

6 Es ist nicht leicht, die Medizin-Kultur ohne Scheuklappen zu studieren. F. L. Dunn, «Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems», Mimeo, Univ. of California, o. J. Dunn weist den meisten veröffentlichten Untersuchungen über Medizin-Kulturen ein entscheidendes Vorurteil nach. Wie er behauptet, handeln 95 % der ethnographischen (und auch anthropologischen) Literatur über gesundheitsförderndes Verhalten und über die ihm zugrunde liegenden Überzeugungen vom Heilen der Krankheit und nicht von der Erhaltung und Erweiterung der Gesundheit. Literatur über die Medizin-Kultur, wie sie durch die Brille des Verhaltenstechnikers erscheint, gibt Marion Pearsall, *Medical Behavioral Science: A Selected Bibliography of Cultural Anthropology, Social Psychology and Sociology in Medicine*, Lexington: Univ. of Kentucky Press, 1963. Siehe auch Steven Polgar, Angaben in FN. 19, in Kap. 1. Elfriede Grabner, *Volksmedizin: Probleme und Forschungsgeschichte*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1974, eine Antologie kritischer Untersuchungen zur Geschichte der Ethnomedizin.

7 Zur kulturellen Sonderstellung von Gesundheit: Ina-Maria Greverus, *Der territoriale Mensch: Ein literaturanthropologischer Versuch zum Heimatphänomen*, Frankfurt: Athenäum, 1972. W. E. Muhlmann, «Das Problem der Umwelt beim Menschen», *Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie* 44, 1952, S. 153–81. Arnold Gehlen, *Die Seele im technischen Zeitalter, Sozialpsychologische Probleme in der industriellen Gesellschaft*, Hamburg: Rowohlt, 1957. P. Berger, B. Berger und H. Kellner, *The Homeless Mind*, New York: Vintage Books, 1974.

stets sich erneuerndes Kulturgeschick erlebt.⁸ In Java sagen die Leute lakonisch: Mensch sein heißt Javanese sein. Kleine Kinder, Flegel, Idioten, Verrückte und flagrant unmoralische Menschen nennen sich *ndurung djawa* (noch nicht Javanese). Ein «normaler» Erwachsener, der imstande ist, das höchst kunstvolle System sozialer Spielregeln einzuhalten, der über die delikatsten ästhetischen Wahrnehmungen verfügt, die Musik, Tanz, Drama und Textilmuster vermitteln, und der auf die subtilen Eingebungen der Gottheit zu reagieren vermag, die in der Stille des nach innen gekehrten Bewußtseins jedes Menschen wohnt, heißt *ampun djawa* (bereits Javanese). Ein Mensch sein heißt nicht nur atmen; es bedingt auch die Kontrolle des Atems durch dem Yoga verwandte Techniken, um im Ein- und Ausatmen buchstäblich die Stimme Gottes zu hören, der seinen Namen ausspricht: *hu Allah*.⁹ Die kulturell geprägte Gesundheit ist im Stil einer jeden Gesellschaft festgelegt als Kunst, zu leben, zu feiern, zu leiden und zu sterben.¹⁰ Alle traditionellen Kulturen leiten ihre hygienische Funktion aus dieser Fähigkeit ab, dem einzelnen die Mittel zu geben, um Schmerz erträglich, Krankheit oder Schwäche verstehbar und den Schatten des Todes sinnvoll zu machen. In solchen Kulturen ist Gesundheitspflege stets ein ver-

8 Herbert Plüge, *Der Mensch und sein Leib*, Tübingen: Niemeyer, 1967. F. J. J. Buytendijk, *Mensch und Tier*, Hamburg: Rowohlt, 1958. F. J. J. Buytendijk, *Prolegomena to an Anthropological Physiology*, Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press, 1974.

9 Clifford Geertz, «The Impact of the Concept of Culture on the Concept of Man», in Yehudi A. Cohen, Hrsg., *Man in Adaptation: The Cultural Present*, Chicago: Aldine, 1968. Siehe auch Clifford Geertz, *The Interpretation of Culture*, Basic Books, 1973. Siehe ferner die Kritik an dem hier vertretenen Standpunkt, bei Mary Douglas, *The Self-completing Animal*, in: *Times Literary Supplement*, 8. August 1975, S. 886–87.

10 Erwin H. Ackerknecht, «Natural Disease and Rational Treatment in Primitive Medicine», *Bulletin of the History of Medicine* 19, Mai 1946, S. 467–97, eine etwas überholte, aber immer noch vorzügliche Darstellung der Literatur über die Funktionen medizinischer Kulturen. Ackerknecht führt übereinstimmende Beweise dafür an, daß die Medizin in primitiven Kulturen eine gesellschaftliche Rolle spielt und einen ganzheitlichen, einheitlichen Charakter trägt, den die moderne Medizin nicht aufweist.

bindliches Programm für Essen¹¹, Trinken¹², Arbeiten¹³, Atmen¹⁴, Lieben¹⁵, Politikmachen¹⁶, Sport-Üben¹⁷, Singen¹⁸, Träumen¹⁹, Kämpfen und Leiden. Heilen ist meist eine traditionelle Art und Weise, Menschen zu pflegen und zu trösten, während sie gesund; und Krankenpflege ist meist eine Form der Toleranz, die den Ge-

11 Hans Wiswe, *Kulturgeschichte der Kochkunst: Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden*, München: Moos, 1970. Fred Binder, *Die Brotnahrung: Auswahl-Bibliographie zu ihrer Geschichte und Bedeutung*, Donau-Schriftreihe No. 9, Ulm: Deutsches Brotmuseum e. V., 1973. Siehe das Kapitel über die Diätetik in der Antike.

12 Salvatore P. Lucia, *Wine and the Digestive System: A Select and Annotated Bibliography*, San Francisco: Fortune House, 1970.

13 Lucien Febvre, «Travail: Evolution d'un mot et d'une idée», *Journal de psychologie normale et pathologique* 41, No. 1, 1948, S. 19–28.

14 Richard B. Onians, *The Origins of European Thought About the Body, the Mind, the Soul, the World and Fate*, 1951; Reprint New York: Arno 1970. H. E. Sigerist, «Disease and Music», in *Civilization and Disease*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1943, Kap. 11, S. 212ff.

15 Günter Elsässer, «Ausfall des Coitus als Krankheitsursache in der Medizin des Mittelalters», in Paul Diepgen u. a., Hrsg., *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, No. 3, Berlin, 1934.

16 Werner Jaeger, *Paideia: The Ideals of Greek Culture*, New York: Oxford Univ. Press, 1930. M. Michler, «Das Problem der westgriechischen Heilkunde», *Sudhoffs Archiv* 46, 1962, S. 141ff.

17 Edward N. Gardiner, *Athletics of the Ancient World* (New York, O. U. P. 1930) M. Michler, «Das Problem der westgriechischen Heilkunde», *Sudhoffs Archiv* 46 (1962) S. 141ff.

18 Fridolf Kudlien, «Stimmübungen als Therapeutikum in der antiken Medizin», *Ärztliche Mitteilungen* 44, 1963, S. 2257–58; Auszüge aus diesem Artikel bietet L. Heyer-Grote, *Atemschulung als Element der Psychotherapie*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970. Johanna Schmidt, «Phonaskoi», in Pauly-Wissowa, *Real-Encyclopädie*, 1941, Bd. 20, Teil 1, S. 522–26.

19 A. W. Gubser, «Ist der Mittagsschlaf schädlich?» *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 97, No. 7, 1967, S. 213–16. Jane Belo, *Trance in Bali*, preface by Margaret Mead, New York: Columbia Univ. Press, 1960. Kilton Steward, «Dream Theory in Malaya», *Complex: The Magazine of Psychoanalysis and Related Matters* 6, 1951, S. 21–33.

brechlichen zuteil wird. Nur jene Kulturen überleben, die einen lebensfähigen Verhaltenskodex bieten, der an die genetische Veranlagung einer Gruppe, an ihre Geschichte, ihre Umwelt und die besonderen durch die Rivalität benachbarter Gruppen bedingten Gefahren angepaßt ist.

Die Ideologie, die der moderne, kosmopolitische Medizin-Betrieb propagiert, läuft diesen Funktionen zuwider.²⁰ Er untergräbt radikal den Fortbestand alter Kulturprogramme und verhindert die Entstehung neuer, die Verhaltensmuster für Selbstbehandlung und Leiden bieten könnten. Wo immer in der Welt eine Kultur sich medikalisiert, da wird der traditionelle Rahmen der Sitten und Bräuche, die als persönliche Übung in der Tugend der Hygiene bewußt werden können, zunehmend durch ein mechanisches System, durch einen medizinischen Kodex verdrängt, der von den Individuen verlangt, sich den Anweisungen von Hygiene-Aufpassern zu unterwerfen.²¹ Die Medikalisierung ist ein wucherndes bürokratisches Programm, das auf der Leugnung der menschlichen Notwendigkeit beruht, sich mit Schmerz, Tod und Krankheit auseinanderzusetzen.²² Der moderne Medizin-Betrieb ist die Bemühung, dem

20 Ibn Khaldun, *The Muqaddimah: An Introduction to History*, übers. v. Franz Rosenthal, Bollingen Series XLII, 3 Bde., Princeton, N. J., Princeton Univ. Press, 1967. Khaldun, der gegen Ende des 15. Jahrhunderts schrieb, beobachtete den Konflikt zwischen der ärztlichen Kunst, wie sie eine seßhafte Kultur mit ihrem Luxus erforderte, und der Medizin der Beduinen, die hauptsächlich auf Tradition und individueller Erfahrung beruhte. Siehe besonders Bd. 2, S. 373–77 und Bd. 3, S. 149–51.

21 F. N. L. Poynter, Hrsg., *Medicine and Culture*, Proceedings of a Historical Symposium Organized Jointly by the Wellcome Institute of the History of Medicine, London, and the Wenner-Gren Foundations for Anthropological Research, N. Y., London: Wellcome Institute, 1969. Siehe besonders den Konflikt zwischen der Medizin der Metropolen und verschiedenen Traditionen. Wie in einem senegalesischen Krankenhaus eine neue Kategorie der «Geisteskrankheit» geschaffen wurde, siehe Danièle Storper-Perez, *La Folie colonisée: Texts à l'appui*, Paris: Maspéro, 1974.

22 Die westliche Vorstellung, daß *Gesundheit* abstrakt betrachtet ein Besitz des Menschen sei, konnte sich nur parallel zur Idee der *Menschheit* entwickeln. Carlyle meint, daß beide Ideen zum erstenmal im Trinkspruch

Menschen das abzunehmen, was für sich selbst zu tun sein genetisches und kulturelles Erbe ihn vordem befähigte. Die medizinische Zivilisation wird geplant und organisiert, um Schmerz abzutöten, Krankheit zu eliminieren und das Bedürfnis nach der Kunst, zu leiden und zu sterben, abzuschaffen. Diese zunehmende Verflachung des persönlichen Tugendverhaltens ist ein neues Ziel, das noch nie zuvor Leitlinie des sozialen Lebens war. Leiden, Heilen und Sterben, also wesentlich intransitive Aktivitäten, die Kultur einst jeden einzelnen lehrte, werden heute von der Technokratie als Gegenstände politischen Gerangels beansprucht und als Funktionsfehler behandelt, von denen die Bevölkerung durch Institutionen befreit werden soll. Die Ziele der imperialistischen Medizin-Zivilisation stehen also im Gegensatz zu jedem kulturellen Gesundheitsprogramm, auf das sie im Verlauf ihrer progressiven Kolonisierung stoßen.²³

des siegreichen Alexander auf die *homo-ousia* (Naturhaftigkeit) des Menschen erkennbare Form annahmen. Zusammen mit der Idee des Fortschritts obsiegte die Utopie einer gesunden Menschheit über das Ideal konkreter, spezifischer Verhaltensfunktionen, wie sie für die einzelnen Stämme oder *Polis* typisch waren. Siehe hierzu auch H. C. Baldry, *The Unity of Mankind in Greek Thought*, Cambridge: University Press, 1965, sowie May Muehl, *Die antike Menschheitsidee in ihrer geschichtlichen Entwicklung*, Leipzig: Dietrichsche Verlagsbuchhandlung, 1928. Sidney Pollard, *The Idea of Progress: History and Society*, New York: Basic Books, 1968, behandelt die Ideologie des *menschlichen Fortschritts* im Zusammenhang der konkreten Geschichte und im Verhältnis der zur Philosophie gehörenden politisch-ökonomischen Aspekte.

23 Zur Geschichte dieses Konflikts in Lateinamerika, aus ethnomedizinischer Sicht, siehe Erwin H. Ackerknecht, «Medical Practices», in Julian Haynes Steward, *Handbook of South American Indians*, Bd. 5, *The Comparative Ethnology of South American Indians*, 1949; Reprint Saint Clair Shores, Mich.: Scholarly Press, 1973, S. 625–43. Über die medizinische Kolonisation siehe Percy M. Ashburn, *The Ranks of Death: A Medical History of the Conquest of America*, New York: Coward-McCann, 1947. Ein wichtiges Werk, das die Geschichte der Medizin und der Konquista beleuchtet. Francisco Guerra, *Historiografía de la medicina colonial hispano-americana*, Mexico: Abastecedora de impresos, 1953, ist eher bibliographisch als historiographisch, doch unerlässlich. Es gibt keine umfas-

3. Das Abtöten von Schmerz

Sobald die Medizin-Zivilisation der Metropolen eine traditionelle Kultur kolonisiert, verändert sich die Erfahrung des Schmerzes.¹ Der gleiche Nervenreiz, den ich «Schmerzempfinden» nenne, führt nicht nur je nach Persönlichkeit, sondern auch je nach Kultur zu verschiedenen Erfahrungen. Diese Erfahrung, Schmerzempfinden zu unterscheiden, impliziert eine ausschließlich menschliche Verhaltensweise, die wir *Leiden* nennen.² Die Medizin-Zivilisation aber verwandelt den Schmerz in eine technische Frage und beraubt das Leiden seiner wesentlich persönlichen Bedeutung.³ Die Menschen verlernen es, das Leiden als unvermeidlichen Teil ihrer bewußten Auseinandersetzung mit der Realität zu akzeptieren, und sie lernen, jeden Schmerz als Zeichen ihres Bedürfnisses nach Schonung und Rücksichtnahme zu deuten. Traditionelle Kulturen begegnen Schmerz, Schwäche und Tod, indem sie sie als Heraus-

sende Untersuchung über den Imperialismus der europäischen medizinischen Ideologie in Lateinamerika. Zur ersten Orientierung siehe Gonzalo Aguirre Beltrán, *Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*, Mexico: Instituto Nacional Indigenista, 1963. Rudolf Thisen, *Die Entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozialhygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930*. Forschungsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen, Nr. 2050, Köln: Westdeutscher Verlag, 1969, S. 3–72. Eine Geschichte der in der Sozialmedizin gebräuchlichen Begriffe seit der Zeit, als in Deutschland die Hygiene aus der Zuständigkeit des Klerus in jene des Arztes überging. Besonders aufschlußreich für die Mitte des 19. Jahrhunderts, als die Gesundheit als der «einzige Besitz» angesehen wurde, den es von Staats wegen zu schützen galt.

1 Eine äußerst sensible phänomenologische Untersuchung über die moderne Schmerzerfahrung ist Peter Berger, «Policy and the Calculus of Pain», in *Pyramids of Sacrifice: Political Ethics and Social Change*, New York: Basic Books, 1974, Kap. 5.

2 F. J. J. Buytendijk, *Pain, Its Modes and Functions*, übers. v. Eda O'Shiel, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1962. Rudolf Bilz, *Paläoanthropologie*, Bde. 1–2, *Studien über Angst und Schmerz*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1971.

3 Viktor von Weizsäcker, *Arzt und Kranker*, Stuttgart: Köhler, 1949, Bd. 1.

forderungen begreifen, die von dem Betroffenen eine angemessene Reaktion verlangen. Die medikalisierte Zivilisation macht daraus Forderungen des Individuums an das Wirtschaftssystem, Probleme, die gemanaged oder *wegproduziert* werden können.⁴ Kulturen sind Systeme von Sinnbedeutungen; die kosmopolitische Zivilisation ist ein System von Techniken. Kultur macht den Schmerz erträglich, indem sie ihn in ein sinnvolles Umfeld integriert; die kosmopolitische Zivilisation löst den Schmerz aus jedem subjektiven oder objektiven Kontext, um ihn zu beseitigen. Kultur macht den Schmerz erträglich, indem sie ihn als Notwendigkeit interpretiert; nur als heilbar aufgefaßter Schmerz ist unerträglich.

Unzählige Tugenden bezeichnen die verschiedenen Aspekte der Stärke, welche die Menschen traditionell befähigte, Schmerzempfindungen als Herausforderung zu erkennen und ihr eigenes Erleben entsprechend zu gestalten. Geduld, Nachsicht, Mut, Resignation, Selbstbeherrschung, Ausdauer und Demut – alle diese Haltungen drücken jeweils verschiedene Reaktionen aus, durch die der Schmerz akzeptiert, in die Erfahrung des Leidens verwandelt und ertragen wurde.⁵ Pflichtgefühl, Liebe, Begeisterung, Übungen, Gebet und Mitleid – diese Mittel befähigten ihn, Schmerzen mit Würde zu ertragen. Traditionelle Kulturen machen den einzelnen für sein Verhalten unter dem Eindruck von körperlichem Leid oder Kummer verantwortlich.⁶ Schmerz wurde als unabdingbarer

4 Thomas S. Szasz, *Pain and Pleasure*, New York: Basic Books, 1957.

5 Über die Reaktion von zeitgenössischen Autoren und Philosophen auf Schmerz berichtet Ida Cermak, *Ich klage nicht: Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen*, Wien: Amalthea, 1972. Im Spätmittelalter war es beinahe unmöglich, am Verhalten eines Menschen zu erkennen, ob dieses durch Schmerz, Mitleid, verletzten Stolz oder eine Wunde verursacht war. Wilhelm Scherer, *Der Ausdruck des Schmerzes und der Freude in der mittelhochdeutschen Dichtung der Blütezeit*, Straßburg, 1908.

6 Wenn die Künstler der griechischen Klassik den Schmerz darstellten, befaßten sie sich nur indirekt mit seiner physiologischen Wirkung; vor allem suchten sie darzustellen, wie diese Wirkung mehr oder minder persönlich erlebt wurde. Ernst Hannes Brauer, *Studien zur Darstellung des Schmerzes in der antiken bildenden Kunst Griechenlands und Indiens*,

Teil der subjektiven Realität des eigenen Körpers erkannt, die den einzelnen ständig umgibt und die ständig durch seine bewußten Reaktionen darauf gestaltet wird.⁷ Die Menschen wußten, daß sie selbst gesunden mußten⁸, daß sie selbst mit ihrer Migräne, ihrer Schwäche oder ihrem Kummer fertig werden mußten.

Der Schmerz, der dem einzelnen zugefügt wurde, beschränkte den Mißbrauch des Menschen durch den Menschen. Ausbeuterische Minderheiten verkauften Schnaps oder predigten Religion, um ihre Opfer zu betäuben, und die Sklaven sangen den Blues oder kauften Coca. Wenn die Ausbeutung aber einen kritischen Punkt überschritt, dann mußten traditionelle Gesellschaften, deren Ökonomie auf den Ressourcen des menschlichen Körpers beruhte, zusammenbrechen. Jede Gesellschaft, in der Unbehagen und Schmerz so intensiv wurden, daß sie kulturell unerträglich waren, war zum Untergang verurteilt.

Heute ist ein wachsender Teil aller Schmerzen von Menschen verursacht – eine Nebenwirkung der industriellen Expansionsstrategien. Schmerz wird nicht mehr als «natürliches» oder «metaphysisches» Übel begriffen. Er ist ein sozialer Fluch, und damit die «Mas-

Inauguraldissertation, Universität Breslau, Breslau, Nischkowsky, 1934. Ähnliche Schlußfolgerungen bezüglich des attischen Theaters zieht Karl Kiefer, *Körperlicher Schmerz auf der attischen Bühne*, Inauguraldissertation, Heidelberg: Carl Winters Universitätsbuchhandlung, 1908.

7 60 plastische Darstellungen von Menschen im Schmerz zeigt Friedrich Schulze-Maizier und H. Moehle, *Schmerz*, Berlin: Metzner, 1943. Ebenso F. Garnaud, «La Douleur dans l'art», *Aesculape*, 1957, mehrere Abb. in aufeinanderfolgenden Nummern.

8 Viktor von Weizsäcker, «Zum Begriff der Arbeit: Eine Habeas-Corpus-Akte der Medizin?» in Edgar Salin, Hrsg., *Synopsis: Festgabe für Alfred Weber*, Heidelberg: Schneider, 1948, S. 707–61. Eine phänomenologische Schilderung des Leidens als Leistung, d. h. als Aktivität des Kranken, die in allen Gesellschaften Respekt verdient und in der Regel als eine Leistung anerkannt wird, die, obwohl von der Arbeit unterschieden, doch einen dieser ähnlichen gesellschaftlichen Rang hat. Albert Görres, Hrsg., *Der Kranke, Ärgernis der Leistungsgesellschaft*, Düsseldorf: Pamos, 1971. Auch wenn Everett Hughes, *Men and Their Work*, New York: Free Press, 1958, nicht ganz soweit geht, bietet er Handhabe für eine ähnliche Interpretation.

sen» nicht die Gesellschaft verfluchen, wenn der Schmerz sie quält, liefert das Industriesystem ihnen medizinische Schmerzmittel. Schmerz verwandelt sich daher in Nachfrage nach mehr Drogen, Hospitälern, ärztlichen Dienstleistungen und anderen Produkten einer organisierten, unpersönlichen Fürsorge und in eine politische Begründung für noch mehr organisiertes Wachstum, ganz gleich um welchen menschlichen, sozialen oder ökonomischen Preis. Der Schmerz ist ein politisches Problem geworden, das auf seiten der Anästhesie-Konsumenten eine lawinenartig wachsende Nachfrage nach künstlich induzierter Fühllosigkeit, Abstumpfung und Bewußtlosigkeit erzeugt.

Die traditionellen Kulturen einerseits und die technische Zivilisation andererseits gehen von entgegengesetzten Voraussetzungen aus. In jeder traditionellen Kultur sind die Psychotherapie, das Glaubenssystem und die Drogen, deren der Mensch bedarf, um die häufigsten Formen von Schmerz zu ertragen, Bestandteil des täglichen Verhaltens, und sie reflektieren die Überzeugung, daß die Wirklichkeit hart und der Tod unvermeidlich ist.⁹ Unter den dystopischen Bedingungen des 20. Jahrhunderts wird die Notwendigkeit, eine leidvolle Realität – innerhalb oder außerhalb des eigenen Körpers – zu ertragen, als Versagen des sozio-ökonomischen Systems interpretiert, und der Schmerz wird als störender Zwischenfall aufgefaßt, dem durch außerordentliche Interventionen zu begegnen ist.

Die Schmerzerfahrung, die aus den im Hirn empfangenen Schmerz-Informationen resultiert, ist in Qualität und Quantität von der genetischen Anlage¹⁰ und von wenigstens vier anderen funktionalen Faktoren als Art und Intensität des Stimulus abhängig:

9 Bilz, «Die menscheitsgeschichtlich ältesten Mythologeme», in *Studien über Angst und Schmerz*, S. 276–94.

10 Asenath Petrie, *Individuality in Pain and Suffering*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1967. Die Menschen unterscheiden sich darin, wie sie ihr Erleben modulieren; einige verringern, andere verstärken ihre Wahrnehmungen, einschließlich Schmerz. Dieses Reaktionsmuster ist zum Teil genetisch determiniert. Siehe auch B. B. Wolff und M. E. Jarvik, «Relationship Between Superficial and Deep Somatic Threshold of Pain, with a Note on Handedness», *American Journal of Psychology* 77, 1964, S. 589–99.

nämlich Kultur, Angst, Aufmerksamkeit und Interpretation. Diese werden sämtlich durch soziale Determinanten wie Ideologie, ökonomische Struktur und Sozialcharakter geformt. Die Kultur schreibt vor, ob die Mutter oder der Vater oder beide bei der Geburt des Kindes wehklagen müssen.¹¹ Umstände und Gewohnheiten bestimmen das Maß an Angst, das der Leidende verspürt; der Aufmerksamkeit, die er seinen körperlichen Empfindungen schenkt.¹² Schulung und Überzeugung bestimmen, welche Bedeutung körperlichen Empfindungen beigemessen wird, und beeinflussen das Maß, in dem Schmerz erfahren wird.¹³ Oft bietet der volkstümliche Aberglaube eine wirksamere magische Linderung als die Religion der Oberschicht.¹⁴ Die durch das schmerzhaftes Geschehen

11 Die Frage, wer bei der Geburt des Kindes leiden soll und von welcher Körperstelle der Schmerz ausgeht, behandelt Grantly Dick-Read, *Child-birth Without Fear*, 1944; Paperback New York: Dell, 1962. Enthält viele Informationen über den Einfluß der Kultur auf das Maß der Angst und den Zusammenhang zwischen Angst und Schmerzempfinden.

12 Henry K. Beecher, *Measurement of Subjective Responses: Quantitative Effects of Drugs*, New York: Oxford Univ. Press, 1959. Opiate üben ihre Wirkung hauptsächlich nicht auf den Schmerzimpuls aus, der über das Nervensystem vermittelt wird, sondern auf die psychologischen Begleitumstände des Schmerzes. Sie verringern die Angst. Placebos können bei vielen Menschen die gleiche Wirkung haben. Starke Schmerzen nach der Operation können bei etwa 35 % der Patienten durch die Gabe einer Zucker- oder Salztabellete statt eines Analgetikums gelindert werden. Da nur 75 % der Patienten in solcher Situation hohe Morphiumdosen erhalten, könnte der Placebo-Effekt die Wirkung des Medikaments zu 50 % erklären. Siehe auch Harris Hill u. a., «Studies on Anxiety Associated with Anticipation of Pain: I. Effects of Morphine», *A. M. A. Archives of Neurology and Psychiatry* 67, Mai 1952, S. 612–19.

13 R. Melzack und T. H. Scott, «The Effect of Early Experience on the Response to Pain», *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 50, April 1957, S. 155–61. Eine phänomenologische Analyse bietet Victor E. von Gebssattel, *Imago hominis: Beiträge zu einer personalen Anthropologie*, 2. Aufl., Salzburg: Otto Müller, 1968; Jacques Sarano, *La Douleur*, Lyon: Edition de l'Épi, 1965.

14 Thomas Keith, *Religion and the Decline of Magic: Studies in Popular Beliefs in the 16th and 17th Centuries in England*, London: Weidenfeld,

eröffnete Perspektive bestimmt, wie gut dieses ertragen wird: Verletzungen, die jemand sich zum Zeitpunkt der sexuellen Climax oder bei heroischen Taten zuzieht, werden oft nicht einmal gespürt. Soldaten, die am Brückenkopf von Anzio verwundet wurden und hofften, aufgrund ihrer Verletzungen vom Wehrdienst befreit und nach Hause geschickt zu werden, wiesen Morphiuminjektionen zurück, die sie für absolut notwendig gehalten hätten, wenn ihnen ähnlicher Schmerz beim Zahnarzt oder im Operationssaal zugefügt worden wäre.¹⁵

Sobald die Kultur medikalisiert wird, verfallen die sozialen Determinanten des Schmerzes. Während die Kultur den Schmerz als wesentlichen, intimen und nicht kommunizierbaren «Unwert» anerkennt, behandelt die medikalisierte Zivilisation den Schmerz primär als physische Reaktion, die verifiziert, quantifiziert und reguliert werden kann. Nur solcher Schmerz, der von einem Dritten von außen beobachtet wird, wird als ein Zustand diagnostiziert, der eine spezifische Therapie verlangt. Die Objektivierung und Quantifizierung geht so weit, daß in medizinischen Abhandlungen von schmerzhaften Krankheiten, Operationen oder Zuständen sogar in solchen Fällen die Rede ist, wo die Patienten behaupten, keinen Schmerz zu spüren. Der Schmerz erfordert demnach kontrollierende-Maßnahmen des Arztes, statt daß er bei dem, der den Schmerz erleidet, eine Haltung bewirken würde, die ihm helfen könnte, die Verantwortung für seine Erfahrung zu übernehmen.¹⁶ Die Ärzte-Zunft entscheidet darüber, welche Schmerzen authen-

1971. Über die Bedeutung und den praktischen Nutzen von Religion und Aberglauben bei der Linderung von Leiden während der frühen Moderne in England.

¹⁵ Beecher, *Measurement of Subjective Responses*, S. 164ff. Howard S. Becker, *Consciousness, Power and Drug Effects*, in: *Journal of Psychedelic Drugs*, Bd. 6, No. 1., Januar-März 1974. Die Drogenwirkung variiert beträchtlich, je nach den unterschiedlichen Ideen und Überzeugungen des Users hinsichtlich der Droge, und je nach der Kontrolle, die er sich beim Gebrauch der Droge auferlegt.

¹⁶ Zur Information über dieses Thema, siehe James D. Hardy u. a., *Pain Sensations and Reactions*, 1952; Reprint New York: Hafner, 1967; Harold G. und Stewart Wolff, *Pain*, American Lectures in Physiology Se-

tisch sind, welche einen physischen und welche einen psychischen Grund haben, welche eingebildet und welche simuliert sind.¹⁷ Die Gesellschaft erkennt dieses Expertenurteil an und bestätigt es. Mitleid als Tugend ist veraltet. Der Schmerz erleidende Mensch steht immer weniger in einem sozialen Kontext, der seiner mitunter überwältigenden Erfahrung einen Sinn gäbe.

Eine Geschichte der medizinischen Auffassung des Schmerzes ist noch nicht geschrieben. Etliche gelehrte Monographien befassen sich mit jenen Augenblicken während der letzten 25 Jahre, da die Einstellung der Ärzte zum Schmerz sich wandelte¹⁸, und manche historische Hinweise finden sich in Aufsätzen, die von der modernen Haltung gegenüber dem Schmerz handeln¹⁹. Die existentialistische Richtung der anthropologischen Medizin hat bei ihrem Bemühen, den Wandel der Körperempfindungen im technologischen Zeitalter nachzuzeichnen, wertvolle Einsichten über die Entwicklung der modernen Schmerzwahrnehmung zusammengetragen.²⁰ Die Beziehung zwischen den medizinischen Institutionen und der

ries, 2. Aufl. Springfield, Ill.: Thomas, 1958; Benjamin L. Crue, *Pain and Suffering: Selected Aspects*, Springfield, Ill.: Thomas, 1970.

¹⁷ Thomas S. Szasz, «The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of L'Homme Dououreux», in A. Soullairac, J. Cahn und J. Charpentier, Hrsg., *Pain*, New York: Academic Press, 1968, S. 93-113.

¹⁸ Richard Toellner, «Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen», *Medizinhistorisches Journal* 6, 1971, S. 707-61. Ferdinand Sauerbruch und Hans Wenke, *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*, Berlin: Junker & Dünnhaupt, 1936. Thomas Keys, *History of Surgical Anesthesia*, revid. Ausg., New York: Dover, 1963.

¹⁹ Kenneth D. Keele, *Anatomies of Pain*, Springfield, Ill.: Thomas, 1957. Hermann Buddensieg, *Leid und Schmerz als Schöpfermacht*, Heidelberg, 1956.

²⁰ Gebtsattel, *Imago hominis*. Sarano, *La Douleur*. Karl E. Rothschild, *Physiologie: Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert*, Freiburg: Alber, 1968. Ein unschätzbare Handbuch zur Geschichte der Physiologie seit dem 16. Jahrhundert, das einer Geschichte des medizinischen Verständnisses von Schmerz so nahe wie möglich kommt.

Angst, die die Patienten erleiden, wurde von Psychiatern²¹ und von Allgemeinmedizinern untersucht. Doch das Verhältnis des Medizin-Betriebs zum körperlichen Schmerz im realen Sinn ist noch immer ein unbestelltes Feld der Forschung.

Wer sich mit der Historie des Schmerzes befaßt, steht vor drei besonderen Problemen. Das erste betrifft den stattgefundenen Wandel im Verhältnis zwischen dem Schmerz und anderen Leiden, die den Menschen befallen können. Der Schmerz hat seine Position gegenüber Kummer, Schuld, Sünde, Angst, Furcht, Hunger, Schwäche und Unbehagen verändert. Was wir im Umkreis einer chirurgischen Krankenstation als Schmerz bezeichnen, dafür hatten frühere Generationen kein eigenes Wort. Es sieht so aus, als sei Schmerz nur jener Teil des menschlichen Leidens, über den die Ärzte-Zunft Kompetenz und Kontrolle beansprucht. Es gibt kein historisches Beispiel für die moderne Situation, wo die Erfahrung persönlichen körperlichen Schmerzes durch eben das therapeutische Programm geformt wird, das ihn beseitigen soll.

Das zweite Problem betrifft die Sprache. Für den technischen Gegenstand, den die moderne Medizin mit dem Terminus «Schmerz» belegt, gibt es auch heute kein einfaches Äquivalent in der Alltagssprache. In den meisten Sprachen bedeutet das von den Ärzten verwendete Wort auch Kummer, Angst, Scham und Schuld. Das englische Wort «pain» und das deutsche «Schmerz» sind noch relativ leicht in der Weise zu verwenden, daß eine überwiegend, wenn auch nicht ausschließlich physische Bedeutung vermittelt wird. Die meisten Synonyme in indogermanischen Sprachen bezeichnen ein weiteres Bedeutungsspektrum:²² körperlicher

21 M. Merskey und F. G. Spear, *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects*, London: Bailliere, Tindall & Cassell, 1967, rezensiert wichtige Arbeiten und versucht eine Klärung, wie der Schmerz in der experimentellen Forschung behandelt wird.

22 Siehe Carl Darling Buck, *A Dictionary of Selected Synonyms in the Principal Indo-European Languages: A Contribution to the History of Ideas*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1949, zu den folgenden vier semantischen Feldern: Schmerz/Leiden, 16:31; Kummer/Sorge, 16:32; Emotion/Gefühl, 16:12; Passion, 16:13. Siehe auch W. Franzen, *Klagebilder und Klagegebärden in der deutschen Dichtung des höfischen Mittelalters*,

Schmerz kann mit den Wörtern bezeichnet werden, die auch «schwere Arbeit», «Mühe», «Folter», «Geduld», «Strafe», ganz allgemein «Betrübnis», «Krankheit», «Müdigkeit», «Hunger», «Trauer», «Verletzung», «Sorge», «Traurigkeit», «Schwierigkeit», «Verwirrung» oder «Unterdrückung» bezeichnen. Diese Aufzählung ist alles andere als vollständig: sie zeigt, daß die Sprache viele Arten von «Übeln» zu bezeichnen vermag, die alle einen körperlichen Widerhall haben. In manchen Sprachen bedeutet körperlicher Schmerz schlechthin «das Schlechte». Wenn ein französischer Arzt den typischen Franzosen fragt, wo es ihm wehtut, dann wird der Patient auf die Stelle deuten und sagen: «J'ai mal là.» Andererseits kann der Franzose sagen: «Je souffre dans toute ma chair», und seinem Arzt damit zu verstehen geben: «Je n'ai mal nul part.» Wenn das Konzept des körperlichen Schmerzes schon im medizinischen Sprachgebrauch eine Entwicklung durchgemacht hat, dann läßt es sich nicht einfach durch die wechselnde Bedeutung eines bestimmten Wortes erfassen.

Die dritte Schwierigkeit einer Historie des Schmerzes ist dessen außerordentlicher axiologischer (Axiologie: Wertlehre) und epistemologischer (Epistemologie: Erkenntnislehre) Status.²³ Niemand wird je die Worte «mein Schmerz» so verstehen, wie ich sie meine, solange er nicht die gleichen Kopfschmerzen spürt wie ich,

Dissertation, Universität Bonn, Würzburg: Triltsch, 1938. Georg Zappert, «Über den Ausdruck des geistigen Schmerzes im Mittelalter: Ein Beitrag zur Geschichte der Förderungs-Momente des Rührenden im Romantischen», in *Denkschriften der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften*, Wien, Philosophisch-historische Classe, 1854, Bd. 5, S. 73-136.

23 Robert S. Hartman, *The Structure of Value: Foundation of Scientific Axiology*, Carbondale: Southern Illinois Univ. Press, 1967, bes. S. 255 ff. Es wird unterschieden zwischen «mein Schmerz», einem inneren Unwert, über den eine ganz einzigartige Gewißheit besteht; «dein Schmerz», ein äußerer Unwert, für den ich Mitleid empfinden kann; und «der Schmerz, den ein Dritter angeblich leidet», wie etwa die Kopfschmerzen nicht näher bezeichneter Patienten, für die ich bestenfalls allgemeines Mitgefühl aufbringen kann. Der Schmerz, der einer geschichtlichen Darstellung bedürfte, ist die persönliche Erfahrung des inneren Schmerzes: die Einbeziehung der sozialen Situation, in der Schmerz auftritt, in die Schmerzerfahrung.

was unmöglich ist, weil er ein anderer ist. In diesem Sinn bedeutet «Schmerz» eine Auflösung der scharfen Trennung zwischen Organismus und Milieu, zwischen Reiz und Reaktion.²⁴ Er bezeichnet nicht eine gewisse Erfahrungskategorie, die es dir und mir ermöglichen würde, unsere Kopfschmerzen zu vergleichen; um so weniger bedeutet er eine gewisse physiologische oder medizinische Entität, einen klinischen Fall mit gewissen pathologischen Merkmalen. Er ist nicht der Schmerz im Sternokleidomastoid (Muskel zwischen Schlüsselbein, Brustbein und Warzenfortsatz), der für den wissenschaftlichen Mediziner einen systematischen Unwert darstellt.

Der außerordentliche Charakter des Unwertes, den der Schmerz darstellt, fördert eine außerordentliche Gewißheit. Wie «mein Schmerz» in einzigartiger Weise nur mir gehört, so bin ich auch völlig allein mit ihm. Ich kann ihn nicht mitteilen, ich zweifle nicht an der Realität der Schmerzerfahrung, aber ich kann keinem anderen sagen, was ich erfahre. Ich mutmaße, daß andere «ihre» Schmerzen haben, wiewohl ich nicht wahrzunehmen vermag, was sie meinen, wenn sie mir davon erzählen. Über die Existenz ihres Schmerzes habe ich nur insofern Gewißheit, als ich mir meines Mitleids für sie gewiß bin. Und doch, je tiefer mein Mitleid, desto stärker meine Gewißheit über die völlige Einsamkeit des anderen gegenüber seiner Erfahrung. Ja, ich erkenne die Zeichen, die ein anderer gibt, der Schmerz leidet, selbst wenn ich hilf- und begriffslos vor dieser Erfahrung stehe. Dieses Gewahrwerden äußerster Einsamkeit ist das Besondere an dem Mitleid, das wir für körperlichen Schmerz aufbringen. Es unterscheidet diese Erfahrung auch von jeder anderen Erfahrung, vom Mitleid für die Geängstigten, Besorgten, Fremden oder Verstümmelten. In extremem Maß fehlt bei der Empfindung körperlichen Schmerzes die Distanz zwischen Ursache und Erfahrung, wie wir sie bei anderen Formen des Leidens empfinden.

²⁴ David Bakan, *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*, Boston: Beacon Press, 1968, behandelt den Schmerz als Versagen von *Telos* und *Distalität*. «Da der Schmerz keinen anderen Ort hat als das bewußte Ich, ist er buchstäblich der Preis, den der Mensch für den Besitz eines bewußten Ichs bezahlt . . . Wo es keinen wachen und bewußten Organismus gibt, gibt es nichts, was man vernünftigerweise als Schmerz bezeichnen könnte.»

Abgesehen von der Unmöglichkeit, körperlichen Schmerz zu kommunizieren, ist seine Wahrnehmung beim anderen ein so fundamental menschliches Phänomen, daß es nicht ausgeklammert werden kann. Der Patient kann ebensowenig verstehen, daß sein Arzt seinen Schmerz nicht bemerkt, wie der Mann auf der Streckbank dies von seinem Henker nicht annehmen kann. Die Gewißheit, daß die Schmerzerfahrung uns Menschen gemeinsam ist, ist ganz besonderer Art; sie ist größer als die Gewißheit, daß unser Menschsein uns mit anderen verbindet. Es kam vor, daß Leute ihre Sklaven wie Vieh behandelten, und doch erkannten sie, daß dieses Vieh Schmerz *leiden* konnte. Insofern sind Sklaven keine Hunde, denen man Schmerz zufügen kann, die aber im menschlichen Sinn nicht leiden. Wittgenstein hat nachgewiesen, daß neben unserer besonderen, radikalen Gewißheit über die Existenz des Schmerzes bei anderen gleichwohl die unlösbare Schwierigkeit bestehen kann, zu erklären, wie diese Gemeinsamkeit des Einzigartigen zustande kommt.²⁵

Ich behaupte nun, daß beim körperlichen Schmerz, wie wir ihn als wesentlichen, intimen und unkommunizierbaren Unwert erfahren, auch die soziale Situation, in der die Leidenden sich befinden, in unser Bewußtsein eingeht. Das Wesen der Gesellschaft formt in gewissem Maß die Persönlichkeit der Leidenden und bestimmt mithin die Art, wie sie ihre körperlichen Verletzungen und Leiden als konkreten Schmerz empfinden. In diesem Sinn müßte es möglich sein, den progressiven, mit der Medikalisierung einhergehenden Wandel der Schmerzerfahrung zu untersuchen. Der Akt des Erleidens von Schmerz hat stets eine historische Dimension.

Wenn ich Schmerz erleide, dann ist mir bewußt, daß damit eine Frage gestellt ist. Wir können die Geschichte des Schmerzes am besten studieren, wenn wir uns mit dieser Frage befassen. Gleichgültig ob der Schmerz meine eigene Erfahrung ist oder ob ich die Gebärden eines anderen sehe, die mir mitteilen, daß er Schmerz leidet – stets ist diese Wahrnehmung durch ein Fragezeichen markiert. Diese Frage ist dem körperlichen Schmerz ebenso eigentümlich wie

²⁵ Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, Oxford: Oxford Univ. Press, 1953, S. 89 ff.

die Einsamkeit des Schmerzes. Schmerz ist das Zeichen für eine fehlende Antwort; er weist auf etwas Offenes hin – etwas, das mich veranlaßt zu fragen: Was fehlt mir? Wie lange noch? Warum muß, soll, kann ich leiden? Warum gibt es ein solches Übel, und warum trifft es gerade mich? Beobachter, die für diesen hinweisenden Bezug des Schmerzes blind sind, haben nichts als konditionierte Reflexe vor sich. Sie studieren ein Meerschweinchen, nicht einen Menschen. Ein Arzt, der diese wertbefrachtete Frage, wie sie hinter den Beschwerden des Patienten aufscheint, übersehen könnte, würde den Schmerz vielleicht als Symptom einer spezifischen körperlichen Störung erkennen, aber er hätte keine Ahnung von dem Leiden, das den Patienten veranlaßte, Hilfe zu suchen. Die Entwicklung dieser Fähigkeit, den Schmerz zu objektivieren, ist eine der Folgen einer überintensiven Ausbildung der Ärzte. Oft ist der Arzt durch seine Schulung in der Lage, sich ausschließlich mit jenen Aspekten von jemandes körperlichem Schmerz zu befassen, die einem Außenstehenden zugänglich sind: die Stimulation der Nervenenden, die Reizübertragung, die Reaktion auf den Reiz oder sogar die Angst des Patienten. Sein Interesse beschränkt sich auf die Beeinflussung des organischen Sachverhalts, denn diese allein ist der operationellen Verifikation zugänglich.

Der persönliche Akt des Leidens aber entzieht sich solcher experimentellen Kontrolle und wird daher von den meisten Experimenten, die sich mit dem Schmerz befassen, vernachlässigt. Die «schmerztötende» Wirkung von pharmakologischen oder chirurgischen Eingriffen wird meist an Tieren getestet. Sobald die Resultate der Tierversuche ausgewertet sind, wird ihre Validität an Menschen verifiziert. In der Regel bringen solche Versuche mit Schmerzmitteln bei Meerschweinchen und Menschen mehr oder minder vergleichbare Ergebnisse, vorausgesetzt, daß die Menschen als Versuchspersonen unter den gleichen experimentellen Bedingungen getestet werden wie die Tiere. Sobald aber die gleiche Intervention an Menschen vorgenommen wird, die tatsächlich krank oder verletzt sind, weicht die Wirkung der Drogen völlig von den in der experimentellen Situation festgestellten Resultaten ab. Im Labor fühlen und verhalten die Menschen sich ähnlich wie die Mäuse. Wenn aber der Schmerz in ihr eigenes Leben eintritt, dann müssen sie wohl oder

übel leiden, selbst wenn sie gern wie Mäuse reagieren würden.²⁶

Durch das Leben einer Gesellschaft, die die Anästhesie so hoch bewertet, werden Ärzte wie Patienten darauf konditioniert, das dem Schmerz eigene Fragezeichen zu ignorieren. Die Frage, die der intim erlebte Schmerz aufwirft, verwandelt sich in eine verschwommene Angst, der durch eine entsprechende Therapie beizukommen ist. Ein extremes Beispiel für diese Enteignung des Schmerzes bieten Patienten, an denen eine Lobotomie vorgenommen wurde: sie passen sich auf dem Niveau von Schwachsinnigen oder Haustieren an.²⁷ Der Lobotomisierte nimmt zwar immer noch Schmerz wahr, doch er hat die Fähigkeit verloren, ihn zu erleiden. Die Schmerzerfahrung reduziert sich auf ein Unbehagen mit klinischer Bezeichnung.

Damit eine Schmerzerfahrung Leiden im vollen Sinn sei, muß sie in einen kulturellen Rahmen eingebettet sein.²⁸ Damit die Menschen körperlichen Schmerz als persönliche Erfahrung erleben können, bietet jede Kultur wenigstens vier untereinander zusammenhängende Subprogramme: Wörter, Drogen, Mythen und Vorbilder. Die Kultur gibt dem Schmerz die Form einer Frage, die in Worten, Schreien und Gesten Ausdruck finden kann; diese werden manchmal von anderen als verzweifelte Versuche erkannt, die unheimliche Einsamkeit mitzuteilen, in der Schmerz erlebt wird: die Italiener stöhnen, und die Preußen beißen die Zähne zusammen.

Daneben bietet jede Kultur ihre eigenen psychoaktiven Arzneien, und die Sitte schreibt vor, unter welchen Umständen welche Drogen genommen werden und welches Ritual dabei einzuhalten ist.²⁹ Im Westen Indiens bevorzugen die islamischen Radschputen

26 A. Soullairac, J. Cahn und J. Charpentier, Hrsg., *Pain*. Proceedings of the International Symposium Organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculté des Sciences, Paris, 11.–13. April 1967, New York: Academic Press, 1968, bes. S. 119–230.

27 Siehe Szasz, «Psychology of Persistent Pain».

28 Mark Zborowski, «Cultural Components in Responses to Pain», in E. Gartly Jaco, *Patients, Physicians and Illness*, New York: Free Press, 1958, S. 256–68.

29 B. Homstedt, «Historical Survey», in *Ethnopharmacologic Search for*

Alkohol und die Brahmanen Marihuana,³⁰ obgleich sie in denselben Dörfern zusammenleben³¹. Die Navajo-Indianer³² halten sich an Peyote, und die Huixoles³³ an Pilze, während die Bewohner des peruanischen Hochlandes gelernt haben, mit Coca zu überleben³⁴. Der Mensch hat durch seine Entwicklung nicht nur die Fähigkeit erworben, seinen Schmerz zu *erleiden*, sondern auch die Kenntnisse, ihn zu behandeln:³⁵ Mohn³⁶ wurde in der mittleren Steinzeit wahrscheinlich früher angebaut als Getreide. Massage, Akupunk-

Psychoactive Drugs, Washington, D. C.: National Institute of Mental Health, 1967, S. 3-31.

30 Über Alkohol im allgemeinen siehe Salvatore P. Lucia, *A History of Wine as Therapy*, New York: McGraw-Hill, 1963. Illustriert die sozialen Funktionen des Alkohols als Rauschmittel, E. R. Blomquist, *Marihuana*, Beverly Hills, Calif.: Glencoe Press, 1968. Handelt von den Bedingungen und der Verteilung des Marihuana-Gebrauchs seit der Antike.

31 G. M. Carstairs, «Daruand Bhang, Cultural Factors in the Choice of Intoxicant», *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 15, Juni 1954, S. 220-37.

32 Robert L. Bergman, «Navajo Peyote Use: Its Apparent Safety», *American Journal of Psychiatry* 128, Dezember 1971, S. 695-99. Wenn Peyote von Mitgliedern der Native American Church in einer rituellen Situation genommen wird, gibt es weniger als einen schlechten Trip auf 10000 genommene Dosen. W. La Barre, *The Peyote Cult*, Hamden, Conn.: Shoestring Press, 1964. Eine gründliche Geschichte des Peyote-Essens bei den amerikanischen Indianern, enthält eine ausführliche Bibliographie.

33 R. G. Wasson, *Soma: Divine Mushroom of Immortality*, New York: Harcourt Brace, 1969.

34 H. Blyed-Prieto, «Coca Leaf and Cocaine Addiction: Some Historical Notes», *Canadian Medical Association Journal* 93, 1965, S. 700-04. Soziologische und historische Daten.

35 Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy*, 3 Bde., New York: Dutton, 1964; Orig.-Ausg. 1621. Die klassische Abhandlung über die Chemotherapie der Renaissance, die «die Seele aus den Tiefen der Verzweiflung hebt», durch Mittel wie Mohn, Bilsenkraut, Mandragora, Nachtschatten, Muskat usw.

36 «Opium», in *Encyclopedia Britannica*, 1911, Bd. 20, S. 130-37. Die historische Geographie des Mohnanbaus und die Geschichte seiner Verwendung, dargestellt aus viktorianischer Perspektive.

und schmerzlindernde Duftstoffe waren seit vorgeschichtlichen Zeiten bekannt.³⁷ Und alle Kulturen brachten religiöse und mythische Begründungen für den Schmerz hervor: für den Moslem ist er Kismet,³⁸ gottgewolltes Schicksal; für den Hindu Karma,³⁹ eine Bürde aus früheren Inkarnationen; für den Christen eine heiligende Rückwirkung der Sünde⁴⁰. Und schließlich boten die Kulturen stets Vorbilder, nach denen das Verhalten im Schmerz sich ausrichten konnte: der Buddha, der Heilige, der Krieger oder das Opfer. Die Verpflichtung, Leid in der von ihnen vorgelebten Haltung zu ertragen, lenkt die Aufmerksamkeit von der andernfalls alles verschlingenden Empfindung ab und zwingt den Leidenden, seine Qual mit Würde zu tragen. Das kulturelle Umfeld bietet nicht nur die Grammatik und Technik, die Mythen und Beispiele, die in der jeweils charakteristischen «Kunst, mit Anstand zu leiden», Anwendung finden, sondern auch Anweisungen, wie der einzelne sich dieses Fundus' bedienen kann. Die Medikalisierung des Schmerzes dagegen hat die Hypertrophie nur einer dieser Verhaltensweisen – technischen Managements – gefördert und den Niedergang der übrigen herbeigeführt. Vor allem aber läßt sie die Vorstellung, daß die Kunst zu leiden vielleicht die effektivste und allgemein akzeptabelste Art der Auseinandersetzung mit dem Schmerz sein könnte, un-

37 Peter Graystone, *Acupuncture and Pain Theory: A Comprehensive Bibliography*, Vancouver: Biomedical Engineering Services, 1975. Zur Ergänzung heranzuziehen, Billy und Miriam Tam, *Acupuncture: An International Bibliography*, Metuchen, N. J.: Scarecrow Press, 1973.

38 Zur Bibliographie siehe W. Montgomery Watt, *Free Will and Predestination in Early Islam*, London: Luzac, 1948. Siehe auch Duncan B. Macdonald, *Religious Attitude and Life in Islam*, 1909, Reprint New York: AMS Press, 1969.

39 H. H. Rowley, *Submission in Suffering and Other Essays on Eastern Thought*, Cardiff: Univ. of Wales Press, 1951. E. M. Hoch, «Bhaya, Shoka, Moha: Angst, Leid und Verwirrung in den alten indischen Schriften und ihre Bedeutung für die Entstehung von Krankheiten», in Wilhelm Bitter, Hrsg., *Abendländische Therapie und östliche Weisheit*, Stuttgart: Klett, 1968.

40 John Ferguson, *The Place of Suffering*, Cambridge: Clarke, 1972. Eine knappe Geschichte des klassischen und hebräischen Hintergrundes, vor dem die christliche Einstellung zum Leiden sich entwickelt hat.

denkbar und skandalös erscheinen. Die Medikalisierung löst jedes kulturelle Programm der Schmerzbewältigung auf.

Die Gesellschaft bestimmt nicht nur, wie Arzt und Patient einander begegnen, sondern auch, wie beide über den Schmerz denken, wie sie ihn wahrnehmen und was sie dagegen tun. Solange der Arzt sich noch primär als Heiler verstand, war der Schmerz ein Schritt auf dem Weg zur Wiederherstellung der Gesundheit. Wo der Arzt nicht heilen konnte, hatte er keine Skrupel, den Patienten über den Gebrauch schmerzstillender Mittel zu informieren und damit unvermeidliches Leiden zu lindern. Oliver Wendell Holmes, jener gute Arzt, der wußte, daß die Natur bessere Heilmittel gegen den Schmerz bietet als die Medizin, konnte noch sagen: «Nimm das Opium aus, das der Schöpfer selbst zu verschreiben scheint, denn oft sehen wir die scharlachrote Mohnblume in den Kornfeldern blühen, so als wäre es vorbestimmt, daß überall, wo es Hunger zu stillen gibt, auch Schmerz gelindert werden muß: nimm ein paar Spezifika aus, die nicht erst die Kunst unserer Ärzte entdeckt hat; nimm den Wein aus, der eine Nahrung ist, und die Dämpfe, die das Wunder der Betäubung wirken – und ich glaube fest, daß, wenn die ganze *materia medica*, wie sie jetzt verwendet wird, auf den Grund des Meeres versenkt würde, dies zum Vorteil der Menschheit wäre – und zum Nachteil für die Fische.»⁴¹

Das Ethos des Heilers gab dem Arzt die gleiche Möglichkeit, in Würde zu scheitern, wie Religion, Brauchtum und freier Zugang zu schmerzstillenden Mitteln sie dem einfachen Mann boten.⁴² Der moderne Medizin-Funktionär ist in einer anderen Situation: ihm geht es in erster Linie um Behandlung, nicht um Heilung. Er ist nicht darauf eingestellt, jene Frage zu erkennen, die der Schmerz dem Leidenden stellt, sondern dessen Schmerzen zu einem Katalog von Beschwerden abzuwerten, die sich in einer Krankenakte sammeln lassen. Er ist stolz auf seine Kenntnis der Schmerzmechanismen und entzieht sich dabei dem Anspruch des Patienten auf Mitleid.

Eine der Quellen unserer europäischen Einstellung zum Schmerz

⁴¹ Oliver Wendell Holmes, *Medical Essays*, Boston, 1883.

⁴² Jacques Sarano, «L'Échec et le médecin», in Jean Lacroix, Hrsg., *Les Hommes devant l'échec*, Paris: PUF, 1968, Kap. 3, S. 69–81.

liegt gewiß in der griechischen Antike. Die Schüler des Hippokrates⁴³ unterschieden viele Arten der Disharmonie, deren jede ihre eigene Art Schmerz verursacht. Der Schmerz wurde somit zu einem nützlichen Mittel der Diagnose. Er zeigte dem Arzt, welche Harmonie der Patient wiedererlangen mußte. Zwar konnte der Schmerz im Verlauf der Heilung verschwinden, doch dies war gewiß nicht das Hauptziel der Behandlung durch den Arzt. Während die Chinesen schon sehr früh versuchten, Krankheit durch die Beseitigung von Schmerz zu heilen, gab es im klassischen Abendland nichts dergleichen. Den Griechen lag es fern, sich das Glück ohne Einbeziehung des Schmerzes vorzustellen. Der Schmerz war die seelische Erfahrung von Evolution. Der menschliche Körper galt als Teil eines irreparabel beschädigten Universums, und die empfindende Seele des Menschen, wie Aristoteles sie verstand, war völlig deckungsgleich mit seinem Körper. Nach diesem Schema war es nicht nötig, zwischen dem Gefühl und der Erfahrung des Schmerzes zu unterscheiden. Der Körper war noch nicht von der Seele getrennt, und die Krankheit war noch nicht vom Schmerz geschieden. Alle Wörter, die körperlichen Schmerz bezeichneten, waren gleichermaßen auf seelisches Leiden anwendbar.

Im Blick auf dieses kulturelle Erbe wäre es völlig falsch anzunehmen, daß das Sichabfinden mit dem Schmerz ausschließlich auf jüdische oder christliche Einflüsse zurückginge. Bei der Übersetzung des Alten Testaments ins Griechische, im zweiten Jahrhundert v. Chr., wurden dreizehn verschiedene hebräische Wörter für Schmerz im Griechischen mit einem einzigen Terminus wiedergegeben.⁴⁴ Ob nun der Schmerz für den Juden Werkzeug einer von

⁴³ Eine erschöpfende Studie über den diagnostischen Wert, der dem Schmerz in den hippokratischen Schriften zugeschrieben wird: A. Souques, «La Douleur dans les livres hippocratiques: Diagnostiques rétrospectifs», *Bulletin de la Société Française de l'Histoire de Médecine* 31, 1937, S. 209–14, S. 279–309; 32, 1938, S. 178–86; 33, 1939, S. 37–38, S. 131–44; 34, 1940, S. 53–59, S. 79–93.

⁴⁴ Zur Entwicklung der Wörter, die in der Bibel körperlichen Schmerz und Leiden bezeichnen, siehe Gerhard Kittel, *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament*, Stuttgart: Kohlhammer, 1933, folgende Artikel: *lype* (Bultmann), *asthenés* (Stahlin); *pascho* (Michaelis); *nosos* (Oepke).

Gott verhängten Strafe war oder nicht – er galt ihm jedenfalls als Fluch und Verhängnis.⁴⁵ In der Heiligen Schrift oder im Talmud findet sich keine Andeutung, daß der Schmerz eine wünschenswerte Erfahrung gewesen wäre.⁴⁶ Man wußte wohl, daß spezifische Organe von Schmerzen befallen wurden, aber diese Organe wurden auch als Sitz ganz spezifischer Emotionen aufgefaßt; die Kategorie des modernen medizinischen Schmerzes ist dem herbräischen Text völlig fremd. Das Neue Testament sieht Schmerz in enger Verbindung mit Sünde.⁴⁷ Während für den klassischen Griechen der Schmerz notwendig die Lust begleitete, war für den Christen Schmerz eine Folge seiner Hingabe ans Vergnügen.⁴⁸ Keine Kultur oder Tradition besitzt ein Monopol auf die realistische Resignation.

Eine Historie des Schmerzes in der europäischen Kultur müßte mehr zutage fördern als diese klassischen und semitischen Wurzeln, um jene Ideologien nachzuzeichnen, die das persönliche Akzeptieren des Schmerzes unterstützten. Die Neoplatoniker interpretierten Schmerz als das Ergebnis eines Defekts in der kosmischen Ordnung. Für den Manichäer war er die Folge der absichtlichen Übeltat eines bösen Demiurgen. Für den Christen war er der durch Adams Sünde verschuldete Verlust einer ursprünglichen Unversehrtheit. Mochten diese Religionen sich in Dogma und moralischen Lehren auch noch so sehr widersprechen – sie alle sahen im Schmerz den

45 Immanuel Jakobovitz, «Attitude to Pain», in *Jewish Medical Ethics*, New York: Bloch, 1967, S. 103.

46 Julius Preuss, *Biblisch-talmudische Medizin: Beitrag zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt*, 3. Aufl., Berlin: Karger, 1923. Friedrich Weinreb, *Vom Sinn des Erkrankens*, Zürich: Origo, 1974: das hebräische Wort für «Krankheit» hat die gleiche Wurzel wie das Wort für «gewöhnlich».

47 Friedrich Fenner, *Die Krankheit im Neuen Testament: Eine religions- und medizingeschichtliche Untersuchung*, Untersuchungen zum Neuen Testament, No. 18, 1930, Dissertation, Universität Jena, 1930.

48 Harold Rowley, *Servant of the Lord and Other Essays on the Old Testament*, 2. Aufl. Naperville, Ill.: Allenson, 1965. Christopher R. North, *Suffering Servant in Deutero-Isaiah: An Historical and Critical Study*, 2. Aufl. New York: Oxford Univ. Press, 1956.

bitteren Geschmack eines kosmischen Übels, die Manifestation einer Schwäche der Natur, eines diabolischen Willens oder eines verdienten göttlichen Fluches. Diese Einstellung zum Schmerz ist ein einigendes und zugleich unterscheidendes Merkmal der nachklassischen Mittelmeerkulturen, das sich bis ins 17. Jahrhundert erhalten hat. Wie ein alchimistischer Arzt im 16. Jahrhundert sagte, ist der Schmerz «die herbe Tinktur, die dem sprudelnden Trank des irdischen Samens beigemischt ist». Nach dieser Auffassung kam der Mensch mit dem Auftrag zur Welt, zu lernen, in einem Jammertal der Schmerzen zu leben. Der Neoplatoniker interpretierte das Leid als Mangel an Vollkommenheit, der Katharer als Entstellung, der Christ als eine Wunde, für die er zur Verantwortung gezogen wurde. Die Fülle des Lebens auskostend, in der eben auch der Schmerz eine wichtige Stelle einnahm, konnten die Menschen heroischen Widerstand leisten oder stoisch ihr Bedürfnis nach Linderung leugnen; sie begrüßten den Schmerz als Gelegenheit zur inneren Läuterung, zur Buße oder zum Opfer und duldeten widerstrebend das Unvermeidliche, während sie es doch zu lindern suchten. Opium, Akupunktur oder Hypnose – stets im Zusammenwirken mit Sprache, Ritus und Mythos – unterstützten diese einzigartige menschliche Leistung: Schmerz zu *erleiden*. Eine Haltung gegenüber dem Schmerz war allerdings undenkbar, zumindest in der europäischen Tradition: der Glaube, daß der Schmerz nicht von dem Betroffenen selbst erlitten, gelindert und gedeutet, sondern – möglichst immer – durch das Eingreifen eines Priesters, Politikers oder Arztes beseitigt werden sollte.

Es gibt drei Gründe, weshalb die Vorstellung einer technischen, von Experten vorgenommenen Abtötung des Schmerzes allen europäischen Kulturen fremd war:⁴⁹ Erstens, der Schmerz war die Erfahrung des Menschen von einem beschädigten Universum, nicht die mechanische Panne eines seiner Teile. Die Bedeutung des Schmerzes war eine kosmische und mythische, keine individuelle und technische. Zweitens, der Schmerz war ein Merkmal des Bösen in der Natur, und der Mensch war selbst ein Teil dieses Ganzen. Das eine konnte nicht ohne das andere abgelehnt werden; losgelöst

49 Siehe Angaben in FN. 18, oben.

von der Krankheit war Schmerz undenkbar. Der Arzt mochte die Qualen lindern, aber hätte er die Notwendigkeit zu leiden beseitigen wollen, dann hätte er den Patienten beseitigen müssen. Drittens, der Schmerz war eine Erfahrung der Seele, und diese Seele war im ganzen Körper präsent. Schmerz war eine unmittelbare Erfahrung des Bösen. Losgelöst von dem erlittenen Schmerz, konnte es keine Ursache des Schmerzes geben.⁵⁰

Der Kreuzzug gegen den Schmerz als eine persönliche Erfahrung, die verstanden und erlitten werden mußte, begann erst, als Descartes Körper und Seele trennte. Er konstruierte ein Bild des Körpers in geometrischen und mechanischen Begriffen, fast wie ein Uhrwerk, wie eine Maschine, die vom Ingenieur repariert werden konnte. Der Körper wurde nun als Apparat aufgefaßt, den die Seele besaß und handhabte – beinahe aus unendlicher Ferne. Die lebendige Körpererfahrung, die der Franzose mit «la chair» und der Deutsche mit «der Leib» bezeichnet, reduzierte sich auf einen Mechanismus, den die Seele überwachen mochte.⁵¹

Für Descartes war der Schmerz ein Signal, das der Körper als Reaktion der Selbstverteidigung aussendet, um seine mechanische Unversehrtheit zu wahren. Diese Reaktionen auf Gefahr werden der Seele übermittelt, die sie als schmerzhaft wahrnimmt. Schmerz reduzierte sich damit auf ein nützliches Lehrmittel: er lehrte nunmehr die Seele, weitere Schädigung des Körpers zu vermeiden. Leibniz faßt diese neue Auffassung zusammen, wenn er beifällig einen Satz von Regis zitiert, der wiederum ein Schüler von Descartes war: «Der große Ingenieur des Universums hat den Menschen so vollkommen gemacht, wie er nur konnte, und er hätte kein besseres Mittel zu seiner Instandhaltung erfinden können, als ihn mit der Empfindung für Schmerz auszustatten.»⁵² Leibniz' Kommentar zu

50 K. E. Rothsuh, «Geschichtliches zur Physiologie des Schmerzes», in *Documenta Geigy: Problems of Pain*, Basel, 1965, S. 4. Schmerz wurde verstanden als «wahrgenommen durch die Empfindungsfähigkeit der *sentiens anima*; (er wurde) aufgefaßt als eine Eigenschaft der Seele, eine über den ganzen Körper verteilte Eigenschaft.»

51 Herbert Plügge, *Der Mensch und sein Leib*, Tübingen: Niemeyer, 1947.

52 Gottfried Wilhelm Leibniz, *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu*,

diesem Satz ist aufschlußreich. Zuerst stellt er fest, daß es im Prinzip noch besser gewesen wäre, wenn Gott sich nicht der negativen, sondern der positiven Verstärkung bedient und den Menschen jedesmal Lust hätte empfinden lassen, wenn er sich vom Feuer, das ihn zerstören kann, abwendet. Aber, schließt er, Gott hätte mit dieser Strategie nur Erfolg gehabt, wenn er Wunder gewirkt hätte, und da Gott prinzipiell auf Wunder verzichte, sei «Schmerz ein notwendiges und hervorragendes Mittel, um das Funktionieren des Menschen zu gewährleisten». Binnen zweier Generationen nach Descartes Versuch einer wissenschaftlichen Anthropologie war der Schmerz zu einer nützlichen Sache geworden. Aus einer Erfahrung der Hinfälligkeit der Existenz⁵³ war er zum Zeichen eines spezifischen Defekts geworden.

Ende des letzten Jahrhunderts wurde der Schmerz als Regulator der Körperfunktionen begriffen, der den Naturgesetzen gehorchte und keiner weiteren metaphysischen Erklärung bedurfte.⁵⁴ Er verdiente keine mythische Scheu mehr und war der empirischen Forschung zugänglich, die ihn abschaffen sollte. Um 1853, knapp anderthalb Jahrhunderte nachdem der Schmerz erstmals als bloßes physiologisches Sicherheitsventil begriffen worden war, kam in La

la liberté de l'homme et l'origine du mal, Paris: Garnier-Flammarion, 1969, No. 342.

53 Schmerz galt jetzt als geheimnisvoll und ohne technische Hilfen nicht zu bestehen. Zur Orientierung über die romantische Einstellung zum Schmerz und den Gebrauch von Narkotika siehe Alethea Hayter, *Opium and the Romantic Imagination*, Berkeley: Univ. of California Press, 1969. Ebenso M. H. Abrams, *The Milk of Paradise*, New York: Harper & Row, 1970. Die Vermeidung von Schmerz wurde allgemeines Ziel: Robert Mauzi, *L'Idée du bonheur dans la littérature et la pensée françaises au 18ième siècle*, Paris: Colin, 1960, besonders S. 300–10, über die Entstehung der Überzeugung, daß der Schmerz das einzig wirkliche Übel sei.

54 Charles Richet, «Douleur», in *Dictionnaire de physiologie*, Paris: Félix Alcan, 1902, Bd. 5, S. 173–93. In diesem fünfbändigen Standardwörterbuch der Physiologie analysiert er den Schmerz als physiologisches und psychologisches Faktum, ohne auf die Möglichkeit seiner Behandlung oder seiner diagnostischen Bedeutung einzugehen. Schließlich kommt er zu dem Schluß, daß der Schmerz hervorragend nützlich (*souverainement utile*) ist,

Crosse, Wisconsin, die erste Arznei mit dem Etikett «Schmerz-töter» auf den Markt.⁵⁵ Es hatte sich eine neue Sensibilität entwickelt, die mit der Welt unzufrieden war, nicht weil diese trostlos und sündig gewesen wäre, weil es ihr an Aufklärung fehlte oder weil sie von der Barbarei bedroht gewesen wäre, sondern weil sie voller Schmerz und Leiden war.⁵⁶ Der zivilisatorische Fortschritt wurde gleichgesetzt mit der Verringerung der Gesamtsumme des Leidens. Von nun an wurde Politik nicht mehr als eine der Maximierung des Glücks, sondern als eine der Minimierung des Leidens dienende Aktivität verstanden. Das Ergebnis ist die Neigung, Schmerz als wesentlich passives Geschehen aufzufassen, das hilflosen Opfern widerfährt, weil der Werkzeugkasten der ärztlichen Zunft für sie nicht aufgemacht wurde.

In diesem Zusammenhang erscheint es mithin vernünftig, vor dem Schmerz lieber zu fliehen, als ihn zu bestehen – auch um den Preis des Verzichts auf ein intensives Lebensgefühl. Es erscheint vernünftig, den Schmerz zu eliminieren – selbst um den Preis eines Verlusts an Unabhängigkeit. Es erscheint als aufgeklärt, die Legitimität aller nichttechnischen Probleme, die der Schmerz aufwirft, zu leugnen, selbst wenn dies bedeutet, daß Patienten in Haustiere verwandelt werden.⁵⁷ Mit steigenden Graden der von außen induzierten Schmerzunempfindlichkeit schwindet gleichermaßen auch die Fähigkeit, die einfachen Freuden und Vergnügungen des Lebens zu genießen. Immer stärkere Stimuli sind notwendig, um den Menschen in einer anästhesierten Gesellschaft ein Gefühl der Lebendig-

weil er uns zur Abwendung von der Gefahr veranlaßt. Auf jede Verfehlung folgt sofort die Bestrafung durch den Schmerz, der eindeutig intensiver ist als die durch die Verfehlung hervorgerufene Lust.

55 Mitford M. Mathews, Hrsg., *A Dictionary of Americanisms on Historical Principles*, Chicago: Univ. of Chicago Press, 1966: «pain-killer: ... (Verschiedene Medizinen oder Arzneien zur Beseitigung oder Linderung von Schmerz.) 1853 La Crosse Democrat, 7 June 2/4 Ayer's Cherry Pectoral, Perry Davis' Pain Killer. 1886 Ebbutt Emigrant Life 119. ... (Wir hatten eine Flasche Schmerz-töter im Haus ... für medizinische Zwecke).»

56 Kenneth Minogue, *The Liberal Mind*, London, Methuen, 1963.

57 Victor E. Frankl, *Homo patiens: Versuch einer Pathologisierung*, Wien: Deuticke, 1950.

keit zu geben. Drogen, Gewalt und Terror sind die einzigen Stimuli, die noch Selbsterfahrung vermitteln können. Die allenthalben betriebene Anästhesie steigert das Verlangen nach Erregung durch Lärm, Geschwindigkeit und Gewalt – egal wie destruktiv diese sind.

Diese angehobene Wahrnehmungsschwelle der physiologisch vermittelten Erfahrung, die für eine medikalisierte Gesellschaft charakteristisch ist, erschwert es heute außerordentlich, in der Leidensfähigkeit ein Symptom von Gesundheit zu erkennen. Die Mahnung, daß Leiden eine verantwortliche Aktivität sei, wird für Konsumenten, denen Vergnügen und Abhängigkeit von industriellen Erzeugnissen dasselbe sind, fast unerträglich. Sie rechtfertigen ihren passiven Lebensstil, indem sie jede persönliche Bemühung, unvermeidlichen Schmerz zu bewältigen, als «Masochismus» bezeichnen. Während diese Anästhesie-Konsumenten die Annahme des Leidens als Masochismus von sich weisen, suchen sie irgendein Gefühl von Wirklichkeit in immer stärkeren Sensationen. Sie suchen nach dem Sinn ihres Lebens und streben nach Macht über andere, wobei sie bereit sind, nicht diagnostizierbare Schmerzen und nicht zu lindernde Ängste zu ertragen: im hektischen Leben der Manager, in der Selbstbestrafung des sogenannten Existenzkampfes, im genüsslichen Konsum von Gewalt und Sadismus in Filmen und im Fernsehen. In einer solchen Gesellschaft muß das Eintreten für eine Wiederbelebung der Kunst des Leidens, wozu auch der umsichtige Gebrauch neuer Techniken gehört, unvermeidlich als krankhaftes Schmerzbedürfnis mißverstanden werden: als Obskurantismus, Romantizismus, Dolorismus und Sadismus.

Und schließlich könnte die Verwaltung des Schmerzes ganz neue Schrecken an die Stelle des Leidens setzen: die Erfahrung künstlicher Schmerzlosigkeit. In einer Studie über Menschen, die sich in Hiroshima am Rande der absoluten Todeszone befunden hatten, beschreibt Lifton die Auswirkungen des Massensterbens auf die Überlebenden.⁵⁸ Er stellt fest, daß Menschen, die zwischen Verletzten und Sterbenden umherirrten, einfach aufhörten, etwas zu

58 Robert J. Lifton, *Death in Life: Survivors of Hiroshima*, New York: Random House, 1969.

fühlen; sie waren in einem Zustand der Betäubung, ohne emotionale Reaktionen. Lifton meint, daß diese emotionale Lähmung nach einiger Zeit in eine Depression überging, die sich noch 20 Jahre nach der Bombe als Schuld oder Scham darüber manifestierte, daß der Betreffende zum Zeitpunkt der Explosion überlebt hatte, ohne irgendwelchen Schmerz zu empfinden. Diese Menschen leben in einer nie endenden Begegnung mit dem Tod, der sie verschont hat, und sie leiden an einem völligen Zusammenbruch des Vertrauens zu der größeren Matrix der Humanitas, die jedes einzelne menschliche Leben stützt. Sie erlebten ihre anästhesierte Erfahrung dieses Ereignisses als etwas ebenso Ungeheures, wie es der Tod all der Menschen um sie her war – als einen Schmerz, der zu tief und zu überwältigend war, um noch ertragen oder erlitten werden zu können.⁵⁹

Was die Bombe in Hiroschima angerichtet hat, das kann uns helfen, die akkumulierten Auswirkungen einer Gesellschaft zu verstehen, die den Schmerz medizinisch «expropriert». Wenn der Schmerz betäubt wird, verliert er seine Eigenschaft als Bezugspunkt, und übrig bleibt ein sinnloser Rest von Schrecken. Die Leiden, die zu ertragen die traditionellen Kulturen lehrten, führten mitunter zu unerträglicher Qual, zu gepeinigten Verwünschungen und verrückten Blasphemien; aber sie waren auch in sich begrenzt. Die neue Erfahrung, die nunmehr das würdige Leiden ersetzt, ist eine künstlich verlängerte, dumpfe, unpersönliche Manipulation. Die Abtötung des Schmerzes verwandelt die Menschen zunehmend in fühllose Zuschauer ihres eigenen, verkümmerten Ichs.

⁵⁹ Terrence Des Pres, «Survivors and the Will to Bear Witness», *Social Research* 40, Winter 1973, S. 668–90, leistet eine konstruktive Kritik an Robert Lifton. Wie dieser behauptet, haben die Überlebenden von Konzentrationslagern das Bedürfnis, einer namenlosen Erfahrung, die sie erlebt haben, Bedeutung zu geben: extrem sinnlosem Schmerz. Nach Des Pres ist ihr Anliegen zutiefst offensiv, weil seit Mitte des 19. Jahrhunderts das Leiden anderer mit einem moralischen Status belegt ist. Kierkegaard predigte Erlösung durch Schmerz, Nietzsche feierte den Abgrund, Marx trat für die Getretenen und Unterdrückten ein. Der Überlebende weckt den Neid auf sein Leiden, und zugleich bezeugt er, daß Schmerz nur von wenigen Privilegierten verstanden werden kann.

4. Erfindung und Beseitigung der Krankheit

Die Französische Revolution brachte zwei große Irrtümer hervor: nämlich daß die Ärzte den Klerus ersetzen könnten; und daß die Gesellschaft mit der politischen Veränderung zu einem Zustand ursprünglicher Gesundheit zurückkehren würde.¹ Die Krankheit wurde zur öffentlichen Angelegenheit. Im Namen des Fortschritts durfte sie jetzt nicht mehr Sache der Kranken sein.²

Mehrere Monate lang diskutierte 1792 die Nationalversammlung in Paris darüber, wie man die Ärzte, die Profit aus der Betreuung der Kranken zogen, durch eine therapeutische Bürokratie ersetzen könnte, die sich mit einem Übel befassen sollte, das ohnehin mit der Herstellung von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit verschwinden würde. Die neue Priesterschaft sollte aus säkularisierten Kirchengütern finanziert werden. Sie sollte die Nation in einer militanten Bekehrung zum gesunden Leben anführen, die eine ärztliche Krankenbetreuung überflüssig machen würde. Jede Familie sollte wieder in der Lage sein, ihre Angehörigen zu pflegen, und jedes Dorf sollte für jene Kranken sorgen, die keine Verwandten hatten. Ein nationales Gesundheitswesen sollte die Gesundheitspflege übernehmen und die Einhaltung von Ernährungsvorschriften und Statuten überwachen, die den Bürger anhielten, seine neue Freiheit zu einer frugalen Lebensweise und heilsamen Vergnügungen zu nutzen. Medizinbeamte sollten den Gehorsam der Bürger überwachen, und Gesundheitsrichter sollten Gesundheitstribunale über Scharlatane und Ausbeuter abhalten.

Noch radikalere Vorschläge machte ein Unterausschuß, der die Bettelei abschaffen wollte. In Inhalt und Sprache gleichen sie Manifesten der Roten Garden oder Schwarzen Panther, die fordern, dem Volk alle Macht über die Gesundheit wiederzugeben. Für die pri-

¹ In diesem Kapitel zitiere ich frei aus Dokumenten, die gesammelt sind bei Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik*, a.a.O.

² Walter Artelt, *Einführung in die Medizinhistorik: Ihr Wesen, ihre Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel*, Stuttgart: Enke, 1949. Eine vorzügliche Einführung zur Methodologie der Medizingeschichte und ihrer Methoden.

märe Betreuung, so wurde behauptet, sei einzig die Nachbarschaft zuständig. Wenn schon öffentliche Ausgaben für die Krankenpflege, dann sollten damit am besten die Einkommen der Kranken aufgebessert werden. Wenn schon Krankenhäuser, dann sollten sie nur Alten, Unheilbaren, Verrückten oder Findelkindern offenstehen. Krankheit sei ein Symptom der politischen Korruption und würde abgeschafft, sobald der Staat in Ordnung gebracht wäre.

Die damals geläufige Bezeichnung der Krankenhäuser als Pesthöhlen ist leicht zu erklären. Sie waren im Spätmittelalter als christliche Hospize für Pilger, Vaganten und Heimatlose entstanden. In der Zeit der Kreuzzüge begannen die Ärzte – nach arabischem Beispiel – regelmäßig die Hospitäler zu besuchen.³ Im Spätmittelalter wurden sie als mildtätige Anstalten zur Verwahrung der Notleidenden Bestandteil der städtischen Architektur.⁴ Bis ins 18. Jahrhundert war der Gang ins Hospital für gewöhnlich ein Weg ohne Hoffnung auf Wiederkehr.⁵ Niemand ging ins Hospital, um seine

3 Heinrich Schipperges, «Die arabische Medizin als Praxis und als Theorie», *Sudhoffs Archiv* 43, S. 317–28, bietet einen historiographischen Überblick.

4 Zur Entwicklung des Krankenhauses als architektonisches Element der Urbanisierung siehe ein überholtes Monumentalwerk: Henry Burdett, *Hospitals and Asylums of the World: Their Origin, History, Construction, Administration... and Legislation*, 4 Bde., London: Churchill, 1893. Ebenso Dieter Jetter, *Geschichte des Hospitals*, Bd. 1, *Westdeutschland von den Anfängen bis 1850*, Wiesbaden: Steiner, 1966; mehrere Bände geplant.

5 Fernando da Silva Coreira, *Origins e formação das misericórdias portuguesas* Lissabon: Torres, 1944. Die ersten zweihundert Seiten handeln vom Krankenhaus in der Antike und während des Mittelalters, im Orient und in Europa. Jean Imbert, *Histoire des hôpitaux français: contribution à l'étude des rapports de l'église et de l'état dans le domaine de l'assistance publique: des hôpitaux en droit canonique*, Collection L'Église et l'état au moyen âge, No. 8, Paris: Vrin, 1947. Gut dokumentierte Einführung zur Entstehung des mittelalterlichen Hospitals und des Übergangs der öffentlichen Fürsorge von kirchlichen in zivile Hände. F. N. L. Poynter, Hrsg., *The Evolution of Hospitals in Britain*, London: Pitman, 1964; siehe die klassifizierte Bibliographie zur Geschichte des britischen Krankenhauses, S. 255–79. Über das Krankenhaus in der Neuen Welt siehe Josefina Muriel de la Torre, *Hospitales de la Nueva España*, (Bd. 1), *Fundaciones de los si-*

Gesundheit wiederzufinden. Kranke, Verrückte, Krüppel, Epileptiker, Unheilbare, Findlinge und dann auch Kriegsinvaliden aller Altersgruppen und beider Geschlechter wurden wahllos zusammengepfertcht.⁶ Amputationen wurden auf den Fluren zwischen den Betten vorgenommen. Die Insassen bekamen zu essen, Kaplane und fromme Laien kamen, um Trost zu spenden, und die Ärzte machten Wohltätigkeitsbesuche. Weniger als 3 Prozent des kärglichen Etats dieser Häuser entfielen auf Arzneien. Mehr als die Hälfte ging für die Siechenhaus-Suppe auf; die Nonnen begnügten sich mit einem Hungerlohn. Wie die Gefängnisse, so galten auch die Hospitäler als letztes Asyl;⁷ niemand hielt sie für Stätten, wo versucht worden wäre, durch Therapie den Zustand der Insassen zu bessern.⁸

Einige Extremisten gingen natürlich noch über die Empfehlungen des Bettelkomitees hinaus. Manche forderten einfach die Schließung aller Hospitäler und sagten, diese seien «zwangsläufig Sammelstätten der Kranken und Brutstätten des Elends, die den Patienten stigmatisieren. Wenn eine Gesellschaft noch Hospitäler braucht, so ist dies ein Zeichen dafür, daß die Revolution gescheitert ist.»⁹

glos XVII y XVIII (Bd. 2), Veröffentlichungen des Instituto de Historia, Universidad Nacional, Serie 1, Nummern 35, 62, Mexiko, 1956–60.

6 Zur Geschichte des Krankenhausbettes siehe F. Boinet, *Le Lit d'hôpital en France: Étude historique*, Paris: Foulton, 1945; James N. Blyth, *Notes on Beds and Bedding: Historical and Annotated*, London: Simpkin Marshall, 1873. Allgemeiner, aber auch lesbarer: Laurence Wright, *Warm and Snug: The History of the Bed*, London: Routledge, 1962. Über das schickliche Benehmen im Bett siehe die Arbeit von Norbert Elias, angeführt in FN. 28, unten.

7 Marcel Fosseyeux, *L'Hôtel de Dieu aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris: Levrault, 1912.

8 Zu Ursprung und Entwicklung der Idee: David Rothman, *The Discovery of the Asylum*, Boston: Little, Brown, 1971. Milton Kotler, *Neighborhood Government: The Local Foundations of Political Life*, Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1969, eine anschauliche Schilderung am Beispiel Bostons. Siehe auch Foucault, *Die Geburt der Klinik*, a.a.O.

9 Den christlichen Fürsten war es untersagt, lebenslangen Kerker als

Ein mißverständener Rousseau spricht aus diesem Wunsch, die Krankheit auf ihren «Naturzustand»¹⁰ zurückzuführen, der Gesellschaft das «wilde Kranksein» wiederzugeben, das in sich selbst begrenzt ist, mit Würde und Fassung getragen und in den Häusern der Armen gepflegt werden kann, genau wie seit jeher die Krankheiten der Reichen behandelt wurden. Die Krankheit wird erst dann kompliziert, nicht behandelbar und unerträglich, wenn die Familie durch wirtschaftliche Ausbeutung zerstört wird,¹¹ und erst mit Beginn der Urbanisierung und Zivilisation wird Krankheit maligne und erniedrigend. Für die Nachfolger Rousseaus war die in den Hospitälern vorgefundene Krankheit – wie alle Formen sozialer Ungerechtigkeit – vom Menschen gemacht, und sie blühte bei den präsensenden Reichen wie bei denen, die jene in die Armut getrieben hatten. «Im Hospital wird die Krankheit gänzlich korrumpiert; sie verwandelt sich in einen <Gefängniskoller>, der durch Krämpfe, Fieber, Verstopfung, blassen Urin und flache Atmung gekennzeichnet ist und der schließlich zum Tode führt: wenn nicht am achten oder elften Tag, dann am dreizehnten.»¹² Dies ist die Sprache, in der Medizin erstmals zu einem politischen Problem erhoben wurde. Die Pläne, die Gesellschaft in einen Zustand der Gesundheit zu führen, gingen von der Forderung nach einer gesellschaftlichen Er-

Strafe zu verhängen, weil es zu grausam wäre. Die Gefängnisse mochten zur Verwahrung der Verbrecher bis zu Prozeß, Hinrichtung oder strafweiser Verstümmelung dienen. Andreas Perneder, *Von Straff und Peen aller und jeder Malefizhandlungen ain kurtzer Bericht*, hrsg. v. W. Hunger, Ingolstadt, 1544.

¹⁰ Die sorgfältig ausgewogenen und vielfältigen Gedanken Rousseaus über die Medizin dokumentiert Gerhard Rudolf, «Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) und die Medizin», *Sudhoffs Archiv* 53, 1969, S. 30–67. Hinsichtlich der Medizin wurde Rousseau wahrscheinlich noch ärger mißverstanden als hinsichtlich der Erziehung.

¹¹ Über den Traum der «wilden» Gesundheit siehe Edward Dudley und Maximilian E. Novak, Hrsg., *The Wild Man Within: An Image in Western Thought from the Renaissance to Romanticism*, Pittsburgh: Pittsburgh Univ. Press, 1972.

¹² Jacques-René Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux*, Paris, 1788, S. 451 zitiert bei Foucault, *Die Geburt der Klinik*.

neuerung aus, welche die Übel der Zivilisation beseitigen sollte. Was Dubos als «Gesundheitswahn» bezeichnet hat, begann einst als politisches Programm.

Die Vorstellung, bio-medizinische Eingriffe an Menschen oder an ihrer Umwelt vorzunehmen, taucht in den Debatten der 1790er Jahre nicht auf. Erst mit der Restauration wurde die Aufgabe, Krankheit zu beseitigen, der Ärzte-Zunft übertragen. Nach dem Wiener Kongreß nahm die Zahl der Krankenhäuser rasch zu, und die medizinischen Hochschulen erlebten eine Blüte.¹³ Dies gilt auch für die Entdeckung neuer Leiden. Die Krankheit war noch immer primär eine nichttechnische Angelegenheit. Um 1770 kannte der praktische Arzt kaum mehr Krankheiten als die Pest und die Pocken,¹⁴ doch schon 1860 waren dem Durchschnittsbürger die medizinischen Namen von einem Dutzend Krankheiten geläufig. Das plötzliche Auftreten des Arztes als Retter und Wundertäter war nicht etwa durch die erwiesene Effizienz neuer Techniken bedingt, sondern durch das Bedürfnis nach magischen Ritualen, die einem Vorhaben Glaubwürdigkeit verleihen sollten, an dem bereits eine politische Revolution gescheitert war. Wenn «Krankheit» und «Gesundheit» schon im Staatshaushalt zu Buche schlugen, dann mußten diese Begriffe auch operationalisiert werden. Leiden mußten als objektive Krankheiten anerkannt werden, die die Menschheit heimsuchten, die übertragen und im Labor kultiviert und in Krankenstationen, Archiven, Haushalten und Museen erfaßt werden konnten. So wurde die Krankheit an die Bedürfnisse der Administration angepaßt; ein Zweig der gebildeten Elite wurde von der herrschenden Klasse mit dem Recht ausgestattet, sie zu kontrollieren und zu eliminieren. Der Gegenstand der medizinischen Behandlung wurde

¹³ Brian Abal-Smith, *The Hospitals, 1800–1948: A Study in Social Administration in England and Wales*, London: Heinemann, 1964. Sorgfältig dokumentierte Studie über ökonomischen und beruflichen Wandel. Leonard K. Eaton, *New England Hospitals, 1790–1833*, Ann Arbor: Univ. of Michigan Press, 1957. Siehe besonders den bibliographischen Essay S. 239–46.

¹⁴ François Millepierres, *La Vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, Paris: Hachette, 1964. Populär, aber zuverlässig; ein buntes Bild vom Alltag des Arztes zur Zeit Molières.

durch eine neue, wenngleich unterschwellige politische Ideologie definiert und gewann den Status eines Sachverhalts, der ganz unabhängig von Arzt und Patient existierte.¹⁵

Wir vergessen leicht, wie spät diese Entität «Krankheit» entstanden ist. Noch um die Mitte des 19. Jahrhunderts wurde ein Hippokrates zugeschriebener Satz beifällig zitiert: «Du wirst kein Gewicht, keine Form und auch keine Berechnung finden, auf die du dein Urteil über Gesundheit und Krankheit stützen kannst. In der ärztlichen Kunst gibt es keine Gewißheit, außer in den Sinnen des Arztes.» Krankheit war in den Augen des Arztes immer noch persönliches Leiden.¹⁶ Die Verwandlung dieser medizinischen Vorstellung in einen klinischen Sachverhalt ist innerhalb der Medizingeschichte ein ähnlich folgenreicher Vorgang wie die kopernikanische Wende in der Astronomie: der Mensch wurde aus dem Mittelpunkt seines Universums vertrieben. Hiob wurde Prometheus.

Die Hoffnung, auch der Medizin jene elegante Vollkommenheit zu verleihen, die Kopernikus der Astronomie gegeben hatte, reicht in die Zeit Galileis zurück. Descartes steckte den Rahmen zur Verwirklichung dieses Projekts ab. Seine Beschreibung des menschl-

15 Jean-Pierre Peter, «Malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle», in Jean-Paul Dessaive u. a., *Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle*, Paris: Mouton, 1972, S. 135–70: «Während der Französischen Revolution spielte das Krankenhaus, ähnlich wie das Laboratorium, die beide um 1770 erfunden worden waren, eine Hebammenrolle bei der Geburt dieser in der Luft liegenden Ideen.»

16 Helmut Vogt, *Das Bild des Kranken: Die Darstellung äußerer Veränderungen durch innere Leiden und ihre Heilmaßnahmen von der Renaissance bis zu unserer Zeit*, München: Lehmann, 1960. Über 500 Reproduktionen von künstlerischen Darstellungen Kranker seit der Renaissance; eine wahre Schule des Sehens. Eine medizinische Studie über den Brand (Kornstaube) in der Vergangenheit, aufgrund seiner Darstellung in der Malerei: Veit Harald Bauer, *Das Antoniusfeuer in Kunst und Medizin*, Heidelberg: Springer, 1973; Bibliogr. S. 118–25; Nachwort von Wolfgang Jacob, S. 127–29. Malerei und Plastik bieten eine wertvolle Ergänzung zur Geschichte der Arzt-Patient-Beziehung: Eugen Holländer, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, 4. Aufl., Stuttgart: Enke, 1950. Eugen Holländer, *Plastik und Medizin*, Stuttgart: Enke, 1912.

chen Körpers machte diesen zu einem Uhrwerk und schuf eine neue Distanz nicht nur zwischen Seele und Körper, sondern auch zwischen den Beschwerden des Patienten und dem Auge des Arztes. Im Rahmen dieser mechanistischen Auffassung war der Schmerz ein rotes Warnlicht und die Krankheit eine mechanische Störung. Jetzt wurde die Systematisierung der Krankheiten möglich. Ähnlich wie Mineralien und Pflanzen klassifiziert wurden, so konnten nun die Krankheiten durch den Arzt-Systematiker isoliert und nach Kategorien geordnet werden. Damit war der logische Bezugsrahmen für neue Ziele der Medizin abgesteckt. Nicht mehr der leidende Mensch, sondern die Krankheit stand im Mittelpunkt des medizinischen Systems und konnte (a) einer operationalen Verifikation durch Messungen, (b) der klinischen Forschung und dem Experiment und (c) der Bewertung nach technischen Normen unterzogen werden. Die Antike kannte keinen objektiven Maßstab für die Krankheit.¹⁷ Galileis Zeitgenossen waren die ersten, die – wenn auch mit wenig Erfolg – Messungen an den Kranken vorzunehmen suchten. Seit Galen gelehrt hatte, daß der Urin direkt aus der Hohlvene ausgeschieden werde und seine Zusammensetzung ein direkter Indikator für den Zustand des Blutes sei, hatten die Ärzte Geschmack und Geruch des Urins probiert und ihn im Sonnen- und Mondlicht geprüft. Seit dem 16. Jahrhundert hatten die Alchimisten gelernt, mit beträchtlicher Präzision das spezifische Gewicht zu messen, und sie unterzogen den Urin der Kranken ihren Meßverfahren. Dutzende von verschiedenen Bedeutungen wurden den Schwankungen im spezifischen Gewicht des Urins zugeschrieben. Seit diesen ersten Messungen haben die Ärzte in jedes neue Meßver-

17 W. Muri, «Der Maßgedanke bei griechischen Ärzten», *Gymnasium* 57, 1950, S. 183–201. H. Laue, *Maß und Mitte: Eine problemgeschichtliche Untersuchung zur frühen griechischen Philosophie und Ethik*, Münster-Osnabrück, 1950. Das Maß war in der Antike eine Sache von Tugend und Proportion, nicht der operationellen Verifikation. Über das prähistorische indogermanische Wortfeld, dem sowohl *Maß* als auch *Medizin* entstammen, siehe Emile Benveniste, «Médecine et la notion de mesure», in *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes*, Bd. 2, Pouvoir, droit religion, 1969, S. 123–32.

fahren, das sie zu handhaben lernten, diagnostische und kurative Bedeutung hineingelesen.¹⁸

Die Verwendung physikalischer Messungen bereitete den Weg für den Glauben an die reale Existenz der Krankheiten und ihre ontologische Unabhängigkeit von der Wahrnehmung des Arztes und des Patienten. Dieser Glaube wurde durch Statistiken untermauert. Sie «bewiesen», daß Krankheiten in der Umwelt des Menschen vorhanden waren und in ihn eindringen, ihn infizieren konnten. Die ersten klinischen Tests unter Verwendung statistischer Methoden, die 1721 in Amerika durchgeführt und 1722 in London veröffentlicht wurden, lieferten konkrete Daten, aus denen hervorging, daß, als in Massachusetts die Pocken grassierten, Menschen, die geimpft worden waren, davon verschont blieben. Diese Untersuchungen wurden von Dr. Cotton Mather durchgeführt, der durch seinen inquisitorischen Eifer anlässlich der Hexenprozesse von Salem bekannter wurde als durch dieses hochsinnige Plädoyer für die Pockenimpfung.¹⁹

Im 17. und 18. Jahrhundert wurden Ärzte, die an Kranken Messungen vornahmen, von ihren Kollegen leicht als Quacksalber verachtet. Noch während der Französischen Revolution betrachteten die Ärzte in England die klinische Fiebertemperatur mit Mißtrauen. Zusammen mit der routinemäßigen Pulsmessung wurde sie erst um 1845 in die klinische Praxis übernommen, fast 30 Jahre nachdem Laënnec erstmals ein Stethoskop benutzt hatte.

18 Zur Geschichte der Messungen siehe zwei Symposien: Harry Woolf, Hrsg., *Quantification: A History of the Meaning of Measurement in the Natural and Social Sciences*, Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1961, sowie Daniel Lerner, *Quantity and Quality: The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept*, New York: Free Press, 1961. Besonders siehe, bei Woolf, den Aufsatz von Richard Shryock, «The History of Quantification in Medical Science», S. 85–107. Zur Anwendung der Messung auf nichtmedizinische Aspekte des Menschen, siehe S. S. Stevens, «Measurement and Man», *Science* 127, 1958, S. 383–89 sowie S. S. Stevens, *Handbook of Experimental Psychology*, New York: Wiley, 1951.

19 Richard H. Shryock und Otho T. Beall, *Cotton Mather: The First Significant Figure in American Medicine*, Baltimore: John Hopkins Univ. Press, 1954.

Als die Ärzte sich mehr für die Krankheit als für den Kranken zu interessieren begannen, wurde das Hospital zum Museum der Krankheiten. Die Stationen waren voll von mittellosen Leuten, die ihren Körper jedem Arzt, der bereit war sie zu behandeln, als Schaustücke anboten.²⁰ Die Erkenntnis, daß das Krankenhaus ganz logisch die Stätte war, wo man «Fälle» studieren und vergleichen konnte, entstand gegen Ende des 18. Jahrhunderts. Die Ärzte besuchten die Hospitäler, wo sich alle Arten von Kranken zusammenfanden, und gewöhnten sich an, jeweils mehrere «Fälle» der gleichen Krankheit herauszugreifen. Sie entwickelten die Krankenbettperspektive, den klinischen Blick. In den ersten Jahren des 19. Jahrhunderts machte die Einstellung des Arztes zum Krankenhaus eine weitere Wandlung durch. Bis dahin hatten junge Ärzte sich überwiegend durch Lektüre, Demonstration und akademischen Disput gebildet. Nun verlagerte sich die Praxis ans Krankenbett, den Ort, wo die künftigen Ärzte lernten, die Krankheiten zu erkennen.²¹ Die klinische Einstellung zur Krankheit ließ eine neue Spra-

20 Als die Krankheit eine Entität wurde, die vom Menschen getrennt und vom Arzt behandelt werden konnte, wurden auch andere Aspekte des Menschen plötzlich ablösbar, benutzbar, verkäuflich. Der Verkauf des eigenen Schattens ist ein typisches literarisches Motiv des 19. Jahrhunderts (A. v. Chamisso, *Peter Schlemihls wundersame Geschichte*, 1814). Ein dämonischer Arzt kann dem Menschen sein Spiegelbild rauben (E. T. A. Hoffmann, «Die Geschichte vom verlorenen Spiegelbild», in *Die Abenteuer einer Sylvesternacht*, 1815. Bei W. Hauff, «Das steinerne Herz», in *Das Wirtshaus im Spessart* (1828), tauscht der Held sein Herz gegen eines aus Stein ein, um sich vor dem Bankrott zu retten. Während der folgenden zwei Generationen wurde der Verkauf des Appetits, des Namens, der Jugend und der Erinnerung literarisch behandelt.

21 Über diese Entwicklung in Frankreich siehe Maurice Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*, Saintes: Fédération hospitalière de France, 1959, die einzige gut dokumentierte Geschichte der öffentlichen Fürsorge für die Kranken in Frankreich. Siehe Jean Imberg, *Les Hôpitaux en France*, «Que sais-je?» Paris: Presses Universitaires de France, 1958, über die Anpassung des französischen Krankenhauses an die sich wandelnden medizinischen Techniken während des 19. Jahrhunderts. Siehe natürlich auch Foucault, *Die Geburt der Klinik*.

che entstehen, die über Krankheiten aus der Krankenbettperspektive sprach, und es entstand ein Krankenhaus, in dem die Krankheiten so organisiert und klassifiziert wurden, daß sie bequem den Studenten vorgeführt werden konnten.²²

Das Hospital, das sich im frühen 19. Jahrhundert zu einer Stätte der Diagnose entwickelt hatte, verwandelte sich nunmehr in eine Stätte der Lehre. Schon bald sollte es ein Laboratorium werden, wo mit Behandlungsformen experimentiert wurde, und gegen die Jahrhundertwende eine Stätte der Therapie. Heute hat sich das einstige Pesthaus zu einer nach Abteilungen gegliederten Reparaturwerkstatt gewandelt. All dies geschah in Etappen. Im 19. Jahrhundert war die Klinik der Ort, wo Krankheitsträger versammelt, Krankheiten identifiziert und Krankheitsstatistiken geführt wurden. Viel eher als die ärztliche Praxis stand die Klinik im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses. Das spezialisierte Krankenhaus, das die französischen Revolutionäre zum Wohle des Patienten forderten, wurde eine Seltenheit, da es den Ärzten darum ging, Krankheiten zu klassifizieren. Während des ganzen 19. Jahrhunderts beschränkte die Pathologie sich überwiegend auf die Klassifikation anatomischer Anomalien. Erst gegen Ende des Jahrhunderts fingen die Schüler Claude Bernards an, auch die Pathologie der Funktionen zu bezeichnen und zu katalogisieren.²³ Ähnlich wie die Krankheit gewann die Gesundheit einen klinischen Status, der durch das Fehlen klinischer Symptome definiert war, und Wohlergehen wurde mit klinischen Maßstäben der Normalität gleichgesetzt.²⁴

22 Über die Geschichte des Krankheitsbegriffs siehe P. Diepgen, G. B. Gruber und H. Schadewaldt, «Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik», in *Prolegomena einer allgemeinen Pathologie*, Berlin: Springer, 1969, Bd. 1, S. 1–50. Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes: In seinen Hauptzügen dargestellt*, 2. Aufl., Wiener Beiträge zur Geschichte der Medizin, Bd. 1, Wien: Maudrich, 1947. Pedro Lain Entralgo, *El médico y el enfermo*, Madrid: Ediciones Guadarrama, 1970.

23 Mirko D. Grmek, «La Conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard», in Alexandre Koyré, *Mélanges Alexandre Koyré: L'Aventure de la science*, Paris: Hermann, 1964, Bd. 1, S. 208–27.

24 Georges Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris: Presses

Die Krankheit hätte niemals mit Abnormität gleichgesetzt werden können, wenn sich nicht in einem Zeitraum von 200 Jahren auf einem Wissensgebiet nach dem anderen universelle Normen durchgesetzt hätten. Auf Geheiß Kardinal Richelieus berief der König von Frankreich 1635 eine Akademie ein, die sich aus den vierzig angeblich vornehmsten Literaten Frankreichs zusammensetzte und deren Zweck es war, die französische Sprache zu bewahren und zu vervollkommen. In Wirklichkeit setzte sich die Sprache der aufsteigenden Bourgeoisie allgemein durch, der Klasse, die gleichzeitig auch die Kontrolle über die expandierenden Produktionsmittel gewann. Die Sprache dieser neuen Klasse von kapitalistischen Produzenten wurde für alle Klassen der Gesellschaft verbindlich. Die Staatsgewalt griff über den Rahmen von Gesetz und Verfassung hinaus und regulierte die Ausdrucksweise der Menschen. Die Bürger lernten, die normative Macht einer Elite auf solchen Gebieten anzuerkennen, die bislang vom kirchlichen Kanon und vom Staats-, Zivil- und Strafrecht unberührt geblieben waren. Verstöße gegen die kodifizierten Gesetze der französischen Grammatik zogen nunmehr besondere Sanktionen nach sich; sie stuften den Sprechenden herab, d. h., sie entkleideten ihn der Privilegien von Klasse und Beruf. Als schlechtes Französisch galt, was hinter den akademischen Normen zurückblieb; als schlechte Gesundheit sollte bald gelten, was nicht der klinischen Norm entsprach.

Norma heißt im Lateinischen «Maß», das Winkelmaß des Zimmermanns. Bis um 1830 bedeutete das englische Wort «normal» denn auch senkrecht, rechtwinklig. In den 1840er Jahren setzte es sich zur Bezeichnung eines allgemeinen Typus durch. Um 1880 bezeichnete das Wort einen regelmäßigen Zustand – nicht nur von Dingen, sondern auch von Menschen. In Frankreich wurde es aus der Geometrie auf die Gesellschaft übertragen: *École normale* hieß

Universitaires de France, 1972, ist eine Dissertation über die Geschichte der Idee der Normalität in der Pathologie des 19. Jahrhunderts; abgeschlossen 1943, mit einem Nachwort aus 1966. Über die Geschichte des Normalitätsbegriffs in der Psychiatrie, siehe Michel Foucault, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1973.

die Schule, in der die Lehrer des *Empire* ausgebildet wurden. Und 1840 gab Auguste Comte ihm eine medizinische Bedeutung. Er hoffte nämlich, daß, wenn einmal die Gesetze des Normalzustandes des Organismus bekannt wären, eine Wissenschaft der vergleichenden Pathologie möglich wäre.²⁵

Im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts entwickelten die Normen und Standards des Krankenhauses sich zu fundamentalen Kriterien der Diagnose und Therapie. Damit dies geschehen konnte, war es nicht erforderlich, alle abnormen Merkmale als pathologisch zu bezeichnen; es genügte vollauf, daß die Krankheit – als Abweichung von der klinischen Norm – die Intervention des Arztes legitimierte, indem sie eine Orientierung für die Therapie bot.²⁶

Die Epoche der Krankenhausmedizin, die kaum mehr als ander-

25 Zur medizinischen Ideengeschichte im 19. Jahrhundert siehe Pedro Lain Entralgo, *La medicina hipocrática*, Madrid: Revista de Occidente, 1970. Werner Leibbrand, *Heilkunde: Eine Problemgeschichte der Medizin*, Freiburg: Alber, 1953. Fritz Hartmann, *Der ärztliche Auftrag: Die Entwicklung der Idee des abendländischen Arztums aus ihren weltanschaulich-anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit*, Göttingen: Musterschmidt, 1956. M. Merleau-Ponty, «L'Oeil de l'esprit», *Les Temps Modernes*, No. 184–85, 1961, S. 193 ff. M. Merleau-Ponty, *Phänomenologie und Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter, 1966. Werner Leibbrand, *Spekulative Medizin der Romantik*, Hamburg: Claassen, 1956. Hans Freyer, «Der Arzt und die Gesellschaft», in *Der Arzt und der Staat*, Leipzig: Thieme, 1929. René Fülöp-Miller, *Kulturgeschichte der Heilkunde*, München: Bruckmann, 1937. K. E. Hrag Rothsuh, *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*, Wege der Forschung, Bd. 362, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1976: 18 historisch wichtige kritische Beiträge – aus dem 19. und 20. Jahrhundert – zur Epistemologie der Krankheit, darunter C. W. Hufeland, R. Virchow, R. Koch und F. Alexander. Richard Toellner beabsichtigt die Veröffentlichung eines Parallelbandes: Erfahrung und Denken in der Medizin.

26 Über diese Entwicklung, besonders soweit sie unter dem Einfluß von Virchow stand, siehe Wolfgang Jacob, «Medizinische Anthropologie im 19. Jahrhundert: Mensch, Natur, Gesellschaft: Beitrag zu einer theoretischen Pathologie», in *Beiträge aus der allgemeinen Medizin*, No. 20, Stuttgart: Enke, 1967.

halb Jahrhunderte dauerte, geht ihrem Ende entgegen.²⁷ Überall in der Gesellschaft verwischen sich die klinischen Maßstäbe. Die Gesellschaft insgesamt ist zur Klinik geworden, und alle Bürger sind Patienten, deren Blutdruck dauernd überwacht und reguliert wird, damit er sich «innerhalb» normaler Grenzen halte. Die akuten Schwierigkeiten mit Arbeitskräften und Finanzen, mit der Bereitstellung und Kontrolle therapeutischer Einrichtungen, die den Krankenhäusern überall zu schaffen machen, lassen sich als Symptom einer neuen Krise des Krankheitsbegriffs deuten. Es handelt sich um eine echte Krise, denn sie läßt zwei entgegengesetzte Lösungen zu, die beide das heutige Krankenhaus obsolet machen würden. Die eine Lösung ist die weitere krankmachende Medikalisierung des Gesundheitswesens, welche die Macht der Ärzte-Zunft über die ambulante Bevölkerung weiter festigen würde. Die andere ist eine kritische, wissenschaftlich fundierte Entmedikalisierung des Krankheitsbegriffs.

Die medizinische Epistemologie (Erkenntnislehre) ist für einen gesunden Ausgang dieser Krise weit wichtiger als die medizinische Biologie oder die medizinische Technologie. Eine solche Epistemologie müßte den logischen Status und den sozialen Charakter von Diagnose und Therapie klären, vor allem was die physische – im Gegensatz zur psychischen – Krankheit betrifft. Alle Krankheit ist eine sozial erzeugte Realität. Ihre Bedeutung und die Reaktionen, die sie hervorruft, haben Geschichte.²⁸ Das Studium dieser Ge-

27 Janine Ferry-Pierret und Serge Karsenty, *Pratiques médicales et systèmes hospitalier*, Paris: CEREBE, 1974, eine ökonomische Analyse der steigenden Grenzkosten im Gesundheitswesen, bedingt durch die führende Rolle des Krankenhauses in der Gesundheitspflege (diese führende Rolle wurde durch eine auf das Krankenhaus abgestellte Auffassung von Krankheit ermöglicht). Ein Dutzend soziologischer Betrachtungen über das moderne Krankenhaus enthält Eliot Freidson, Hrsg., *The Hospital in Modern Society*, New York: Free Press, 1963. Siehe auch Johann J. Rhode, *Soziologie des Krankenhauses: Zur Einführung in die Soziologie der Medizin...* Stuttgart: Enke, 1962, vielleicht die umfassendste Soziologie des Krankenhauses.

28 Über die Geschichte der Körperwahrnehmung in den europäischen

schichte kann uns verstehen helfen, in welchem Maß wir Gefangene einer medizinischen Ideologie sind, mit der wir erzogen wurden.

Manche namhaften Autoren haben in letzter Zeit versucht, den «Krankheits»status der *psychischen* Abweichung zu bestreiten.²⁹ Es ist paradox, aber solche Bemühungen machen es schwerer – und keineswegs leichter –, die gleiche Frage in bezug auf die Krankheit im allgemeinen aufzuwerfen. Leifer, Goffmann, Szasz, Laing und andere befassen sich mit der politischen Genese der psychischen Krankheit und ihrer Ausnützung für politische Zwecke.³⁰ Um ihre Auffassung zu verdeutlichen, stellen sie der «unwirklichen» psychischen die «wirkliche» physische Krankheit entgegen: nach ihrer Meinung gilt die Sprache der Naturwissenschaft, die heute auf alle von den Ärzten untersuchten Zustände angewendet wird, eigentlich nur für die physische Krankheit. Physische Krankheit bleibt auf den Körper beschränkt, und sie gehört in dessen anatomischen,

Kulturen siehe Norbert Elias, *Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, Bd. 1, Wandlungen des Verhaltens in den Weltlichtern des Abendlandes; Bd. 2, Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation, Bern/München: Francke, 1969.

²⁹ Nur ein Beispiel: D. L. Rosenhan, «On Being Sane in Insane Places», *Science* 179, 1973, S. 250–58. «Acht Pseudo-Patienten ließen sich in psychiatrische Anstalten einweisen, indem sie vorgaben, Stimmen zu hören; kaum drinnen, wurden sie unwiderruflich als Schizophrene diagnostiziert – trotz ihres anschließenden normalen Verhaltens. Ironischerweise argwöhnten nur die anderen Insassen, daß die Pseudo-Patienten normal wären. Das Klinikpersonal war nicht imstande, normales Verhalten innerhalb des Klinikmilieus zu erkennen.»

³⁰ Thomas S. Szasz, *Geisteskrankheit, ein moderner Mythos?* Freiburg: Walter, 1972 (auch Kindler, München, 1975). *Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie*. Frankfurt/Main: Fischer Tb. Verlag, 1976. Ronald Leifer, *In the Name of Mental Health: Social Functions of Psychiatry*, New York: Aronson, 1969. Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1974. R. D. Laing und A. Esterson, *Wahnsinn und Familie. Familien von Schizophrenen*. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1975.

physiologischen und genetischen Kontext. Die «reale» Existenz dieser Zustände kann durch Messung und Experiment bestätigt werden – ohne jeden Bezug auf ein Wertesystem. Nichts dergleichen trifft auf die psychische Krankheit zu: ihr Status als «Krankheit» ist gänzlich vom psychiatrischen Urteil abhängig. Der Psychiater handelt als Agent des sozialen, ethischen und politischen Milieus. Messungen und Experimente an solchen «psychischen» Zuständen sind nur innerhalb eines ideologischen Rahmens möglich, der durch die allgemeine soziale Voreingenommenheit des Psychiaters bestimmt ist. Für die weite Verbreitung der psychischen Krankheiten wird das Leben in einer entfremdeten Gesellschaft verantwortlich gemacht; eine politische Erneuerung würde zwar viel psychisches Leiden beseitigen, aber sie würde lediglich eine bessere und gerechtere technische Betreuung für die physisch Kranken bringen.

Diese antipsychiatrische Auffassung, die den nichtpolitischen Status der physischen Krankheit legitimiert, indem sie der psychischen Abweichung den Charakter von Krankheit abspricht, bleibt im Westen die Auffassung einer Minderheit, wiewohl sie der offiziellen Doktrin im modernen China nahezukommen scheint, wo die psychische Krankheit als politisches Problem aufgefaßt wird. Die Verantwortung für die Psychotiker obliegt dort nämlich den Politikern. Wie Bermann³¹ berichtet, kritisieren die Chinesen die revisionistische Praxis der Sowjetunion, die politische Abweichung von Klassenfeinden zu entpolitisieren, indem sie diese in Kliniken einsperren und behandeln, als hätten sie eine infektiöse Krankheit. Nur das entgegengesetzte Vorgehen, so behaupten die Chinesen, könne zum Erfolg führen: die intensive politische Umerziehung von Menschen, die vielleicht unbewußt Klassenfeinde sind. Durch Selbstkritik würden sie politisch aktiviert und gesunden. Und wieder haben wir den Fall, daß das Beharren auf dem wesentlich nichtklinischen Charakter der psychischen Abweichung den

³¹ Gregoria Berman, *La Santé mentale en Chine*, übers. A. Barbaste, Paris: Maspero, 1974 (Orig.: *La salud mental en China*, Buenos Aires: Ed. Jorge Alvarez, 1970.)

Glauben bestärkt, jede andere Krankheit sei ein materieller Sachverhalt.³²

Für die fortgeschrittenen Industriegesellschaften steht viel auf dem Spiel, wenn sie die epistemologische Legitimität der Krankheit als Entität behaupten. Solange Krankheit als etwas verstanden wird, das von den Menschen Besitz ergreift, das sie «befällt» oder «ereilt», können die Opfer solcher natürlichen Vorgänge von der Verantwortung für ihren Zustand freigesprochen werden. Man kann sie bedauern, statt sie für ihre Nachlässigkeit, Schwäche oder Inkompetenz im Erleiden ihrer subjektiven Realität zu tadeln; man kann sie zu fügsamen und profitablen Gewinnbringern machen, wenn sie demütig ihre Krankheit als Ausdruck dessen akzeptieren, «wie die Dinge nun mal sind»; und man kann sie von jeder politischen Verantwortung dafür freisprechen, daß sie an der Vermehrung des krankmachenden Stresses einer hochintensiven Industrie mitgewirkt haben. Eine fortgeschrittene Industriegesellschaft macht die Menschen krank, weil sie sie unfähig macht, sich mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen, und weil sie ihnen, wenn sie zusammenbrechen, eine «klinische» Prothese für ihre zerstörten menschlichen *Beziehungen* bietet. Gegen eine solche Umwelt würden die Menschen revoltieren, wenn die Medizin ihre biologische Störung nicht als Defekt ihrer Gesundheit erklären würde, statt den Defekt in der Lebensweise zu zeigen, die ihnen auferlegt ist oder die sie sich selbst auferlegen.³³ Die Versicherung der persönlichen politischen Unschuld, die eine ärztliche Diagnose dem Patienten bietet, wirkt als

32 Peter Sedgwick, «Illness, Mental and otherwise: All Illnesses Express a Social Judgement», *Hastings Center Studies* 1, No. 3, 1973, S. 19-40, weist darauf hin, daß Sachverhalte erst dann Krankheit oder Gebrechen darstellen, wenn der Mensch sie als Abweichungen und Zustände stempelt, die sozialer Kontrolle unterliegen. Sedgwick kündigt an, in ein demnächst bei Harper & Row erscheinenden Buch die epistemologische Frage bezüglich der Krankheit im allgemeinen aufzuwerfen.

33 Albert Görres, «Sinn und Unsinn der Krankheit: Hiob und Freud», in Albert Görres, Hrsg., *Der Kranke, Ärgernis der Leistungsgesellschaft*, Düsseldorf, Patmos, 1971, S. 74-88.

hygienische Maske, die die weitere Willfährigkeit gegenüber Produktion und Konsum rechtfertigt.

Die ärztliche Diagnose substantieller Krankheits-Entitäten, die angeblich im Körper des Individuums entstehen, bedeutet, daß auf niederrächtige Weise dem Opfer selbst die Schuld an seiner Beschädigung gegeben wird. Der Arzt, selber Mitglied der herrschenden Klasse, stellt fest, daß das Individuum sich nicht in eine Umwelt einfügen kann, die von anderen Experten geplant und verwaltet wird, statt daß er seine Kollegen anklagen würde, weil sie eine Umwelt schaffen, an die der menschliche Organismus sich nicht anpassen kann. Die substantielle Krankheit kann also als Materialisierung eines politisch bequemen Mythos verstanden werden, der im Körper des Individuums Substanz gewinnt, wenn dieser Körper gegen die Anforderungen rebelliert, die die Industriegesellschaft an ihn stellt.

In jeder Gesellschaft spiegelt die Klassifikation der Krankheiten – die Nosologie – die gesellschaftliche Organisation wider. Das von der Gesellschaft produzierte Leiden wird vom Arzt mit Namen belegt, die den Bürokraten willkommen sind: Diagnosen wie «Lernunfähigkeit», «Hyperkinesis», oder «minimale Hirndysfunktion» erklären den Eltern, warum ihre Kinder nicht lernen, und dienen als Alibi für die Intoleranz und Inkompetenz der Schule; hoher Blutdruck dient als Alibi für wachsenden Streß, Degenerationskrankheiten als Alibi für die Degeneration des Gemeinwesens. Je überzeugender die Diagnose klingt, je wertvoller die Therapie zu sein scheint, desto leichter sind die Leute davon zu überzeugen, daß sie beides brauchen, und desto weniger wahrscheinlich ist es, daß sie gegen das industrielle Wachstum revoltieren werden. Die gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmer fordern möglichst die teuersten Therapien – wenn schon aus keinem anderen Grund, dann wegen des Vergnügens, wenigstens einen Teil des Geldes wiederzubekommen, das Steuer und Versicherung ihnen genommen haben, und sie wiegen sich in der Täuschung, dies führe zu mehr Gleichheit.

Bevor die Krankheit primär als organische oder Verhaltensabnormität aufgefaßt wurde, konnte der Patient hoffen, im Auge seines Arztes einen Widerschein seiner eigenen Qual und die Aner-

kennung der Einmaligkeit seines Leidens zu entdecken. Was er heute findet, ist der unbeteiligte Blick eines mit Input-Output-Berechnungen befaßten Buchhalters. Seine Krankheit wird ihm abgenommen und zum Rohmaterial für einen institutionellen Betrieb gemacht. Sein Zustand wird nach abstrakten Regeln interpretiert, und zwar in einer Sprache, die er nicht versteht. Er wird über ihm fremde Gegenstände belehrt, die der Arzt bekämpft – aber nur insoweit der Arzt es für notwendig hält, sich der Kooperation des Patienten zu versichern. Die Ärzte bemächtigen sich der Sprache: der kranke Mensch wird aller sinnvollen Wörter für seine Qual beraubt, die durch linguistische Geheimniskrämerei noch vermehrt wird.³⁴

Bevor das wissenschaftliche Kauderwelsch die vom Körper handelnde Sprache zu beherrschen begann, war der Wortschatz der Alltagssprache in dieser Hinsicht außerordentlich reich.³⁵ In ländli-

³⁴ B. L. Whorf, *Language, Thought and Reality*, New York: Wiley, 1956, beschreibt die Sprachbarriere, die eine technische Terminologie zwischen der akademischen Ingroup und den als Outgroup definierten Patienten errichtet. K. Engelhardt u. a., *Kranke im Krankenhaus*, Stuttgart: Enke, 1973. Während des Krankenhausaufenthalts werden die Patienten erheblich und zunehmend verwirrt. Zum Zeitpunkt der Entlassung wußten weniger als ein Drittel, auf welche Krankheit hin sie behandelt wurden, und weniger als ein Viertel, welcher Therapie sie unterzogen worden waren. M. B. Korsch und V. F. Negrete, «Doctor-Patient Communication», *Scientific American* 227, August 1972, S. 66–69. Im Los Angeles Children's Hospital wurde festgestellt, daß 20 % der Mütter nicht verstehen, woran ihre Kinder leiden, daß 50 % nicht die Ursachen der Krankheit begreifen, und daß 42 % erhaltene Ratschläge nicht befolgen, oft weil sie diese nicht verstehen. Raoul Carson, in *Les Vieilles Douleurs*, revid. Ausg., Paris: Juillard, 1960, bestätigt in eher intuitiver Form, daß dasselbe auch für seine französischen Patienten gilt.

³⁵ Zur Sprache der Krankheit in der mediterranen Antike siehe Nadia van Brock, *Recherches sur le vocabulaire médical du Grec ancien: Soins et guérison*, Paris: Klincksieck, 1961. Hermann Grapow, *Kranker, Krankheiten und Arzt: Vom gesunden und kranken Ägypter, von den Krankheiten, vom Arzt und von der ärztlichen Tätigkeit*, Berlin: Akademie-Verlag, 1956, Bd. 7, S. 168. Georges Contenau, *La Médecine en Assyrie et en Baby-*

chen Dialekten hat sich ein Teil dieser Fülle bis in unser Jahrhundert erhalten.³⁶ Sprichwörter und Redensarten enthielten leicht zu befolgende Lehren.³⁷ Die Ausdrucksweise, deren sich die Babylonier und Griechen bedienten, wenn sie dem Arzt ihre Beschwerden vortrugen, ist mit der anschaulichen Sprache deutscher Arbeiter verglichen worden. Wie in der Antike stottert und stammelt der Patient und erzählt, daß etwas ihn «beißt» oder ihn «gepackt» hat. Doch während der Industriearbeiter sein Weh monoton als «es» bezeichnet, das ihn schmerzt, hatten seine Vorfahren viele farbige und ausdrucksstarke Namen für die Dämonen³⁸, von denen sie gebissen oder gestochen wurden. Wenn nun die geläufige Sprache der Gesellschaft zunehmend von der Fachsprache einer Elite abhängig wird, dann wird die Krankheit schließlich zum Instrument der Klassenherrschaft. Akademiker und Bürokrat dürfen sich wie Kollegen des Arztes fühlen, wenn er sie behandelt, während der Arbeiter als Untertan dasteht, der die Sprache seines Herrn nicht versteht.³⁹

lonie, Paris: Librairie Maloine, 1938. Zur Sprache der Bibel, was die Krankheit betrifft, vergleiche Anmerkungen in FN. 44, in Kap. 3.

³⁶ Max Höfler, *Deutsches Krankheitsnamen-Buch*, München: Piloty & Löhle, 1899. Eine monumentale Sammlung volkstümlicher deutscher Ausdrücke für Körperorgane, ihre Funktionen und Krankheiten bei Mensch und Haustier, sowie der Bezeichnungen von natürlichen oder magischen Heilmitteln; 922 eng bedruckte Seiten.

³⁷ Otto E. Moll, *Sprichwörter-Bibliographie*, Frankfurt am Main: Klostermann, 1958, verzeichnet 58 Sprichwörtersammlungen aus allen Sprachen, die sich auf «Gesundheit, Krankheit, Medizin, Hygiene, Dummheit und Faulheit» beziehen (S. 534–37). Im Gegensatz dazu eine Geschichte der medizinischen Sprache, siehe Johannes Steudel, *Die Sprache des Arztes: Etymologie und Geschichte medizinischer Termini* (kenne ich nur in Auszügen).

³⁸ Dietlinde Goltz, «Krankheit und Sprache», *Sudhoffs Archiv* 53, No. 3, 1969, S. 225–69.

³⁹ Während des 19. Jahrhunderts entwickelten die neuen Mittelschichten eine Art Schuld- oder Schamgefühl bezüglich der Krankheit, während das höhere Bürgertum und der Adel ihr Bedürfnis nach dauernder Gesundheitsbetreuung als Entschuldigung für modische «Kuren» besonders in ele-

Sobald aber die Effizienz der Medizin in der Alltagssprache bewertet wird, zeigt sich unmittelbar, daß die meisten wirksamen Diagnosen und Therapien keineswegs das Verständnis eines Laien überfordern. Ja, die allermeisten diagnostischen und therapeutischen Interventionen, die nachweislich mehr Heil als Schaden bringen, haben zwei gemeinsame Merkmale: die zu ihrer Herstellung benötigten Rohstoffe sind extrem billig, und sie können in einer für den Eigengebrauch oder die Anwendung durch Familienmitglieder bestimmten Form verbreitet werden. So etwa ist der Preis für jene Artikel, die sich in der kanadischen Medizin als signifikant gesundheitsfördernd erwiesen haben, so niedrig, daß die gleichen Mittel der gesamten Bevölkerung Indiens zur Verfügung gestellt werden könnten, und zwar für den gleichen Betrag, der heute dort für eine

ganten Sommerfrischen benutzten. Die «Saison» in den großen Kurorten spielte eine ähnliche politische Rolle wie heute die Gipfeltreffen. Siehe Walter Rüegg, «Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts», und Johannes Steudel, «Therapeutische und soziologische Funktion der Mineralbäder im 19. Jahrhundert», beide in Walter Artelt und Walter Rüegg, Hrsg., *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts: Vorträge eines Symposions vom 1.-3. April 1963, in Frankfurt a. M.*, Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, Bd. 1, Stuttgart: Ebke, 1967. R. H. Shryock, «Medicine and Society in the 19th Century», *Cahiers d'histoire mondiale* 5, 1959, S. 116-46. Luc Boltanski, «La Découverte de la maladie: La Diffusion du savoir médical», Mimeo, Centre de Sociologie Européenne, Paris 1968. Dieser auf reichen empirischen Daten basierende Aufsatz sammelt Unterlagen zur klassenspezifischen Ausbreitung der Medizinkultur, weist die ökonomischen Ursachen der «Zähigkeit» der Armen im Leiden auf und stellt die «Schmerzbekämpfung» der Mittelschicht gegenüber.

Eine Möglichkeit, die Reaktionen auf die Medikalisierung des Krankheitsbegriffs zu untersuchen, bietet die Geschichte des Witzes, dessen Ziel die Karikatur ist. Material über die Karikatur findet sich in U. S. National Library of Medicine, *Caricatures from the Art Collection*, comp. Sheila Durling, Washington, D. C., 1959; Helmut Vogt, *Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart*, München: Lehmann, 1960; Curt Prokauer und Fritz Witt, *Pictorial History of Dentistry*, Köln: Dumont, 1971; A. Weber, *Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'à nos jours*, Paris: Editions Hippocrate, 1936.

moderne, an den Bedürfnissen vorbeigeplanten Medizin vergeudet wird. Die für die Anwendung der meisten, allgemein üblichen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel benötigten Kenntnisse sind so elementar, daß die sorgfältige Befolgung gewisser Instruktionen durch die persönlich Betroffenen eine effektivere und verantwortlichere Verwendung garantieren würde, als es die ärztliche Praxis je könnte. Alles übrige könnten nichtprofessionelle «Barfußärzte» bei einigem persönlichen Engagement wahrscheinlich besser verstehen als Ärzte, Psychiater, Dentisten, Geburtshelfer, Psychotherapeuten und Augenärzte.

Immer wenn die Beweise für die Einfachheit einer effektiven modernen Medizin zur Sprache kommen, bringen die Befürworter einer weiteren Medikalisation den üblichen Einwand vor, daß der Kranke zu verängstigt und emotional unfähig zu einer rationalen Selbstbehandlung seien und daß sogar Ärzte einen Kollegen konsultieren, wenn es gilt, ihr eigenes krankes Kind zu behandeln; und außerdem könnten böswillige Amateure sich rasch als monopolistische Hüter der knappen und kostbaren medizinischen Kenntnisse organisieren. Diese Einwände sind alle ganz triftig, solange sie eine Gesellschaft betreffen, in der die Konsumenten-Erwartungen die Einstellung zum Dienst am Kranken prägen, in der die materiellen Mittel der Medizin hauptsächlich für die Bedürfnisse des Krankenhauses geplant und verbreitet werden und in der der Mythos der medizinischen Effizienz regiert. Sie wären allerdings kaum haltbar in einer Welt, die sich dem vernünftigen Streben nach persönlichen Zielen verschrieben hätte, die – bei nüchternem und sparsamem Gebrauch der Technik – für jedermann erreichbar wären.

5. Tod kontra Tod

Der Tod als Ware

In allen Gesellschaften bestimmt das herrschende Bild vom Tode die allgemeinen Vorstellungen von Gesundheit.¹ Dieses Bild, die kulturell vermittelte Antizipation eines bestimmten Geschehens zu einem unbestimmten Zeitpunkt, wird geformt durch institutionelle Strukturen, tief verwurzelte Mythen und den vorherrschenden Sozialcharakter. Das Bild, das eine Gesellschaft sich vom Tode macht, gibt Aufschluß darüber, wie unabhängig ihre Menschen sind, wie persönlich sie miteinander verkehren, wieviel Selbstvertrauen sie haben und wie lebendig sie sind.² Wo immer die medikalisierte Zivi-

¹ Robert G. Olson, «Death», in *Encyclopedia of Philosophy*, Hrsg. P. Edwards, New York: Macmillan, 1967, Bd. 2, S. 307–09, gibt eine kurze, klare Einführung in das Wissen von Tod und Todesfurcht. Hermann Feifel, Hrsg., *The Meaning of Death*, New York: McGraw-Hill, 1959, hat die psychologische Forschung über den Tod in den USA stark befruchtet. Robert Fulton, Hrsg., *Death and Identity*, New York: Wiley, 1965, ist eine hervorragende Anthologie kürzerer Beiträge, die in ihrer Gesamtheit den Stand der englisch-sprachigen Forschung 1965 wiedergeben. Paul L. Landsberg, *Die Erfahrung des Todes. Mit dem Essay «Das moralische Problem des Selbstmords»*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1973, ist eine klassische Analyse zum Thema Tod, José Echeverría, *Réflexions métaphysiques sur la mort et le Problème du sujet*, Paris: J. Vrin, 1957, ist der klare Versuch einer Phänomenologie des Todes. Christian von Ferber, «Soziologische Aspekte des Todes: Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie», *Zeitschrift für evangelische Ethik* 7, 1963, S. 338–60. Ein überzeugendes Argument dafür, den Tod wieder zu einem ersten öffentlichen Problem zu machen. Der Autor glaubt, daß wenn der Tod verdrängt, privatisiert und zur ausschließlichen Sache von Experten gemacht wird, dies die ausbeuterische Klassenstruktur der Gesellschaft verstärkt. Ein sehr wichtiger Artikel. Siehe auch Vladimir Jankelevitch, *La mort*, Paris: Flammarion, 1966, sowie Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, Paris: Seuil, 1970.

² Zum Studium der antiken Todesvorstellung, soweit in unserem allgemeinen Kontext bedeutsam, sind folgende Titel von Nutzen: Fielding H. Garrison, «The Greek Cult of the Dead and the Chthonian Deities in

Antiquity», *Annals of the American Academy of Religion* 1, 1913, S. 1–12. «The Cult of the Dead in Ancient Greece», *Annals of Medical History* 1, 1971, S. 35–53. Alice Walton, *The Cult of Asclepius*, Cornell Studies in Classical Philology, No. 3, 1894, Reprint New York: Johnson Reprint Corp., 1965. Ernst Benz, *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie*, Stuttgart: Kohlhammer, 1929, XI, Tübinger Beiträge zur Altertumswissenschaft 7. Ludwig Wachter, *Der Tod im Alten Testament*, Stuttgart: Calwer 1967. Jocelyn Mary Catherine Toynbee, *Death and Burial in the Roman World*, London: Thames & Hudson, 1971. K. Sauer, *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-römischen Geschichtsschreibung*, Frankfurt a. M., 1930. J. Kroll, «Tod und Teufel in der Antike», *Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen* 56, 1926. Hugo Blummer, «Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst», *Neue Jahrbücher des klassischen Altertums*, 1917, S. 499–512.

Die Vorstellung eines «natürlichen Todes», eines Todes, der unter ärztlicher Betreuung eintritt und uns bei guter Gesundheit und in hohem Alter trifft, ist ein recht junges Ideal.³ Seit 500 Jahren hat

Ancient Medicine», *Annals of Medical History* 1, 1971, S. 35–53. Alice Walton, *The Cult of Asclepius*, Cornell Studies in Classical Philology, No. 3, 1894, Reprint New York: Johnson Reprint Corp., 1965. Ernst Benz, *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie*, Stuttgart: Kohlhammer, 1929, XI, Tübinger Beiträge zur Altertumswissenschaft 7. Ludwig Wachter, *Der Tod im Alten Testament*, Stuttgart: Calwer 1967. Jocelyn Mary Catherine Toynbee, *Death and Burial in the Roman World*, London: Thames & Hudson, 1971. K. Sauer, *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-römischen Geschichtsschreibung*, Frankfurt a. M., 1930. J. Kroll, «Tod und Teufel in der Antike», *Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen* 56, 1926. Hugo Blummer, «Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst», *Neue Jahrbücher des klassischen Altertums*, 1917, S. 499–512.

³ Dieses Kapitel stützt sich stark auf die meisterhaften Essays von Philippe Ariès «Le Culte des morts à l'époque moderne», *Revue de l'Académie des Sciences morales et politiques*, 1967, S. 25–40; «La Mort inversée: Le Changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales», *Archives européennes de sociologie* 8, No. 2, 1967; «La Vie et la mort chez les français d'aujourd'hui», *Ethnopsychologie* 27, März 1972, S. 39–44; «La Mort et le mourant dans notre civilisation», *Revue française de sociologie* 14, Januar–März 1973; «Les Techniques de la mort», in *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis de XVIIIe siècle*, 1948, Paris: Seuil, 1971, S. 373–98. In Deutsch erschienerer Sammelband: Philippe Ariès, *Studien zur Geschichte des Todes im Abendland*. München: Hanser, 1976.

es sich in fünf unterschiedlichen Phasen entwickelt, und heute ist er im Begriff, in eine sechste einzutreten. Jede dieser Phasen fand ihren eigenen Ausdruck in der bildlichen Darstellung: (1) im 15. Jahrhundert der «Totentanz»; (2) in der Renaissance der Tanz im Takt des Knochenmannes, der sogenannte «Tanz des Todes»; (3) im Ancien Régime die Sterbeszene im Schlafzimmer des alten Lüstlings; (4) im 19. Jahrhundert der Arzt im Kampf gegen die schweifenden Phantome Schwindsucht und Seuche; (5) um die Mitte des 20. Jahrhunderts der Arzt, der dem Tod den Zutritt zum Patienten wehrt; und nunmehr (6) der Tod auf der Intensivstation. In jeder dieser Entwicklungsphasen rief das Bild des natürlichen Todes eine Reihe von neuen, zunehmend medizinisch geprägten Reaktionen hervor. Die Geschichte des natürlichen Todes ist die Geschichte der Medikalisierung des Kampfes gegen den Tod.⁴

Totentanz – religiöse Erbauung

Seit dem 4. Jahrhundert kämpfte die Kirche gegen traditionelle heidnische Bräuche an, bei denen Menschenmengen – nackt, rasend, Schwerter schwingend – auf den Friedhöfen über die Gräber tanzten. Gleichwohl bezeugt die Häufigkeit der kirchlichen Verdikte, wie wenig diese bewirkten, und ein Jahrtausend lang blieben die christlichen Kirchen und Friedhöfe Tanzböden. Der Tod war Anlaß zur Erneuerung des Lebens. Der Tanz mit den Toten auf ih-

4 In diesem Kapitel befaße ich mich vor allem mit dem Bild des «natürlichen Todes». Ich verwende den Begriff «natürlicher Tod», weil er, wie ich festgestellt habe, vom 16. bis 20. Jahrhundert sehr gebräuchlich war. Ich stelle ihn dem «primitiven Tod» gegenüber, der durch die Einwirkung eines todbringenden, unheimlichen, übernatürlichen oder göttlichen Agenten eintritt, und dem «modernen Tod», der vielfach als Folge sozialer Ungerechtigkeit, als Ergebnis von Klassenkampf oder imperialistischer Herrschaft verstanden wird. Mich interessiert das Bild dieses natürlichen Todes und seine Entwicklung während der vier Jahrhunderte, in denen es in den westlichen Zivilisationen geläufig war. Den Anstoß, mein Thema in dieser Form anzugehen, verdanke ich Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1969. Zu meinen Einwänden gegen den Autor, siehe FN. 54, unten.

ren Gräbern war eine Gelegenheit zur bejahenden Freude darüber, am Leben zu sein, und Stoff für viele erotische Lieder und Verse.⁵ Gegen Ende des 14. Jahrhunderts aber scheint sich die Bedeutung dieser Tänze gewandelt zu haben:⁶ Sie waren nun nicht mehr Begnungen zwischen den Lebenden und den Toten, sondern eine meditative, introspektive Erfahrung. 1424 wurde in Paris der erste Totentanz an eine Friedhofsmauer gemalt. Das Original vom Cimetière des Innocents ist verlorengegangen, aber gute Kopien erlauben uns, es zu rekonstruieren: König, Bauer, Papst, Schreiber und Jungfrau tanzen, jeder mit einem Leichnam. Jeder tote Partner ist nach Gewand und Miene ein Spiegelbild des anderen. In der Gestalt seines Körpers trägt Jedermann seinen eigenen Tod mit sich und tanzt mit ihm durchs Leben. Im Spätmittelalter erwartet jeden Menschen sein eigener Tod⁷; in den Darstellungen tritt der Tod stets mit

5 Thomas Ohm, *Die Gebetsgebärden der Völker und das Christentum*, Leiden: Brill, 1948, S. 372 ff., bes. S. 389–90, sammelt Unterlagen über die auf Friedhöfen abgehaltenen Tänze und den Kampf der kirchlichen Autoritäten dagegen. Eine Medizingeschichte der religiösen Choreomanie im Okzident: E. L. Backman, *Religious Dances in the Christian Church and in Popular Medicine*, Stockholm, 1948; übers. E. Classen, London: Allen & Unwin, 1952. Eine Bibliographie der religiösen Aspekte des Tanzes: Emile Bertaud, «Danse religieuse», in *Dictionnaire de spiritualité*, Abschn. 18–19, S. 21–37. A. Schimmel, «Tanz: I. Religionsgeschichtlich», in *Die Religion in Geschichte und Gegenwart*, Tübingen, 1962, Bd. 6, S. 612–14. Zur Geschichte der Tänze in oder um christliche Kirchen, siehe L. Gougaud, «La Danse dans les églises», *Revue d'histoire ecclésiastique* 15, 1914, S. 5–22, S. 229–45. J. Baloch, «Tänze in Kirche und Kirchhöfen», *Niederdeutsche Zeitschrift für Volkskunde*, 1928. H. Spanke, «Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters», *Neuphilosophische Mitteilungen* 31, 1930. Germanische Vorläufer der christlichen Friedhofstänze: Richard Wolfram, *Schwertanz und Männerbund*, Kassel: Bärenreiter, 1937; liegt nur teilweise im Druck vor. Werner Danckert, «Totengräber», in *Unerhrliche Leute: Die verfeimten Berufe*, Bern: Francke, 1963, S. 50–56.

6 Johan Huizinga, Das Bild des Todes in: *Huizinga: Herbst des Mittelalters. Studien über Lebens- und Geistesformen des 14. und 15. Jahrhunderts in Frankreich und in den Niederlanden*. 8. Auflage Stuttgart: Kröner, 1961, S. 190 ff.

7 Gerhart B. Ladner, *The Idea of Reform: Its Impact in Christian*

dem Symbol auf, das dem gesellschaftlichen Rang seines Opfers entspricht: für den König bringt er eine Krone, für den Bauern eine Mistgabel. Während die Menschen vordem mit den Verblicheneren über die Gräber tanzten, entwickelte sich jetzt die Vorstellung, dass jeder mit seiner eigenen, bejahten Sterblichkeit durchs Leben tanzt. Man stellte sich den Tod nicht als anthropomorphe Figur vor, sondern als makabre Bangigkeit, als dauerndes Wissen um das klaffende Grab. Es war noch nicht der Knochenmann des folgenden Jahrhunderts, in dessen Takt die Menschen bald durch den Herbst des Mittelalters tanzen würden, sondern das alternde, verfallende Selbst jedes einzelnen.⁸ Um diese Zeit wurde auch der Spiegel⁹ ein

Thought and Action in the Age of the Fathers, Cambridge: Harvard Univ. Press, 1959. Siehe S. 163, über die zwei Strömungen innerhalb der kirchlichen Auffassung vom Verhältnis des Todes zur Natur seit dem 4. Jahrhundert. Für Pelagius war der Tod keine Strafe für die Sünde, und Adam wäre ihm zufolge, gestorben, auch wenn er nicht gesündigt hätte. Darin weicht er von Augustinus ab, der lehrte, daß Adam Unsterblichkeit als besonderes Geschenk von Gott erhalten habe, und erst recht von jenen griechischen Kirchenvätern, denen zufolge Adam einen geistigen oder «Auferstehungs»-Leib behalten hatte, bevor er fehlte.

⁸ Bis dahin war der Verstorbene auf seinem Grabmal alterslos dargestellt worden. Jetzt erscheint er als verfallender Leichnam. Kathleen Cohen, *Metamorphosis of a Death Symbol: The Transi-Tomb in the Late Middle Ages and the Renaissance*, Los Angeles: Univ. of California Press, 1973. Schauerliche Grabmäler, gedacht zur Belehrung der Lebenden, finden wir erstmals in den letzten Jahren des 14. Jahrhunderts. J. P. Hornung, *Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes*, Dissertation, Universität Freiburg, 1908. Die Begegnung zwischen den Lebenden und den Toten gewinnt in einer neuen Literaturgattung Bedeutung: Stephan Glixelli, *Les Cinq Poèmes de trois morts et des trois vifs*, Paris, H. Champion, 1914; J. S. Egilsrud, *Dialogue des morts dans les littératures française, allemande et anglaise*, Paris: L'Entente linotypiste, 1934; Kaulfuß-Diesch, «Totengespräche», *Reallexikon der deutschen Literaturgeschichte*, Bd. 3, S. 379 ff., und findet einen neuen visuellen Ausdruck: Karl Kunstle, *Die Legende der drei Lebenden und der drei Toten*, Freiburg: Herder, 1908; Willy Rotzler, *Die Begegnung der drei Lebenden und der drei Toten: Ein Beitrag über mittelalterliche Vergänglichkeitsdarstellung*, Winterthur: Keller, 1961; Pierre Michaux, *Pas de la mort*, Hrsg. Jules Petit, Société des Bibliophiles de Belgien

wichtiges Utensil des Alltagslebens, und im «Spiegel des Todes» gewann die «Welt»¹⁰ eine halluzinative Eindringlichkeit. Mit Chaucer und Villon wird der Tod so intim und sinnlich wie Lust und Schmerz.

Die primitiven Gesellschaften stellten sich den Tod als Folge der Intervention eines außenstehenden Akteurs vor. Dem Tod selbst schrieben sie keine Persönlichkeit zu. Der Tod ist demnach das Ergebnis von irgend jemandes böser Absicht. Dieser Jemand, der den Tod verursacht, mochte ein Nachbar sein, der dich aus Neid mit dem bösen Blick ansieht, oder er konnte eine Hexe sein, ein verstorbener Vorfahr, der kommt und dich mitnimmt, oder die schwarze Katze, die dir über den Weg läuft.¹¹ Während des ganzen

18. Jahrhunderts, siehe Albert Freybe, *Das memento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung und Volksglauben, deutsche Sprache, Dichtung und Seelsorge*, Gotha: Perthes, 1909. Die Tatsache, daß der Tod um 1500 stark skelettierte Züge annimmt und eine neue Selbständigkeit gewinnt, bedeutet nicht, daß er nicht immer schon anthropomorphe Merkmale getragen hätte, wenn nicht in der Kunst, so doch in Legende und Poesie. Paul Geiger, «Tod: 4. Der Tod als Person», in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin: W. de Gruyter, 1927–42, Bd. 8, S. 976–85.

⁹ Das großartige Buch über den Spiegel in der Malerei ist G. F. Hartlaub, *Zauber des Spiegels: Geschichte und Bedeutung des Spiegels in der Kunst*, München: Piper, 1951. Kapitel 7, Abschn. III, «Spiegel der Vanitas» handelt vor allem vom Spiegel als Mahner der Vergänglichkeit. Siehe auch G. F. Hartlaub, «Die Spiegelbilder des Giovanni Bellini», *Pantheon* 15, November 1942, S. 235–41. Er vertritt die Auffassung, Bellini habe den Spiegel benutzt, um die Intensität des neuen Wissens um die Gebrechlichkeit der menschlichen Anatomie darzustellen. Heinrich Schwarz, «The Mirror in Art», *Art Quarterly* 15, 1952, S. 96–118. Besonders über «Vanitas».

¹⁰ Wolfgang Stammer, *Frau Welt: Eine mittelalterliche Allegorie*, Freiburger Universitätsreden, 1959. Die in der mittelalterlichen Kunst als weibliche Figur – halb Engel, halb Dämon – dargestellte «Welt» repräsentiert die Macht der Güter dieser Welt, die Schönheit der Natur, aber auch den Untergang alles Menschlichen.

¹¹ Zur Bibliographie über die Einstellung zum Tod bei primitiven Völkern siehe Edgar Herzog, *Psyche and Death: Archaic Myths and Modern Dreams in Analytical Psychology*, New York: Putnam, 1967. Die primi-

christlichen und islamischen Mittelalters wurde der Tod als Folge einer willkürlichen persönlichen Intervention Gottes aufgefaßt. Nicht die Gestalt «eines» Todes erscheint am Totenbett, sondern ein Engel und ein Teufel kämpfen um die Seele, die aus dem Munde der Sterbenden entweicht. Erst im 15. Jahrhundert waren die Bedingungen reif für einen Wandel dieses Bildes¹² und für das Auftauchen dessen, was später als «natürlicher Tod» bezeichnet werden sollte. Diese Bereitschaft drückt sich im Totentanz aus. Jetzt kann der Tod ein unvermeidlicher, wesentlicher Teil des menschlichen Lebens werden; er ist nicht mehr der Wille eines fremden Akteurs. Der Tod wird autonom, und drei Jahrhunderte lang existiert er als selbständige Kraft neben der unsterblichen Seele, der göttlichen Vorsehung, den Engeln und Dämonen.

tiven Völker stellen sich den Tod stets als Folge der Intervention eines äußeren Agenten vor. Die Natur dieses Agenten ist im Zusammenhang unserer Themas belanglos. Obgleich überholt, bleibt Robert Hertz, «Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort», *L'Année sociologique* 10, 1905–1906, S. 48–137, die beste Fundgrube für ältere Literatur zu diesem Punkt. Zur Ergänzung heranzuziehen E. S. Hartland u. a., «Death and the Disposal of the Dead», in *Encyclopedia of Religion and Ethics*, 1925–32, Bd. 4, S. 411–511. Rosalind Moss, *The Life After Death in Oceania and the Malay Archipelago*, 1925; Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1972, zeigt, daß die Begräbnisformen häufig die Ansichten über die Todesursache und die Art des Lebens nach dem Tod beeinflussen. Hans Kelsen, «Seele und Recht», in *Aufsätze zur Ideologiekritik*, Neuwied/Berlin: Luchterhand, 1964, meint, daß die universale Angst vor mordlustigen Vorfahren die soziale Kontrolle unterstützt. Siehe auch folgende Werke von James George Frazer: *Man, God and Immortality*, London: MacMillan, 1927; *The Belief in Immortality and the Worship of the Dead*, Bd. 1, *The Belief Among the Aborigines of Australia, the Torres Straits Islands, New Guinea and Melanesia*, 1911; Reprint, New York: Barnes & Noble, 1968; *The Fear of the Dead in Primitive Religion*, New York: Biblo & Tannen, 1933. Ebenso Claude Lévi-Strauss, *Das wilde Denken*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1968, Sigmund Freud, Totem und Tabu, Ges. Werke, Bd. 9, Frankfurt/Main: Fischer, 1968.

12 Robert Bossuat, *Manuel bibliographique de la littérature française du moyen âge*, Melun: Librairie d'Argences, 1951, «Danse macabre», No. 3577–80, 7013.

Danse macabre

In alten Jedermann-Spielen¹³ tritt der Tod in einem neuen Kostüm auf und spielt eine neue Rolle. Ende des 15. Jahrhunderts ist er nicht mehr bloß Spiegelbild – er beansprucht die führende Rolle unter den «vier Letzten Dingen», da er dem Urteil, dem Himmel und der Hölle vorausgeht.¹⁴ Er ist auch nicht mehr bloß einer der vier apokalyptischen Reiter aus romanischen Reliefs oder die vampirische, seelenverschlingende Megäre vom Friedhof in Pisa oder lediglich ein die Befehle Gottes ausführender Bote. Der Tod ist nun eine unabhängige Gestalt geworden, die jeden Mann, jede Frau und jedes Kind ruft; zuerst noch als Gesandter Gottes, bald aber aus eigenem souveränem Recht. 1538 hatte Hans Holbein der Jüngere¹⁵ das erste Bilderbuch über den Tod veröffentlicht, das ein Bestseller werden sollte: Holzschnitte zum Thema *danse macabre*:¹⁶ von den Tanzpartnern fällt das faulige Fleisch ab, sie erscheinen als nackte Skelette. Die Vorstellung, daß jeder Mensch seine Vergänglichkeit in sich trage, wandelt sich jetzt und zeigt seinen schrecklichen Verfall im Griff eines Todes, der als Naturkraft dargestellt wird. Das vertraute

13 Zur Entwicklung des Jedermann-Motivs siehe H. Lindner, *Hugo von Hoffmannsthal's «Jedermann» und seine Vorgänger*, Dissertation, Universität Leipzig, 1928.

14 Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'amore nella vita del Rinascimento*, Turin: Einaudi, 1957. Alberto Tenenti, *La Vie et la mort à travers l'art du XVe siècle*, Paris: Colin, 1962.

15 Hans Holbein d. J., Totentanz, Berlin: Wasmuth, 1879.

16 Walter Rehm, *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik*, Tübingen: Niemeyer, 1967, belegt eine weitreichende Veränderung des Todesbildes in der Literatur um 1400 und dann wieder um 1520. Siehe auch Edelgard Dubruck, *The Theme of Death in French Poetry of the Middle Ages and the Renaissance*, Atlantic Highlands, N. J.: Humanities Press, 1965, sowie L. P. Kurtz, *The Dance of Death and the Macabre Spirit in European Literature*, New York: Institute of French Studies, 1934. Zum neuen Todesbild der aufsteigenden Mittelschichten des Spätmittelalters siehe Erna Hirsch, *Tod und jenseits im Spätmittelalter: Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Bürgertums*, Dissertation, Universität Marburg, Berlin, 1927. Besonders über den Totentanz: Hellmut Rosenfeld, *Der mittelalterliche Totentanz: Ent-*

Spiegelbild des «Selbst», das durch die «neue Frömmigkeit» der deutschen Mystiker gefärbt war, wurde nun durch einen Tod ersetzt, der als egalitärer Gesetzesvollstrecker abgebildet wird, der jeden herumwirbelt und dann fallen läßt. Aus einer lebenslangen Begegnung verwandelt der Tod sich damit ins Geschehen eines Augenblicks.

Im Mittelalter war die Ewigkeit, wie die Gegenwart Gottes, der Geschichte immanent. Jetzt wird der Tod ein Punkt, an dem die li-

stehung, Entwicklung, Bedeutung, Münster-Köln: Bohlau, 1954, illustriert. Hellmut Rosenfeld, «Der Totentanz in Deutschland, Frankreich und Italien», *Littérature Moderne* 5, 1954, S. 62–80. Rosenfeld ist die beste Einführung in die Forschung und gibt eine detaillierte, aufdatierte Bibliographie. Zur älteren Literatur ergänzend heranzuziehen H. F. Massman, *Literatur der Totentänze*, Leipzig, Weipol, 1840. Siehe auch Gert Buchheit, *Der Totentanz, seine Entstehung und Entwicklung*, Berlin: Horen, 1928, sowie James M. Clark, *The Dance of Death in the Middle Ages and the Renaissance*, Glasgow: Jackson, 1950. Stephen P. Kosakys dreibändige Geschichte der Totentänze, Bd. 1, *Lieferung: Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems*; Bd. 2, *Lieferung: Danse macabre, Einleitung: Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit*; Bd. 3, *Lieferung: Der Totentanz von heute*. Bibliotheca Humanitatis Historica, Bde. 1, 5 und 7. Budapest: Magyar Történeti Múzeum, 1936–44, enthält einen Schatz an Informationen, Zitaten aus alten Texten und an die 700 Bilder (stark verkleinert und schlecht reproduziert) des Totentanzes, bis zum Zweiten Weltkrieg. J. Saugnieux, *L'Iconographie de la mort chez les graveurs français du XV siècle*, 1974, sowie *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires*, Bd. 30, Bibliothèque de la Faculté des Lettres de Lyon, Paris: Les Belles Lettres, 1972. Dietrich Briesenmeister, *Bilder des Todes*, Unterscheidheim: W. Elf, 1970: die Reproduktionen sind sehr deutlich und nach verschiedenen Themen zusammengestellt. Siehe auch die Standard-Ikonographien über die christliche Kunst des Westens: Karl Kunzle, *Iconographie der christlichen Kunst*, 2 Bde., Freiburg: Herder, 1926–28; Emile Male, *L'Art religieux à la fin du moyen âge en France. Étude sur l'iconographie du moyen âge et sur ses sources d'inspiration*, Paris: Colin, 1908, Bd. 1, Kap. 2, «La Mort», S. 346 (siehe auch die drei weiteren Bände über die religiöse Kunst in Frankreich). Vergleiche die östliche Ikonographie (Berg Athos): Dionysios von Fourna, *Manuel d'iconographie chrétienne, grèque et latine*, mit einer Einleitung und Anmerkungen von

neare Uhrzeit endet und der Mensch in die Ewigkeit eintritt. Die Welt ist nicht mehr ein Sakrament dieser Gegenwart; mit Luther wird sie ein Ort des Verderbens, aus dem Gott den Menschen errettet. Die Verbreitung der Uhr symbolisiert diesen Bewußtseinswandel. Mit der Erkenntnis des seriellen Zeitverlaufs, dem Interesse für dessen exakte Messung und dem Erkennen der Gleichzeitigkeit verschiedener Ereignisse entsteht ein neuer Rahmen für die Wahrnehmung der eigenen Identität. Die Identität der Person wird im Ablauf der Ereignisse, nicht mehr in der Fülle einer Lebensspanne gesucht. Der Tod ist nicht mehr das Ende eines Ganzen; er wird zur Unterbrechung einer zeitlichen Sequenz.¹⁷

In den ersten Jahren der Holzschnidekunst beherrschen Skelette die Titelseiten der Erbauungsbücher, ähnlich wie heute auf den Zeitschriften nackte Frauen dominieren. Der Tod hält das Stunden-glas, oder er schlägt die Turmuhr.¹⁸ Oft war der Glockenklöppel wie ein Knochen geformt. Die neue Maschine, die – Tag und Nacht – Zeit von gleicher Länge machen kann, stellt auch alle Men-

A. N. Didron, Übers. von P. Durand nach einer byzantinischen Handschrift, 1845; Reprint New York: B. Franklin, 1963. T. S. R. Boase, *Death in the Middle Ages: Mortality, Judgment and Remembrance*, New York: McGraw-Hill, 1972.

¹⁷ Siehe Helmuth Plessner, «On the Relation of Time to Death», in Joseph Campbell, Hrsg., *Papers from the Eranos Yearbooks*, Bd. 3, Man and Time, Bollingen Series XXIX, Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press, 1957, S. 233–63, besonders S. 255. Über den Einfluß der Zeit auf das französische Todesbild siehe Richard Glasser, *Studien zur Geschichte des französischen Zeitbegriffs*. München: Hueber 1936 (Münchener romantische Arbeiten 5). Über den zunehmenden Einfluß des Zeitbewußtseins auf das Verständnis von Endlichkeit und Tod, siehe Alois Hahn, *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit: Eine soziologische Untersuchung*, Stuttgart: Enke, 1968, besonders S. 21–84. Joost A. M. Keerloo, «The Time Sense in Psychiatry», in J. T. Fraser, Hrsg., *The Voices of Time*, New York: Braziller, 1966, S. 235–52; Siegfried Giedion, *Space, Time and Architecture: The Growth of a New Tradition*, 4. Aufl., Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1962.

¹⁸ Jurgis Baltrusaitis, *Le Moyen Age fantastique: Antiquités dans l'art gothique*, Paris: Colin, 1955.

schen unter das gleiche Gesetz. Zur Zeit der Reformation ist das Leben nach dem Tode nicht mehr die transfigurierte Fortsetzung des Lebens hinieden; es ist entweder furchtbare Bestrafung, die Hölle, oder ein völlig unverdientes Gottesgeschenk, der Himmelfahrt. An die Stelle der eingeborenen Gnade tritt die Rechtfertigung durch den Glauben allein. Während des 16. Jahrhunderts wird der Tod nicht mehr primär als Übergang in eine andere Welt vorgestellt, und die Betonung liegt nun auf dem Ende dieses Lebens.¹⁹ Das offene Grab klafft weiter als die Pforten des Himmels oder der Hölle, und die Begegnung mit dem Tod ist nunmehr gewisser als die Unsterblichkeit, gerechter als König und Papst und sogar Gott. Der Tod ist nicht mehr das Ziel des Lebens, sondern sein Ende.

Die Finalität, Immanenz und Intimität des persönlichen Todes gehörte nicht nur dem neuen Zeitgefühl, sondern auch der Entstehung einer neuen Individualität an. Auf dem Weg des Pilgers von der *Ecclesia militans* hier auf Erden zur *Ecclesia triumphans* im Himmel wurde der Tod hauptsächlich als Ereignis erfahren, das beide Gemeinschaften betraf. Nun stand jeder einzelne seinem eigenen, endgültigen Tod gegenüber. Sobald der Tod einmal zu einer solchen Naturkraft geworden war, suchten die Menschen ihn natürlich zu beherrschen, indem sie die Kunst des Sterbens lernten. Die «*Ars Moriendi*», eines der ersten gedruckten Do-it-yourself-Handbücher, blieb in verschiedenen Auflagen für die nächsten 200 Jahre ein Bestseller. Viele lernten beim Entziffern dieses Buches lesen. Die am weitesten verbreitete Version wurde 1491 von Caxton in Westminster herausgebracht: vor 1500 wurden mit Holzdruckstöcken und beweglichen Lettern über hundert Inkunabeln unter dem Titel *Art and Craft to knowe ye well to dye* hergestellt. Der in sauberen gotischen Lettern hergestellte Kleinfolio gehörte zu einer Reihe, die den «vollkommenen Gentleman» in «edlem und frommem Benehmen» (behaviour, gentle und devout) unterweisen wollte – von der Handhabung des Tischbestecks bis zur Konversation; von der Kunst, sittsam zu weinen und die Nase zu schneuzen, bis zur Kunst, Schach zu spielen, zu beten oder zu sterben.

19 Martin Luther, Deutung von Psalm 90, WA 40/III, S. 485 ff.

Dieses Buch handelte nicht von einer ungefähren Vorbereitung auf den Tod durch ein tugendhaftes Leben, noch wollte es den Leser an das unvermeidliche, stetige Schwinden seiner körperlichen Kräfte und die dauernde Drohung des Todes erinnern. Es war ein «praktischer Ratgeber» im modernen Sinn, ein komplettes Handbuch für das Geschäft des Sterbens, eine Methode, die man lernen sollte, solange man noch gesund war, um sie dann in jener unausweichlichen Stunde parat zu haben. Das Buch ist nicht für Mönche und Asketen geschrieben, sondern für «fleischliche und weltliche» Menschen, denen der seelsorgerische Beistand des Klerus nichts bedeutete. Es war Vorbild für ähnliche Anweisungen, die – oft in einem viel weniger sachlichen Geist – von Männern wie Savonarola, Luther und Jeremy Taylor verfaßt wurden. Die Menschen fühlten sich verantwortlich für den Ausdruck, den ihr Gesicht im Tode zeigte.²⁰ Gustav Künstler hat nachgewiesen, daß gerade um diese Zeit auch in der Darstellung des menschlichen Gesichts eine beispiellose Wende eintrat: das abendländische Porträt, das im Gesichtsausdruck viel mehr darzustellen sucht als bloße Ähnlichkeit. Die ersten Porträts stellen Prinzen und Prinzessinnen dar und wurden unmittelbar nach deren Tod aus dem Gedächtnis angefertigt, damit die individuelle, zeitlose Persönlichkeit des hingeschiedenen Herrschers bei seinem feierlichen Begräbnis anwesend sei. Die Humanisten der frühen Renaissance wollten ihrer Toten nicht als

20 Die Reaktion auf den «natürlichen» Tod war ein völliger Wandel des Verhaltens in der Todesstunde. Zur zeitgenössischen Literatur siehe Mary Catherine O'Connor, *The Art of Dying Well: The Development of the Ars Moriendi*, New York: AMS Press, 1966. L. Klein, *Die Bereitung zum Sterben: Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrhunderts*, Dissertation, Universität Göttingen, 1958. Über Sitten und Bräuche siehe Placidus Berger, «Religiöses Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland», *Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft* 5, 1948, S. 108–248. Siehe auch Manfred Bambeck, «Tod und Unsterblichkeit: Studien zum Lebensgefühl der französischen Renaissance nach dem Werke Ronsards», MS. Dissertation, Universität Tübingen, 1948. Eberhard Klass, *Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos: Ein Beitrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte*, Dissertation, Universität Greifswald, 1931.

Dämonen oder Geister, Heilige oder Symbole gedenken, sondern als einer dauernden, persönlichen historischen Gegenwart.²¹

Die Volksfrömmigkeit entwickelte eine neuartige Wißbegierde hinsichtlich des Lebens nach dem Tod. Es war die Blüte der phantastischen Horrorgeschichten um Leichen und der künstlerischen Darstellungen des Fegefeuers.²² Das groteske Interesse des 17. Jahrhunderts für Geister und Seelen unterstreicht die sich steigende Angst einer Kultur, die weniger das Urteil Gottes als den Tod fürchtete.²³ Überall in der christlichen Welt zierte der Totentanz die Kirchenportale; die Spanier brachten den Knochenmann nach Amerika, wo er mit dem aztekischen Todesidol verschmolz. Der aus dieser Verbindung hervorgegangene Mischling²⁴ kehrte nach Europa zurück und beeinflusste das Antlitz des Todes im ganzen Habsburgerreich von Holland bis Tirol. Nach der Reformation wurde und blieb der Tod in Europa ein makabres Bild. Gleichzeitig entwickelten sich die Praktiken der Volksmedizin, die den Menschen helfen sollten, als Individuen ihren Tod mit Würde zu empfangen. Der Aberglaube ersann neue Verfahren, um zu erkennen, ob eine Krankheit die Hinnahme des nahenden Todes oder eine ent-

21 Gustav Künstler, «Das Bildnis Rudolfs des Stifters, Herzogs von Österreich, und seine Funktion», Exzerpt aus *Mitteilungen der Österreichischen Galerie*, 1972, Wien: Kunsthistorisches Museum, 1972, über das erste solche Porträt.

22 G. und M. Vovelle, «La Mort et l'au-delà en Provence d'après les autels des âmes du purgatoire: XVe-XXe siècles», *Cahiers des Annales* 29, 1970, S. 1602-34.

Howard R. Patch, *The Other World According to Descriptions in Medieval Literature*, Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1950.

23 Über das «Urteil» in der Geschichte der Religion, siehe *Sources Orientales, Le Jugement des morts*, Paris: Seuil, 1962; Leopold Kretzenbacher, *Die Seelenwaage: Zur religiösen Idee vom Jenseitsgericht auf der Schicksalswaage in Hochreligion, Bildkunst und Volksglaube*, Klagenfurt: Landesmuseum für Kärnten, 1958.

24 Merlin H. Forster, Hrsg., *La muerte en la poesía mexicana: Prólogo y selección de Merlin Forster*, Mexico: Editorial Diogenes, 1970. Emir Rodríguez Monegal, «Death as a Key to Mexican Reality in the Works of Octavio Paz», Mimeo, Yale University, um 1973.

sprechende Behandlung erforderte. Man warf z. B. eine Blume in den Klosterbrunnen: sank sie unter, dann war es zwecklos, Geld für Heilmittel auszugeben. Die Menschen versuchten bereit zu sein, wenn der Tod kam, sie wollten die Schritte des letzten Tanzes beizzeiten lernen. Man erfand zahlreiche Mittel gegen eine qualvolle Agonie, doch diese waren gleichwohl unter der bewußten Leitung des Sterbenden anzuwenden, der eine neue Rolle spielte und sie bewußt spielte. Die Kinder konnten der Mutter oder dem Vater beim Sterben helfen, aber nur, wenn sie den Scheidenden nicht weinend zurückhalten wollten. Man erwartete vom einzelnen, daß er ein Zeichen gäbe, wann er vom Bett auf die Erde gelegt werden wollte, die ihn bald aufnehmen würde, und wann die Sterbegebete beginnen sollten. Aber die Anwesenden wußten, daß sie die Tür öffnen mußten, um dem Tod den Zutritt zu erleichtern, daß sie Lärm vermeiden mußten, um den Tod nicht zu verscheuchen, und daß sie schließlich respektvoll den Blick vom Sterbenden abwenden mußten, um ihn in seinem persönlichsten Augenblick allein zu lassen.²⁵

Im 15. und 16. Jahrhundert erwartete man weder vom Priester noch von Arzt, daß sie dem Armen bei seinem damals typischen Tod beistanden.²⁶ Die medizinischen Bücher kannten im Prinzip zwei unterschiedliche Dienste, die der Arzt dem Kranken zu leisten vermochte. Entweder konnte er die Heilung unterstützen oder zu einem leichten und schnellen Tod beitragen. Es oblag ihm, die *facies*

25 In ländlichen Regionen leben diese Bräuche weiter: Arnold van Gennep, *Manuel de folklore français contemporain*, Bd. 1, *Du berceau à la tombe*, Paris, Picard, 1943-46. Lenz Kriss-Rettenbeck, «Tod und Heilserwartung», in *Bilder und Zeichen religiösen Volksglaubens*, München, Callwey, 1963, S. 49-56. Siehe die Artikel von Paul Geiger über «Sterbegeläute», «Sterbender», «Sterbekerze», «Tod», «Tod ansagen», «Tote (der)», «Totenbahre», in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin: W. de Gruyter, 1936-37, Bd. 8. Albert Freybe, *Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Entartung*, Gütersloh: Bertelsmann, 1909, S. 5-86.

26 Über die Funktion des katholischen Priesters am Sterbebett siehe C. Ruch, «Extrême onction», in *Dictionnaire de Théologie Catholique*, 1939, Bd. 5, Teil 2, S. 1927-85. Henri Rondet, «Extrême onction», in *Dictionnaire de Spiritualité*, 1960, Bd. 4, S. 2189-2200.

*hippocratica*²⁷ zu erkennen, jene typischen Merkmale, die zeigten, daß der Patient sich bereits im Griff des Todes befand. Ob der Arzt zu heilen versuchte oder sich zurückzog – stets war er bemüht, Hand in Hand mit der Natur zu arbeiten. Die Frage, ob die Medizin überhaupt Leben «verlängern» könne, war an den Medizinschulen von Palermo, Fez und Paris heiß umstritten. Viele arabische und jüdische Ärzte sprachen ihr diese Macht rundweg ab und bezeichneten einen solchen Versuch, in die Ordnung der Natur einzugreifen, als Blasphemie.²⁸

Aus den Schriften von Paracelsus²⁹ spricht ärztlicher Eifer, gedämpft durch philosophische Resignation: «Die Natur kennt die Grenzen ihrer Bahn. Nach ihrem eigenen vorgeschriebenen Plan weist sie jedem ihrer Geschöpfe seine eigene Lebensspanne zu, so daß seine Energien sich verbrauchen während der Zeit, die zwischen dem Augenblick seiner Geburt und seinem vorbestimmten Ende verstreicht... Der Tod des Menschen ist nichts anderes als das Ende seiner täglichen Arbeit, ein Ausatmen der Luft, ein Verzehren seiner angeborenen balsamischen Kräfte der Selbstheilung, ein Verlöschen des rationalen Lichts der Natur und eine große Trennung zwischen den Dreien: Körper, Seele und Geist. Der Tod ist eine Rückkehr in den Mutterleib.» Ohne daß Transzendenz deshalb ausgeschlossen wäre, ist der Tod nun ein Naturphänomen, für das nicht länger ein übelwollender Akteur verantwortlich zu machen ist.

Das neue Bild des Todes trug dazu bei, den menschlichen Körper zum Objekt zu reduzieren. Bis dahin hatte der Leichnam als etwas gegolten, das völlig anders als andere Dinge war: er wurde fast wie eine Person behandelt. Er hatte eine rechtlich anerkannte Stellung:

27 Magnus Schmid, «Zum Phänomen der Leiblichkeit in der Antike, dargestellt an der »Facies Hippocratica«» *Sudhoffs Archiv*, Suppl. 7, 1966, S. 168–77. Karl Sudhoff, «Eine kleine deutsche Todesprognostik», *Archiv für Geschichte der Medizin* 5, 1911, S. 240, sowie «Abermals eine deutsche Lebens- und Todesprognostik», *ibid.*, 6, 1911, S. 231.

28 Joshua O. Leibowitz, «A Responsum of Maimonides Concerning the Termination of Life», *Koroth*, Jerusalem, 5, September 1963, S. 1–2.

29 Paracelsus, *Lebendiges Erbe*. Eine Auslese aus seinen sämtlichen Schriften... Zürich, Leipzig: Rascher 1941 (1942).

der Tote konnte die Lebenden juristisch belangen und von ihnen belangt werden, und Kriminalprozesse gegen Tote waren an der Ordnung. Der von seinem Nachfolger vergiftete Papst Urban VIII. wurde exhumiert und feierlich als Simonist verurteilt, worauf ihm die rechte Hand abgeschlagen und er in den Tiber geworfen wurde. Jemand konnte, nachdem er als Dieb an den Galgen gehängt worden war, ohne weiteres noch als Verräter geköpft werden. Der Tote konnte auch als Zeuge angerufen werden. Die Witwe konnte ihren Mann noch nach dem Tode verstoßen, indem sie ihm den Hausschlüssel und seine Börse auf den Sarg legte. Noch heute handelt der Testamentsvollstrecker im Namen des Toten, und wir sprechen von der «Desekration» eines aufgelassenen Grabes oder der «Säkularisation» eines öffentlichen Friedhofs, wenn dieser in einen Park verwandelt wird. Es mußte sich erst die Vorstellung eines natürlichen Todes durchsetzen, bevor der Leichnam weitgehend seiner rechtlichen Stellung entkleidet werden konnte.³⁰

Das Aufkommen der Vorstellung vom natürlichen Tod bereitete einer neuen Einstellung zu Tod und Krankheit den Weg, die sich im späten 17. Jahrhundert allgemein durchsetzte. Während des Mittelalters war der menschliche Körper sakral gewesen. Nun geriet der Leichnam selbst unter das Skalpell des Arztes.³¹ Der Humanist

30 Heinrich Brunner, *Deutsche Rechtsgeschichte*, Berlin: Duncker & Humblot, 1961, Bd. 1, S. 254ff. Paul Fischer, *Strafen und sichernde Maßnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht*, Düsseldorf: Nolte, 1936. H. Fehr, «Tod und Teufel im alten Recht», *Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte* 67, 1950, S. 50–75. Paul Geiger, «Leiche», in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin: W. de Gruyter, 1932–33, Bd. 5. Karl König, «Die Behandlung der Toten in Frankreich im späteren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350–1550)», MS. Dissertation, Universität Leipzig, 1921. Hans von Hentig, *Der nekrotrope Mensch: Vom Totenglauben zur morbiden Totennähe*, Stuttgart: Enke, 1964. Paul-J. Doll, «Les Droits de la science après la mort», *Diogenes*, No. 75, Juli–September 1971, S. 124–42.

31 Der Gegensatz wird deutlich, wenn man Loren C. MacKinney, *Medical Illustrations in Medieval Manuscripts*, Berkeley: Univ. of California Press, 1965, vergleicht mit Millard Meiss, *Painting in Florence and Siena after the Black Death: The Arts, Religion and Society in the Mid-Fourteenth*

Gerson hatte die Sektion als «frevlerische Entweihe und sinnlose Grausamkeit der Lebenden gegen den Toten» bezeichnet.³² Doch um die gleiche Zeit, da der Tod als Person in Jedermann-Spielen aufzutreten begann, finden wir den Leichnam erstmals auch als Lehrmaterial im Hörsaal der Renaissance-Universität. Als 1375 in Montpellier öffentlich die erste autorisierte Leichensektion stattfand, wurde diese neu erlernte Kunst als obszön verdammt, und das Schauspiel durfte viele Jahre nicht wiederholt werden. Eine Generation später war es erlaubt, innerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches einen Leichnam pro Jahr zu sezieren. Auch an der Universität von Bologna wurde jedes Jahr, kurz vor Weihnachten, nureine Leiche sezirt, und diese Zeremonie wurde mit einer von Exorzismen begleiteten Prozession eröffnet und dauerte drei Tage. Während des 15. Jahrhunderts durfte die Universität von Lerida, Spanien, alle drei Jahre den Leichnam eines Verbrechers beanspruchen, der in Gegenwart eines durch die Inquisition bestellten Notars sezirt wurde. 1540 hatten die medizinischen Fakultäten in England das Recht, vom Henker vier Leichen pro Jahr zu übernehmen. Die Einstellung wandelte sich aber so rasch, daß schon 1561 der Senat von Venedig dem Henker befahl, die Anweisungen des Doktor Fallopius zu befolgen, damit dieser die Leichen in einem für das Anatomisieren geeigneten Zustand erhielt. 1632 malte Rembrandt die «Anatomie des Dr. Tulp». Öffentliche Sektionen wurden ein beliebtes Thema der Malerei, und in den Niederlanden waren sie im Karnveal ein alltägliches Schauspiel. Damit war der erste Schritt zur späteren Darstellung chirurgischer Eingriffe in Film und Fernsehen getan. Der Arzt hatte zwar seine anatomischen Kenntnisse vermehrt und neue Gelegenheit, sein Können zu zeigen: doch beides stand in keinem Verhältnis zum Fortschritt seiner Fähigkeit zu helfen. Die medizinischen Rituale halfen, Furcht und Angst, die ein

Century, Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press, 1951. Die Kunst, befreit vom Zwang zur Darstellung der Dogmen, zeigt jetzt den menschlichen Körper, sein Handeln und sogar die toten Gegenstände, die ihn umgeben, als eng verwoben mit der Darstellung der flüchtigen Vergänglichkeit.

32 Maurice Bariety und Charles Coury, «La Dissection», in *Histoire de la médecine*, Paris: Fayard, 1963, S. 409–11.

makaber gewordener Tod hervorrief, zu dirigieren, zu unterdrücken oder zu beschwichtigen. Das erste Lehrbuch der Anatomie, «De humani corporis fabrica» von Vesalius, machte Holbeins Totentanz Konkurrenz, ähnlich wie heute die wissenschaftlichen Sex-Bücher *Playboy* und *Praline* den Markt streitig machen.

Der bürgerliche Tod

Der barocke Tod war das Gegenstück zu einem aristokratisch organisierten Himmel.³³ Die Darstellung des jüngsten Gerichts in der Kirchenkuppel mochte dem Wilden, dem Bürger und dem Edelmann getrennte Räume zuweisen, doch der darunter abgebildete Totentanz zeigte den Schnitter Tod, der seine Sense ohne Rücksicht auf Rang und Stand schwang. Gerade weil die makabre Gleichheit vor dem Tode weltliche Privilegien zunichte machte, vermehrte sie deren Legitimität.³⁴ Doch mit dem Aufstieg der bürgerlichen Familie³⁵ war die Gleichheit vor dem Tod zu Ende: die es sich leisten konnten, begannen zu zahlen, um den Tod zu bannen.

33 Hermann Bauer, *Der Himmel im Rokoko: Das Fresko im deutschen Kirchenraum im 18. Jahrhundert*, München: Pustet, 1965.

34 Die Wiedergabe des Todes in der Literatur des 17. und 18. Jahrhunderts: Richard Sexau, *Der Tod im deutschen Drama des 17. und 18. Jahrhunderts: Von Gryphius bis zum Sturm und Drang*, Bern: Francke, 1906. Friedrich-Wilhelm Eggebert, *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Breslau: Priebatsch, 1935.

35 Ariès, «La mort inversé»: «Im Spätmittelalter (im Gegensatz zum frühen Mittelalter, der Zeit des Rasenden Rolands, die in Tolstois Bauern weiterlebt) und in der Renaissance ließ der Mensch es sich nicht nehmen, bei seinem eigenen Tod dabei zu sein, weil er in ihm einen außerordentlichen Augenblick sah – einen Augenblick, der seiner Individualität ihre endgültige Form verlieh. Er war Herr über sein Leben nur in dem Maß, wie er Herr seines Todes war. Sein Tod gehörte ihm, und ihm allein. Seit dem 17. Jahrhundert verzichtete man zunehmend auf die ausschließliche Souveränität über das Leben wie auch über den Tod. Diese Dinge wurden jetzt von der Familie gemeinsam geregelt, die vordem von den ernstesten Entscheidungen ausgeschlossen gewesen war; alle Entscheidungen wurden vom Sterbenden getroffen, allein und im Wissen um seinen bevorstehenden Tod.»

Francis Bacon bezeichnete als erster die Verlängerung des Lebens als neue Aufgabe der Ärzte. Er wies der Medizin drei Funktionen zu: (1) die Erhaltung der Gesundheit, (2) die Heilung der Krankheit und (3) die Verlängerung des Lebens, und rühmte «den dritten Teil der Medizin, nämlich die Verlängerung des Lebens: dies ist ein neues Gebiet, mangelhaft noch, jedoch das vornehmste von allen». Die Ärzte-Zunft dachte noch nicht daran, sich dieser neuen Aufgabe zu stellen, bis dann etwa 150 Jahre später Klienten in großer Zahl bereit waren zu bezahlen, damit die Ärzte es versuchten. Diese Klienten stellen einen neuen Typ des Reichen dar, der sich weigerte, im Ruhestand zu sterben. Er wollte vom Tod mitten aus der Arbeit – aus Altersschwäche – dahingerafft werden. Er weigerte sich, den Tod zu akzeptieren, sofern er nicht bei guter Gesundheit ein aktives hohes Alter erreicht hatte. Schon Montaigne verspottete diese Leute als vermessen: «Es ist die letzte und äußerste Form des Sterbens... Welch müßige Vermessenheit, zu erwarten, an einem Verfall der Kräfte zu sterben, der doch stets nur die Folge höchsten Alters ist, und uns keine kürzere Lebensspanne zugestehen zu wollen...», so als widerspräche es der Natur, zu erleben, daß ein Mann stürzt und sich den Hals bricht, bei einem Schiffbruch ertrinkt, von Pleuritis oder Pest dahingerafft wird... Wir sollten das allgemein Übliche und Universelle als natürlichen Tod bezeichnen.»³⁶ Zu Montaignes Zeit waren solche Leute allerdings noch selten. Doch bald sollte ihre Zahl wachsen. Der Prediger, der in den Himmel zu kommen trachtete, der Philosoph, der die Existenz der Seele leugnete, und der Kaufmann, der zusehen wollte, wie sein Kapital sich nochmals verdoppelte – sie alle waren davon überzeugt, daß nur jener Tod im Einklang mit der Natur stehe, der sie am Schreibtisch ereilte.³⁷

36 Michel de Montaigne, *Essays*, Buch 1, Kap. 57.

37 G. Peignot, *Choix de testaments anciens et modernes, remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, 2 Bde., Paris, Renouard, 1829. Michel Vovelle, *Mourir autrefois: Attitudes collectives devant la mort aux XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris: Archives Gallimard-Juilard, 1974, sowie *Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIIIe siècle: Les Attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments*, Paris: Plon, 1974. Frederick Pollock und Frederic W. Maitland, «The Last Will»

Es gibt keinerlei Hinweise darauf, daß die altersspezifische Lebenserwartung der 60jährigen um die Mitte des 18. Jahrhunderts gestiegen wäre, aber zweifellos ermöglichte eine neue Technologie es den reichen Alten, weiterhin zu tun, was sie in ihren mittleren Jahren getan hatten. Die Wohlhabenden konnten weiter ihre Arbeit verrichten, weil ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen leichter geworden waren. Die industrielle Revolution hatte Arbeitsplätze für Alte, Schwache und Kranke geschaffen. Sitzende Arbeit, bislang selten, wurde jetzt die weitestverbreitete Form der Arbeit.³⁸ Das aufsteigende Unternehmertum und der Kapitalismus begünstigten denjenigen, der Zeit genug gehabt hatte, um Kapital und Erfahrung zu akkumulieren. Es gab nun bessere Straßen: auch ein gichtbrüchiger General konnte jetzt die Schlacht von seinem Wagen aus befehligen; auch der gebrechliche Diplomat konnte von London nach Wien oder Moskau reisen. Die zentralistischen Nationalstaaten brauchten mehr Schreiber und Beamte und boten mehr Platz für ein sich ausbreitendes Bürgertum. Die neue, kleine Schicht alter Menschen hatte bessere Lebenschancen, weil ihr Leben zu Hause, auf der Straße und bei der Arbeit sie körperlich weniger forderte. Das Altern war eine Form der Kapitalisierung von Leben geworden. Die Jahre, die jemand am Schreibtisch, im Büro oder auf der Schulbank verbrachte, begannen auf dem Markt Zinsen zu tragen. Die Jugend der Mittelschicht, ob begabt oder nicht, wurde nun in die Schule geschickt, was es den Alten erlaubte, länger bei der Arbeit auszuhalten. Die Bourgeoisie, die es sich leisten konnte, den «sozialen Tod» abzuschaffen, indem sie dem Ruhestand auswich, erfand die «Kindheit», um die Jugend unter Kontrolle zu halten.³⁹

Mit dem steigenden ökonomischen Status der Alten wurden auch ihre Körperfunktionen kostbarer. Im 16. Jahrhundert war «ein junges Weib der Tod des alten Mannes», und im 17. Jahrhundert sagte man: «Alte Männer, die mit jungen Mädchen spielen, tanzen mit dem Tod.» Am Hofe Ludwigs XIV. war der alte Lüstling Gegen-

in *The History of the English Law Before the Time of Edward I*, Cambridge, University Press, 1968, Bd. 1, Kap. 6, S. 314–56.

38 Ariès, «Les Techniques de la mort».

39 Philippe Ariès, *Geschichte der Kindheit*. München: Hanser, 1975.

stand des Gespötts; zur Zeit des Wiener Kongresses war er Zielscheibe des Neides. In den Armen der Geliebten des eigenen Enkels zu sterben, wurde zum Symbol für ein angenehmes Ende.

Es entwickelte sich ein neuer Mythos über den gesellschaftlichen Wert des Alters. Primitive Jäger, Sammler und Nomaden pflegten die Alten zu verstoßen oder zu töten, und die Bauern schickten sie aufs Altenteil⁴⁰, doch nunmehr tauchte der Patriarch als literarisches Ideal auf. Nur aufgrund seines Alters wurde ihm Weisheit zugeschrieben. Zuerst geduldet und dann als schicklich empfunden, gaben die Alten sich emsig den Ritualen hin, die als notwendig zur Erhaltung ihres gebrechlichen Leibes galten. Noch hatte der Arzt nicht diese Aufgabe übernommen: lag sie doch außerhalb der vom Apotheker oder Kräutersammler, vom Barbier oder Feldscher, vom studierten Arzt oder wandernden Quacksalber beanspruchten Kompetenz. Doch gerade diese besondere Nachfrage half mit, einen neuen Typ des selbsternannten Heilers entstehen zu lassen.⁴¹

⁴⁰ Die Altentötung war bis in neuere Zeiten ein weit verbreiteter Brauch. John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, Stuttgart: Hirschfeld, 1934. Will-Eich Peuckert, «Altentötung», in *Handwörterbuch der Sage: Namens des Verbandes der Vereine für Volkskunde*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1961. J. Wissel, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen: Thieme, 1933. Die Kindestötung war immerhin so wichtig, daß sie die Bevölkerungsentwicklung bis ins 9. Jahrhundert beeinflusste.

⁴¹ Erwin H. Ackerknecht, «Death in the History of Medicine», *Bulletin of the History of Medicine* 42, 1968, S. 19–23. In der medizinischen Literatur, von den alten Griechen bis zu Giovanni Maria Lancisi (1654–1720) im ersten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts, blieb der Tod ein Randproblem. Dann gewannen plötzlich die «Zeichen des Todes» außerordentliche Bedeutung. Der Scheintod wurde ein von der Aufklärung sehr gefürchtetes Übel. Margot Augener, «Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert», *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin*, No. 6 und 7, 1967. Dieselben Philosophen, die als Minderheit das Leben einer Seele nach dem Tod positiv leugneten, entwickelten auch die säkularisierte Furcht vor einer Hölle, die ihnen drohen mochte, wenn sie, nur scheinot, begraben wurden. Philanthropen, die sich für die vom Scheintod Bedrohten einsetzten,

Zuvor hatte nur für den König und den Papst die Verpflichtung bestanden, bis zum Todestag im Amt zu bleiben. Nur sie konsultierten die medizinischen Fakultäten: im Mittelalter die arabischen Ärzte von Salerno, in der Renaissance die Gelehrten aus Padua und Montpellier. Die Könige aber hielten sich Hofärzte, die für sie das taten, was die Bader für das gemeine Volk verrichteten: Aderlassen und Purgieren; außerdem schützten sie sie vor Vergiftung. Weder strebten die Könige danach, länger zu leben als andere, noch erwarteten sie von ihren Leibärzten, daß diese ihren schwindenden Jahren eine besondere Würde verliehen. Die neue Klasse der Alten hingegen sah im Tod den absoluten Preis für einen absoluten ökonomischen Wert.⁴² Der alternde Kaufmann wünschte sich einen Arzt, der seinen Tod verscheuchte; erst wenn das Ende nahte, wollte er vom Arzt formal «aufgegeben» werden, und dann sollte ihm die letzte Mahlzeit serviert werden – mit einer eigens für diesen Anlaß aufgehobenen Flasche Wein. Damit war die Rolle des «Hypochonders» geschaffen, und mit dem Aufkommen einer vornehmen Gebrechlichkeit war im 18. Jahrhundert die Basis für die ökonomische Macht des modernen Arztes gelegt.

Die Möglichkeit, länger zu leben, die Weigerung, vor dem Tod in den Ruhestand zu treten, und das Verlangen nach ärztlicher Hilfe bei unheilbarem Leiden wirkten zusammen, um ein neues Konzept von Krankheit entstehen zu lassen: jene Form von Gesundheit, die das Alter erwarten durfte. Dies war die Gesundheit der Reichen und Mächtigen in den Jahren kurz vor der Französischen Revolution;

gründeten Gesellschaften, die sich dafür einsetzten, den Leichnam nach dem Tod zu ertränken oder zu verbrennen; und es wurden Tests entwickelt, um festzustellen, ob er wirklich gestorben war. Elizabeth Thomson, «The Role of the Physician in Human Societies of the 18th Century», *Bulletin of the History of Medicine* 37, 1963, S. 43–51. Einer dieser Tests bestand darin, dem Toten mit einer Trompete ins Ohr zu blasen. Die Scheintod-Hysterie verebte mit der Französischen Revolution ebenso plötzlich, wie sie bei Anbruch des Jahrhunderts aufgetaucht war. Die Ärzte begannen sich jetzt mit der Wiederbelebung zu befassen, ein Jahrhundert bevor sie sich der Hoffnung hingeben sollten, das Leben der Alten zu verlängern.

⁴² Theodor W. Adorno, *Minima Moralia: Reflexionen aus dem beschädigten Leben*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1970.

binnen einer Generation wurde das chronische Leiden ein modisches Accessoire des jungen Elégants. Seine von Schwindsucht gezeichneten Züge⁴³ wurden zum Merkmal früh vollendeter Weisheit, und die Reise in wärmere Klimazonen wurde zum Anspruch auf Genie. Die ärztliche Pflege langwieriger Leiden, auch wenn diese schließlich zum Tode führten, war nun ein Zeichen von Vornehmheit.

Das Gegenteil galt hingegen für die Leiden der Armen, und die Gebrechen, an denen sie noch stets gestorben waren, konnten als unbehandelte Krankheit definiert werden. Es war ja ganz egal, ob die Behandlung, die die Ärzte für diese Leiden wußten, den Fortgang der Krankheit beeinflusste oder nicht; das Ausbleiben einer solchen Behandlung bedeutete eben, daß die Armen dazu verdammt waren, eines unnatürlichen Todes zu sterben – ein Gedanke, der in die bourgeoise Vorstellung von den ungebildeten und unproduktiven Armen paßte. Von nun an blieb die Möglichkeit, eines «natürlichen Todes» zu sterben, einer sozialen Klasse vorbehalten: jenen, die es sich leisten konnten, als Patienten das Zeitliche zu segnen.

Gesundheit war nun das Privileg, auf einen Tod zur rechten Zeit zu warten, ganz gleich wieviel ärztliche Dienstleistung dazu nötig war. In früheren Zeiten hatte der Tod das Stundenglas in der Hand gehalten. Auf alten Holzschnitten grinst das Skelett unbeteiligt, wenn das Opfer sich gegen den Tod auflehnt. Nun aber nahm die Mittelschicht die Uhr in die Hand und beschäftigte Ärzte, die dem Tod vorschreiben sollten, wann er zuschlagen durfte.⁴⁴ Die Aufklärung verlieh dem Arzt neue Macht, ohne daß bewiesen worden

43 E. Ebstein, «Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur», *Zeitschrift für Bücherfreunde* 5, 1913.

44 Alfred Scott Warthin, «The Physician of the Dance of Death», *Annals of Medical History* (neue Reihe), 2, Juli 1930, S. 350–71; 2, September 1930, S. 453–69; 2, November 1930, S. 697–710; 3, Januar 1931, S. 75–109; 3, März 1931, S. 134–65. Befaßt sich ausschließlich mit dem Arzt im Totentanz. Werner Block, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart: Enke, 1966, untersucht die Begegnung zwischen Arzt und Tod in und außerhalb eines formellen Tanzes.

wäre, ob er den Ausgang gefährlicher Krankheiten beeinflussen konnte oder nicht.

Der klinische Tod

Die Französische Revolution markiert eine kurze Unterbrechung im Prozeß der Medikalisierung des Todes. Ihre Ideologen glaubten, in einer auf ihr dreifaltiges Ideal begründeten Gesellschaft würde es keinen unzeitigen Tod geben. Doch durch die neu erworbene klinische Brille sah der Arzt den Tod in neuer Perspektive. Während die Kaufleute des 18. Jahrhunderts das Bild des Todes noch mit Hilfe der von ihnen beschäftigten und bezahlten Scharlatane bestimmt hatten, prägten nunmehr die Kliniker die Auffassung der Öffentlichkeit vom Tod. Wir haben gesehen, wie der Tod sich aus dem Abruf Gottes in ein «natürliches Ereignis» und später in eine «Naturkraft» verwandelte; nunmehr wurde er in einem weiteren Sprung zu einem «unzeitigen» Ereignis, sofern er jemanden ereilte, der nicht gesund und alt war. Damit war der Tod die Folge spezifischer, durch den Arzt attestierter Krankheiten.⁴⁵

Der Tod war zu einer Metapher verblaßt, und seinen Platz nahmen die tödlichen Krankheiten ein. Die universelle Naturkraft, die als «Tod» zelebriert wurde, hatte sich in eine Vielzahl spezifischer Ursachen des klinischen Exitus aufgelöst. Jetzt streiften viele verschiedene «Tode» durch die Welt. Ein beliebtes Ex-Libris-Motiv ärztlicher Privatbibliotheken im ausgehenden 19. Jahrhundert zeigte den Arzt im Kampf mit personifizierten Krankheiten am Bett des Patienten. Die Hoffnung der Ärzte, den Verlauf spezifischer Krankheiten zu kontrollieren, ließ den Mythos entstehen, daß sie Macht über den Tod hätten. Die neuen dem Arzt zugeschriebenen Kräfte verliehen dem Kliniker einen hohen gesellschaftlichen Rang.⁴⁶

Während der Stadtarzt sich zum Kliniker entwickelte, wurde der

45 Siehe oben, FN. 130, in Kap. 2.

46 Richard H. Shryock, *The Development of Modern Medicine: An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, 2. Aufl., New York: Knopf, 1947.

Landarzt seßhaft und Mitglied der lokalen Elite. Zur Zeit der Französischen Revolution hatte er noch zum fahrenden Volk gehört. Die ausgedienten Feldscher aus den napoleonischen Kriegen kehrten mit reicher praktischer Erfahrung zurück und suchten zu Hause einen Lebensunterhalt. Diese Soldaten, deren Schule das Schlachtfeld war, waren alsbald die ersten seßhaften Heilkundigen in Frankreich, Italien und Deutschland. Das einfache Volk traute ihren Techniken nicht recht, und die braven Bürger entsetzten sich über ihr grobes Betragen, doch wegen ihres Ansehens unter den Veteranen der napoleonischen Kriege fanden sie dennoch Klienten. Ihre Söhne schickten sie dann auf die neuen medizinischen Hochschulen in den Städten, und als diese zurückkehrten, schufen sie sich die Rolle des Landarztes, die bis in die Zeit des Zweiten Weltkrieges unverändert blieb. Sie bezogen ein sicheres Einkommen, indem sie den Hausarzt des Mittelstandes spielten, der sich ihre Dienste wohl leisten konnte. In der Stadt erlangten manche Reichen ein gewisses Prestige, indem sie Patienten berühmter Kliniker wurden, doch die einzig ernstzunehmende Konkurrenz machten dem Stadtarzt im frühen 19. Jahrhundert die Medizin-Techniker alten Schlages – Hebamme, Zahnzieher, Veterinär, Bader und Gemeindegewerkschaften aufgenommen.

47 Hildegard Steingießer, *Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wußten*, Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Me-

Gewerkschaftliche Forderung nach dem natürlichen Tod

In unserem Jahrhundert endlich wurde ein geradezu hypochondrisch umsorgter Tod unter der Pflege klinisch ausgebildeter Ärzte erstmals als Bürgerrecht verstanden. Die medizinische Altersversorgung wurde in die Tarifverträge der Gewerkschaften aufgenommen. Dem kapitalistischen Privileg eines natürlichen Ablebens an Altersschwäche im Chefsessel folgte die proletarische Forderung nach Gesundheitsversorgung im Ruhestand. Die bourgeoise Hoffnung, als «alter Lüstling» in Amt und Würden zu bleiben, demokratisierte sich als Traum vom aktiven Geschlechtsleben auf Rente in einem Pensionistenstädtchen. Lebenslange Pflege für jeden klinischen Krankheitszustand wurde bald die unabdingbare Voraussetzung eines natürlichen Todes. Die lebenslange ärztliche Betreuung war nunmehr ein Dienst, den die Gesellschaft allen ihren Mitgliedern schuldete.

Jetzt tauchte der Begriff «natürlicher Tod» auch in den Lexika auf. Eine große deutsche Enzyklopädie, die 1909 erschien, definiert ihn vom Gegensatz her: Der abnorme Tod ist demnach das Gegenteil eines natürlichen Todes, weil er die Folge von Krankheit, Gewalteinwirkung oder mechanischen und chronischen Störungen ist. Ein namhaftes Lexikon philosophischer Begriffe stellt fest: Der natürliche Tod tritt ohne natürliche Krankheit, ohne definierbare spezifische Ursache ein. Diese makabre, illusionäre Vorstellung vom Tod aber ging eine enge Verbindung mit dem Begriff des sozialen Fortschritts ein. Der rechtskräftige Anspruch auf Gleichheit im klinischen Tod verbreitete die Widersprüche des bürgerlichen Individualismus unter der Arbeiterklasse. Das Recht auf einen natürlichen Tod wurde als Anspruch auf egalitären Konsum von medizinischen Dienstleistungen formuliert, nicht aber als Befreiung von den Plagen der Industriearbeit oder als neue Freiheit und Vollmacht zur Selbst-Behandlung. Dieses gewerkschaftliche Konzept eines «gleichen klinischen Todes» ist also die Umkehrung des Ideals, das einst in der Nationalversammlung, 1792 in Paris, vorgeschlagen wurde: es ist das Ideal der totalen Medikalisation.

medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften, Greifswald: Universitätsverlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, 1936.

Vor allem aber bekräftigt dieses neue Bild des Todes eine soziale Kontrolle ganz neuen Ausmaßes. Die Gesellschaft ist nunmehr dafür verantwortlich, den Tod eines jeden zu verhindern: Behandlung, ob wirksam oder nicht, kann zur Pflicht gemacht werden. Jeder Todesfall, der ohne ärztliche Behandlung eintritt, kann ein Fall für den Staatsanwalt sein. Die Begegnung mit dem Arzt wird fast ebenso unausweichlich wie die Begegnung mit dem Tod. Ich weiß von einer Frau, die einen – mißglückten – Selbstmordversuch machte. Sie wurde im Koma, mit zwei Kugeln in der Wirbelsäule, ins Krankenhaus eingeliefert. Unter heroischen Anstrengungen erhielt der Chirurg ihr Leben, und er betrachtet ihren Fall als Erfolg: sie lebt, aber sie ist völlig gelähmt; keine Sorge also, daß sie je wieder Selbstmord begehen könnte.

Unsere neue Vorstellung vom Tod verträgt sich auch mit dem industriellen Ethos.⁴⁸ Ein guter Tod ist nun einzig der Tod des Normalverbrauchers an medizinischer Fürsorge. Genau wie um die Jahrhundertwende alle Menschen als Schüler definiert wurden: in ursprünglicher Dummheit geboren und einer achtjährigen Schulung bedürftig, bevor sie ins produktive Leben eintreten durften, so werden sie heute von Geburt an als Patienten abgestempelt, die alle möglichen Therapien brauchen, wenn sie ein rechtes Leben führen wollen. Genau wie der Zwangskonsum von Erziehung den Menschen schließlich die Sorge um Arbeit abnahm, so hilft der Konsum von Medizin ihnen, ungesunde Arbeitsbedingungen, verschmutzte Städte und nervenaufreibenden Verkehr zu ertragen.⁴⁹ Wozu sorgt man sich um eine mörderische Umwelt, wenn doch die Ärzte industriell gerüstet sind, um als Lebensretter aufzutreten?! –

Schließlich fördert der Tod unter ärztlicher Zwangsbetreuung das Wiederaufleben der primitivsten Illusionen hinsichtlich der To-

48 Bernard Ronze, «L'Antitragique ou l'homme qui perd sa mort», *Etudes*, November 1974, S. 511–28, meint, daß das Bemühen, den Tod zu programmieren, ein Versuch sei, die menschliche Fähigkeit zu Hoffnung und Angst, zu Einsamkeit und Transzendenz zu schwächen.

49 Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History*, New York: Norton, 1969. Über Mechanisierung und Tod, siehe S. 209–40.

desursachen. Wie wir sahen, sterben die Primitiven nicht ihren eigenen Tod; sie haben nicht das Bewußtsein ihrer leiblichen Endlichkeit, und sie sind noch der subjektiven Unsterblichkeit der Kreatur nahe. Bei ihnen verlangt der Tod stets eine übernatürliche Erklärung, irgend jemand ist schuld daran: der Fluch eines Feindes, der Bann eines Zauberers, der gerissene Faden in der Hand der Parze oder der von Gott gesandte Todesengel. Dem Europäer erschien der Tod – im Tanz mit dem eigenen Spiegelbild – als ein vom Willen anderer unabhängiges Geschehen, als eine unerbittliche Naturkraft, der der Mensch allein gegenüber treten mußte. Die Drohung des Todes war eine vorzügliche, dauernde Erinnerung an die Schwäche und Zerbrechlichkeit des Lebens. Im Spätmittelalter war die Entdeckung des «natürlichen Todes» eine der Hauptquellen europäischer Poesie und Dramatik. Doch die gleiche unmittelbare Todesdrohung war, sobald sie als äußere, von der Natur ausgehende Bedrohung aufgefaßt wurde, eine große Herausforderung für den neu auftretenden Ingenieur. Wenn schon der Ingenieur gelernt hatte, die Erde zu beherrschen, wie der Pädagoge/Erzieher das Wissen, warum sollte dann nicht der Biologe/Arzt den Tod beherrschen?⁵⁰ Als der Arzt sich anschickte, sich zwischen die Menschheit und den Tod zu stellen, verlor dieser die Unmittelbarkeit und Intimität, die er 400 Jahre zuvor erlangt hatte. Der gesichts- und gestaltlose Tod hatte auch seine Würde verloren.

Diesen Wandel im Verhältnis des Arztes zum Tod können wir auch anhand der bildlichen Darstellung des Themas verfolgen.⁵¹ In der Epoche des Totentanzes tritt der Arzt selten auf; auf dem einzigen Bild, das ich fand und auf dem der Tod dem Arzt wie einem Kollegen begegnet, hält er einen alten Mann bei der Hand, während er in der anderen Hand ein Uringlas hält und den Arzt aufzufordern scheint, seine Diagnose zu bestätigen. In der Zeit des Totentanzes treibt der Knochenmann seinen Spott mit dem Arzt. In der früheren

50 Alfred Adler, «Ein Beitrag zur Psychologie der Berufswahl», in Alfred Weber und Carl Furtmüller, Hrsg., *Heilen und Bilden*, Frankfurt: Fischer, 1973.

51 Siehe besonders Block, *Der Arzt und der Tod*; Warthin, «The Physician of the Dance of Death»; Briesenmeister, *Bilder des Todes*.

Periode, als die Figur des Todes noch teilweise Fleisch auf den Knochen hat, scheint dieser den Arzt aufzufordern, seine angeblichen Kenntnisse über die inneren Organe des Menschen und dessen Spiegelbild, den Tod, zu demonstrieren. Später, als fleischloses Skelett, hänselt er den Arzt wegen dessen Ohnmacht, spottet über seine Ehrenbezeugungen oder weist sie zurück, verteilt ebenso giftige Medizin wie der Arzt oder behandelt diesen als ganz gewöhnlichen Sterblichen, indem er ihn in seinen Reigen entführt. Der barocke Tod scheint sich dauernd in die Geschäfte des Arztes einzumischen; er macht sich über ihn lustig, während dieser seine Waren auf dem Jahrmarkt feilhält; er stört seine Sprechstunde, verwandelt die Arzneiflaschen in Stundengläser oder tritt bei der Visite im Pesthaus anstelle des Arztes auf. Im 18. Jahrhundert taucht ein neues Motiv auf. Der Tod scheint sich einen Scherz daraus zu machen, den Arzt wegen seiner pessimistischen Diagnose zu hänseln, wobei er jene Kranken verschont, die der Arzt aufgegeben hat, und den Arzt ins Grab zerrt, während er den Patienten verschont. Bis ins 19. Jahrhundert feilscht der Tod stets mit dem Arzt oder mit dem Kranken selbst um dessen Leben, wobei er meist die Initiative hat. Die streitenden Parteien stehen sich am Krankenbett gegenüber. Erst nachdem klinische Krankheit und klinischer Tod eine gewisse Entwicklung erreicht haben, finden wir Bilder, auf denen der Arzt die Initiative ergreift und dem Tod den Weg zum Patienten verwehrt. Wir müssen bis nach dem Ersten Weltkrieg warten, bevor wir den Arzt im Handgemenge mit dem Skelett sehen, etwa wenn er eine junge Frau aus der Umarmung des Todes reißt oder diesem die Sense entwindet. Um 1930 sehen wir, wie ein junger Mann im weißen Kittel auf ein sich duckendes Skelett losstürmt, um es mit zwei Bänden von Marles Therapie-Lexikon wie eine Fliege zu erschlagen. Auf anderen Bildern hebt der Arzt die Hand, um den Tod zu bannen, während er eine junge Frau am Arm hält, deren Füße der Tod umklammert. Max Klinger bildet den Arzt ab, wie er einem geflügelten Monstrum die Federn stutzt. Andere zeigen den Arzt, wie er das Skelett in einen Käfig sperrt oder ihm einen Tritt in den knöchigen Hintern versetzt. Jetzt kämpft nicht mehr der Patient, sondern der Arzt mit dem Tod. Wie in den primitiven Kulturen kann wieder jemand verantwortlich gemacht werden, wenn der Tod

triumphiert; dieser Jemand ist nicht mehr ein Mensch mit Hexenblick, ein Vorfahr oder Gott, sondern der Feind in Gestalt einer gesellschaftlichen Kraft.⁵² Heute, wo der Kampf gegen den Tod durch die Sozialversicherung garantiert ist, sitzt der Schuldige in der Gesellschaft. Der Schuldige mag der Klassenfeind sein, der dem Arbeiter eine ausreichende ärztliche Versorgung vorenthält; es kann der Arzt sein, der sich weigert, eine Nachtvisite zu machen, der multinationale Konzern, der die Preise für Medikamente anhebt, die kapitalistische oder revisionistische Regierung, der die Kontrolle über ihre Medizinmänner entglitten ist, oder aber der Administrator, der an der Universität von Delhi junge Ärzte recht und schlecht ausbildet, nur um sie dann nach London ziehen zu lassen. Die traditionelle Hexenjagd, die zum Tod des Stammeshäuptlings gehörte, wird modernisiert. Für jeden vorzeitigen oder klinisch unnötigen Todesfall wird jemand – einzelner oder Gruppe – gefunden, der einen medizinischen Eingriff unverantwortlich verzögert oder verhindert hat.

Viele Fortschritte der Sozialgesetzgebung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wären unmöglich gewesen ohne die revolutionäre Berufung auf ein solches industriell geprägtes Todesbild. Andernfalls hätte man weder die für eine solche Gesetzgebung notwendige öffentliche Unterstützung mobilisieren können noch Schuldgefühle – stark genug, um deren Durchsetzung zu erzwingen. Aber der Anspruch auf gleiche medizinische Versorgung bis zum gleichen Tod trägt auch dazu bei, die Abhängigkeit unserer Zeitgenossen von einem schrankenlos expandierenden Industriesystem zu konsolidieren.

Der Tod auf der Intensivstation

Wir werden die so fest gefügte Struktur unserer Gesellschaft nicht verstehen, wenn wir sie nicht als vielgestaltigen Exorzismus aller Formen des bösen Todes erkennen. Unsere großen Institutionen

⁵² Ich habe diese Beispiele aus Hunderten von Reproduktionen ausgewählt, die von Valentina Borremans in Guernavaca gesammelt wurden. Sie alle stellen die Züge und Gesten des anthropomorphen Todes dar.

sind nichts anderes als ein gigantisches Verteidigungsprogramm, mittels dessen wir im Namen der «Humanität» gegen todbringende Kräfte und Klassen Krieg führen.⁵³ Dies ist ein totaler Krieg. Nicht nur die Medizin, sondern auch Wohlfahrtswesen, internationale Hilfsaktionen und Entwicklungsprogramme werden in diesem Kampf mobilisiert. Ideologische Bürokratien aller Schattierungen nehmen am Kreuzzug teil. Revolution, Repression und sogar Bürgerkriege und internationale Auseinandersetzungen sind gerechtfertigt, um die Diktatoren und Kapitalisten zu schlagen, denen die Schuld an der mutwilligen Erzeugung und Duldung von Krankheit und Tod zugeschoben werden kann.⁵⁴

53 Zur Bibliographie über den Tod in der modernen Gesellschaft siehe oben, FN. 186, 188, 191, 207, 209, alle in Kap. 2. Ebenso John McKnight, «A Bibliography of 225 Items of Suggested Readings for a Course on Death in Modern Society in a Theological Perspective», Mimeo, 1973, verzeichnet moderne christliche Literatur über den Tod in der Industriegesellschaft. John Riley, Jr., und Robert W. Habenstein, «Death: 1. Death and Bereavement; 2. The Social Organization of Death», in *International Encyclopedia of the Social Sciences*, New York: MacMillan, 1968, Bd. 4, S. 19–24. Joel J. Vernick, *Selected Bibliography on Death and Dying*, U. S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, 1971. Ergänzt Kalish und Kutscher.

54 Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, leugnet, daß der Tod in der modernen Gesellschaft verdrängt wird, Geoffrey Gorer, *Death, Grief and Mourning*, New York: Doubleday, 1965. Gorer's These, daß der Tod heute den Platz der Sexualität als größtes Tabu einnimmt, erscheint Fuchs unbegründet und irreführend. Die These von der Verdrängung des Todes, meint Fuchs, werde meist von Leuten mit tief anti-industrieller Einstellung vorgebracht, um die letztendliche Machtlosigkeit der Industrie angesichts des Todes zu beweisen. Das Gerede von der Verdrängung des Todes diene lediglich dazu, Apologien für Gott und das Leben nach dem Tod zu konstruieren. Die Tatsache, daß die Menschen sterben müssen, werde als Beweis dafür genommen, daß es ihnen nie gelingen wird, die Realität autonom zu beherrschen. Fuchs interpretiert alle Theorien, die die Qualität des Todes leugnen, als Relikte einer primitiven Vergangenheit. Als wissenschaftlich läßt er nur jene gelten, die seiner Vorstellung von einer modernen Gesellschaftsstruktur entsprechen. Sein Bild des modernen Todes ist das Ergebnis seiner Studien über die in deutschen Nekrologen ver-

Seltsamerweise wurde der Tod gerade in dem Augenblick zum Feind erklärt, den es zu besiegen gilt, als der Megatod den Schauplatz betrat. Neu ist nicht nur das Bild eines «unnötigen» Todes, sondern auch unsere Vorstellung vom Ende der Welt.⁵⁵ Der Tod, das Ende *meiner* Welt, und die Apokalypse, das Ende *der* Welt, hängen eng zusammen; es ist klar, daß unsere Einstellung zu beiden wesentlich durch die nukleare Situation beeinflusst wird. Die Apokalypse ist nicht mehr bloß mythologische Allegorie, sondern eine reale Möglichkeit. Armageddon ist nicht mehr die Folge des göttlichen Willens, der menschlichen Schuld oder der Naturgesetze, sondern die mögliche Konsequenz einer direkten Entscheidung des Menschen. Die Kobaltpatrone im Bestrahlungsgerät schafft – wie die Wasserstoffbombe im Kriegsarsenal – die Illusion menschlicher Kontrolle über den Tod. Medikalisierte Sozialrituale sind nur ein Aspekt der sozialen Kontrolle, die durch den vergeblichen Kampf gegen den Tod ausgeübt wird.

Wie Malinowski⁵⁶ behauptet, bedroht bei primitiven Völkern der Tod den Zusammenhalt und daher das Überleben der ganzen Gruppe. Er löst den Ausbruch von Angst und irrationalen Abwehrreaktionen aus. Die Gruppensolidarität wird gerettet, indem ein natürlicher Vorgang zum sozialen Ritual erhoben wird. Der Tod eines Stammesmitglieds ist folglich ein Anlaß zu ausschweifenden Feiern. Die Vorherrschaft der Industrie hat die meisten traditionellen Solidaritätsbände aufgelöst. Die unpersönlichen Rituale der industrialisierten Medizin schaffen ein Surrogat für die Einigkeit der Menschheit. Sie verpflichten alle auf das Modell eines «wünschenswerten» Todes, indem sie den Tod im Krankenhaus als Ziel der ökonomischen Entwicklung propagieren. Der Mythos vom Fortschritt aller

wendete Sprache. Was als «Verdrängung» des Todes bezeichnet wird, so meint er, sei in Wirklichkeit dadurch bedingt, daß der Glaube an den Tod als ein unbestreitbares und endgültiges Ende nicht akzeptiert wird.

55 Die irrationale Einstellung einer Gesellschaft zum Tod spiegelt sich in ihrer Unfähigkeit, sich zur Apokalypse zu verhalten. Klaus Koch, *Ratlos vor der Apokalyptik*, Gütersloh: Mohn, 1970.

56 Bronislaw Malinowski, «Death and the Reintegration of the Group», in *Magic, Science and Religion*, New York: Doubleday, 1949, S. 47–53.

Völker in Richtung auf einen gleichartigen Tod mildert die Schuldgefühle der «Habenden», indem er den häßlichen Tod, den die «Habenichtse» sterben, als Folge ihrer gegenwärtigen Unterentwicklung deutet, der wiederum nur durch eine weitere Expansion der medizinischen Institutionen abzuwenden ist.

Gewiß hat der medikalisierte⁵⁷ Tod in hochentwickelten Industriegesellschaften eine andere Funktion als in überwiegend agrarischen Ländern. In einer Industriegesellschaft verändert die medizinische Intervention in das tägliche Leben nicht die herrschenden Vorstellungen von Gesundheit und Tod, sondern paßt sich diesen an. Sie verbreitet das Todesbild der medikalisierten Elite unter den Massen und reproduziert es für künftige Generationen. Wenn aber «Vorkehrungen gegen den Tod» außerhalb eines kulturellen Rahmens erfolgen, in welchem die Konsumenten sich quasi religiös auf den Tod im Krankenhaus vorbereiten, dann stellt das Wachstum einer klinisch orientierten Medizin zwangsläufig eine Form der imperialistischen Intervention dar. Den Völkern wird ein soziopolitisches Bild vom Tode aufgezwungen; ihre traditionellen Vorstellungen von Gesundheit und Tod werden zerstört. Das Selbstbild, das ihrer Kultur Zusammenhalt gibt, löst sich auf, und die atomisierten Individuen können in eine internationale Masse hoch «sozialisierter» Gesundheitskonsumenten eingegliedert werden. Die Erwartung des medikalisierten Todes zwingt die Reichen zu unbegrenzten Versicherungsprämien und lockt die Armen in eine vergoldete Todesfalle. Die Widersprüche des bürgerlichen Individualismus verstärken sich durch die Unfähigkeit des Menschen, mit einer steigend realistischen Einstellung zum Tode zu sterben.⁵⁸ Ein Zöllner an der Grenze zwischen Obervolta und Mali erläuterte mir die Bedeutung der Beziehung zwischen Tod und Gesundheit. Ich

⁵⁷ Eric J. Cassel, «Dying in a Technical Society», *Hastings Center Studies* 2, Mai 1974, S. 31–36. «Es gab eine Verlagerung des Todes aus der moralischen Ordnung in die technische Ordnung... Ich glaube, daß die Menschen früher, als die moralische Ordnung Vorrang vor der technischen hatte, nicht wesentlich moralischer waren.»

⁵⁸ Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, Paris: Seuil, 1970, entwickelt diesen Gedanken.

wollte von ihm wissen, wie die Leute an den Ufern des Niger einander verständigten, da beinahe jedes Dorf eine andere Sprache spricht. Für ihn war dies keine Frage der Sprache: «Solange die Leute ihre Knaben beschneiden, wie wir es tun, und den gleichen Tod sterben wie wir, können wir sie ganz gut verstehen.»

In manch einem mexikanischen Dorf konnte ich beobachten, was passiert, wenn die Sozialversicherung eingeführt wird. Etwa eine Generation halten die Leute noch an ihren traditionellen Auffassungen fest; sie wissen mit dem Tod, dem Sterben und dem Schmerz fertig zu werden.⁵⁹ Arzt und Krankenschwester, neu eingetroffen, glauben es besser zu wissen; sie erzählen ihnen von einer bösen Heerschar klinischer Todesarten, von denen jede gebannt werden kann – um einen gewissen Preis. Statt die Kenntnisse der Menschen in der Selbstbehandlung zu modernisieren, predigen sie das Ideal des Krankenhaustodes. Mit der Verbreitung ihres Ideals schicken sie die Bauern auf eine endlose Suche nach einem guten Tod – nach einem internationalen Rezept; eine Suche, die sie für immer zu Konsumenten macht.

Wie alle anderen großen Rituale der Industriegesellschaft nimmt auch die Medizin praktisch die Form eines Spiels an. Die Hauptfunktion des Arztes ist die des Schiedsrichters. Er ist der Agent oder Repräsentant der sozialen Gemeinschaft, und es ist seine Pflicht, dafür zu sorgen, daß jedermann die Spielregeln einhält.⁶⁰ Diese

⁵⁹ Dora Ocampo, «Quando la tristeza se mezcla con la alegría», Manuskript, Mexico, November 1974.

⁶⁰ Die industrialisierte Menschheit braucht Therapie, von der Wiege bis zum Grab. Eine neue Form der Sterbetherapie schlägt vor: Elisabeth Kübler-Ross, *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz-Verlag, 1971. Der Sterbende, behauptet sie, durchlaufe mehrere typische Stadien, und eine angemessene Behandlung könne den verwalteten «morituri» diesen Prozeß erleichtern. Paul Ramsey, «The Indignity of Death with Dignity», *Hastings Center Studies* 2, Mai 1974, S. 47–62. Die Moralphilosophen stimmten Anfang der 1970er Jahre darin überein, daß der Tod wieder akzeptiert werden müsse und daß für den Sterbenden nichts getan werden könne, außer ihm in seinem letzten Augenblick Gesellschaft zu leisten. Neben dieser Übereinstimmung aber besteht eine zunehmend diesseitige, naturalistische und antihumanistische Interpretation des menschlichen Le-

Spielregeln verbieten natürlich, daß jemand aus dem Spiel ausscheidet und auf eigene Faust stirbt, ohne sich um den Schiedsrichter zu kümmern. Der Tod ist nur noch als sich selbst erfüllende Prophezeiung des Medizinmannes zulässig.⁶¹

Durch die Medikalisierung des Todes hat sich die Gesundheitspflege zu einer monolithischen Weltreligion entwickelt,⁶² de-

bens. Robert S. Morison, «The Last Poem: The Dignity of the Inevitable and Necessary: Commentary on Paul Ramsey», *Hastings Center Studies* 1, Mai 1974, S. 62–66. Morison kritisiert Ramsey, der meint, daß jeder, der sich nicht zur christlichen Ethik bekennen könne, diese zumindest als einen «hypothetischen gemeinsamen Nenner» akzeptieren solle.

61 David Leser, «Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon», *American Anthropologist* 74, Juni 1972, S. 386–90.

62 Pierre Delooz, «Who Believes in the Hereafter?» in André Godin, Hrsg., *Death and the Presence*, Brüssel: Lumen Vitae Press, 1972, S. 17–38, zeigt, daß die öffentlichen Sprecher des heutigen Frankreichs tatsächlich den Glauben an Gott vom Glauben an ein Leben nach dem Tod trennen. Paul Danblon und André Godin, «How Do People Speak of Death?» in Godin, *ibid.*, S. 39–62. Danblon analysiert Interviews mit 60 Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens in francophonen Ländern. Die über die Konfessionsgrenzen hinweg bestehenden Analogien des sprachlichen Ausdrucks, Gefühls, der Einstellung zum Tod sind viel stärker als die durch unterschiedliche religiöse Überzeugungen oder Bräuche bedingten Differenzen. Joseph F. Fletcher, «Antidysthanasia: The Problem of Prolonging Death», *Journal of Pastoral Care* 18, 1964, S. 77–84, wendet sich gegen die unverantwortliche Verlängerung des Lebens aus der Sicht eines Krankenhauspfarrers. «Ich selbst stimme mit Pius XII. und den letzten beiden Erzbischöfen von Canterbury, Lang und Fisher, überein, die sich zu dieser Frage geäußert haben, daß nämlich das technische Wissen des Arztes und sein fachliches Urteil und seine Erfahrung die Grundlage für die Entscheidung bieten sollten, ob es «eine vernünftige Hoffnung» gibt. Die zu bestimmen liegt außerhalb der Kompetenz des Laien... Wenn aber feststeht, daß der Zustand hoffnungslos ist, finde ich, daß es weder vernünftig ist noch den Ärzten ansteht, sich die Bürde aufzuladen, allein zu entscheiden, ob sie den Patienten gehen lassen wollen.» Die übliche These zeigt, daß sogar die Kirchen das Experten-Urteil stützen. Diese praktische Übereinstimmung von christlicher und medizinischer Praxis steht in starkem Widerspruch zur Einstellung gegenüber dem Tod in der christlichen

ren Dogmen in Pflichtschulen gelehrt werden und deren ethische Regeln zur bürokratischen Strukturierung der Gesellschaft eingesetzt werden: Sexualität ist mittlerweile Unterrichtsfach, und die gemeinsame Benützung eines Löffels ist aus hygienischen Gründen verpönt. Der Kampf gegen den Tod, der den Lebensstil der Reichen beherrscht, wird durch Entwicklungsbürokratien in ein System von Regeln übersetzt, nach denen sich zu verhalten die Armen der Welt gezwungen werden.

Nur eine Kultur, die sich in hochindustrialisierten Gesellschaften entwickelt hat, konnte das Todesbild in der eben beschriebenen Weise kommerzialisieren. In extremer Form ist der «natürliche Tod» heute jener Punkt, an dem der menschliche Organismus jeden weiteren «Input» an Behandlung verweigert. Neuerdings ist der Mensch⁶³ tot, wenn das Elektro-Enzephalogramm anzeigt, daß die Gehirnwellen abflachen: er tut nicht mehr seinen letzten Atemzug, er stirbt nicht mehr, weil sein Herz stillsteht. Der sozial anerkannte Tod tritt ein, wenn der Mensch nicht nur als Produzent, sondern auch als Konsument nutzlos geworden ist. Er ist jener Punkt, an dem der unter hohen Kosten geschulte Konsument schließlich als Totalverlust abgeschrieben werden muß. Der Tod ist die äußerste Form der Konsumverweigerung.⁶⁴

Theologie. Ladislaus Boros, *Mysterium mortis: Der Mensch in der letzten Entscheidung*, Freiburg: Walter, 1962; Karl Rahner, *Zur Theologie des Todes*, Freiburg: Herder, 1963.

63 Daniel Maguire, «The Freedom to Die», *Commonweal*, 11. August 1972, S. 423–28. Durch ein kreatives Vorgehen in bislang noch unvorstellbaren Formen könnte die Lobby der Sterbenden und Todkranken sogar eine heilende Kraft in der Gesellschaft sein. Jonas B. Robertscher, «The Right To Die: Do We Have a Right Not To Be Treated?» *Hastings Center Studies* 2, September 1972, S. 11–44.

64 Orville Brim u. a., *The Dying Patient*, New York: Russell-Sage, 1960. Zuerst behandeln die Autoren das Spektrum der technischen Analysen und Entscheidungen, welche die Gesundheitsexperten ausstellen, wenn sie vor der Aufgabe stehen, die Umstände zu bestimmen, unter denen der Tod eines Individuums eintreten soll. Dann geben sie eine Reihe von Empfehlungen hinsichtlich dessen, was getan werden könnte, um diesen technischen Prozeß «etwas weniger unwürdig und weniger unangenehm für den

Ehedem war derjenige am besten gegen den Tod geschützt, den die Gesellschaft zum Tode verurteilt hatte. Die Gesellschaft fühlte sich bedroht, wenn der Mann in der Todeszelle seinen Gürtel nahm und sich erhängte. Die staatliche Autorität fühlte sich gefährdet, wenn er sich vor der festgesetzten Stunde das Leben nahm. Heute ist es der Kranke im kritischen Stadium, der am besten dagegen geschützt ist, selbst die Umstände seines Sterbens zu bestimmen. Die Gesellschaft, vertreten durch das Medizin-System, entscheidet wann und nach welchen Demütigungen und Verstümmelungen er sterben darf.⁶⁵ Die Medikalisierung der Gesellschaft beendet die

Patienten, seine Familie und vor allem das Pflegepersonal zu machen». In dieser Anthologie gerät das Makabre zu einer neuen Form der professionell gesteuerten Obszönität. Siehe auch David Sudnow, «Dying in a Public Hospital», *ibid.*, S. 191–208.

65 In seiner Studie über die soziale Organisation des Krankenhauses berichtet David Sudnow: «Eine Krankenschwester wurde beobachtet, wie sie zwei oder drei Minuten lang versuchte, die Augenlider einer Patientin zu schließen. Die Schwester erklärte, die Frau liege im Sterben. Sie versuchte die Lider geschlossen zu halten. Nach mehreren erfolglosen Versuchen gelang es der Schwester, sie zu schließen, und sie sagte mit einem befriedigten Seufzer: «Jetzt sind sie richtig.» Als sie nach ihrem Tun befragt wurde, meinte sie, die Augen des Patienten müssten im Tod geschlossen bleiben, damit die Leiche einem schlafenden Menschen gleiche. Dies sei schwierig zu erreichen, wenn Haut und Muskeln bereits in Erstarrung übergingen. Daher versuche sie, erklärte sie, die Augen stets vor Eintritt des Todes zu schließen. Damit würden Zeit und Mühe gespart, wenn das Stationspersonal käme, die Leiche abzuholen. Es sei eine Sache der Rücksicht auf die Arbeiter, die am liebsten so wenig wie möglich mit den Leichen umgingen».

66 Brillat-Savarin, «Méditation XXVI, de la mort», in *Physiologie du goût*. Brillat-Savarin pflegte seine 93jährige Großtante, als sie im Sterben lag. «Sie hatte alle Fähigkeiten behalten, und man bemerkte ihren Zustand nicht, außer an ihrem geringen Appetit und an ihrer schwachen Stimme. «Bist du da, Nefte?» – «Ja, Tante, ich bin bei dir. Ich glaube, es wäre eine gute Idee, wenn du etwas von diesem wunderbaren alten Wein kosten würdest.» – «Gib ihn mir, mein Freund, Flüssigkeit geht noch immer hinab.» Ich gab ihr ein halbes Glas von meinem besten Wein zu trinken. Sie setzte sich un- vermittelt auf, und ihre einst so schönen Augen auf mich richtend, sagte sie: «Danke für diesen letzten Dienst. Falls du je mein Alter erreichen solltest

Epoche des natürlichen Todes. Der westliche Mensch hat das Recht verloren, beim letzten Akt selbst Regie zu führen. Gesundheit, die autonome Kraft der Lebensbewältigung, ist bis zum letzten Atemzug enteignet. Der technische Tod hat den Sieg über das Sterben davongetragen.⁶⁶ Der mechanisierte Tod hat alle anderen Tode besiegt und vernichtet.

dann wirst du sehen, daß der Tod ein Bedürfnis ist, wie der Schlaf.» Dies waren ihre letzten Worte, und eine halbe Stunde später schlief sie für immer ein.»

Teil IV Gesundheitspolitik

6. Spezifische Kontraproduktivität

Die Iatrogenese ist nur einzudämmen, wenn sie ein Aspekt unter anderen der destruktiven Herrschaft der Industrie über die Gesellschaft, als ein Beispiel unter jener paradoxen Kontraproduktivität begriffen wird, die heute in allen Sektoren der Industrie zutage tritt. Wie die zeitraubende Beschleunigung des Verkehrs, die verblöddende Erziehung an den Schulen, die selbstzerstörerische militärische Verteidigung, die desorientierende Information durch die Medien oder der obdachlos machende Wohnungsbau, so ist auch die pathogene Medizin eine Folge der industriellen Überproduktion, die das autonome Handeln lähmt. Um diese spezifische Kontraproduktivität der modernen Industrie zu verstehen, müssen wir sie klar von zwei anderen Kategorien der ökonomischen Belastung unterscheiden, mit denen sie oft verwechselt wird, nämlich dem sinkenden Grenznutzen und der negativen Externalität. Ohne eine solche Unterscheidung des spezifischen ökonomischen Versagens, das die Kontraproduktivität darstellt, von steigenden Preisen und drückenden Solziallasten bleibt die gesellschaftliche Beurteilung jedes technischen Unternehmens – sei es die Medizin, der Verkehr, die Medien oder die Erziehung – auf eine buchhalterische Erfassung der Kosteneffizienz beschränkt und leistet nicht einmal annähernd eine radikale Kritik der instrumentellen Effizienz dieser verschiedenen Sektoren.

Steigende Grenzkosten

In den direkten Kosten schlagen Mieten, Zahlungen an Arbeitskräfte, Materialien und ähnliche Dinge zu Buche. Zu den Produktions-

kosten eines Reisekilometers gehören die für den Bau und Betrieb von Fahrzeug und Straße geleisteten Zahlungen wie auch der Profit, den diejenigen einstreichen, die den Verkehr kontrollieren: die Dividenden der Kapitalisten, denen die Produktionsmittel gehören, und die Ansprüche der Bürokraten, die das benötigte Wissenskapital monopolisieren. Der Preis ist die Summe dieser verschiedenen Kostenfaktoren, gleichgültig ob er vom Konsumenten aus eigener Tasche oder durch eine aus Steuern finanzierte Agentur der Gesellschaft bezahlt wird, die in seinem Namen den Kauf tätigt.

Negative Externalität nennt man die sozialen Kosten, die nicht im monetären Preis enthalten sind; es ist der Sammelname für jene Lasten, Schäden, Mißstände und Verletzungen, die ich anderen mit jedem zurückgelegten Reisekilometer zufüge. Der Schmutz, der Lärm und die Häßlichkeit meines Autos prägen das Bild der Stadt; die durch Unfälle und Umweltverschmutzung verursachten Schäden; die Zerstörung der Umwelt durch die Verbrennung von Sauerstoff und die Emission von Giften; die steigenden Kosten der Polizei; und auch die verkehrsbedingte Diskriminierung der Armen: all dies sind negative Externalitäten, die jeden Reisekilometer belasten. Manche sind leicht durch den Kaufpreis zu *internalisieren*, z. B. bei Schäden durch Verkehrsunfälle, die durch die Versicherung beglichen werden. Andere Externalitäten, die heute nicht im Marktpreis erscheinen, könnten auf ähnliche Weise internalisiert werden: die Therapiekosten für den durch Auspuffgase verursachten Krebs könnten jedem Liter Benzin zugeschlagen oder für die Krebserkennung, Krebschirurgie oder Krebsprävention für umweltschützende Geräte und Gasmasken ausgegeben werden. Doch die meisten Externalitäten lassen sich nicht quantifizieren oder internalisieren: wenn der Benzinpreis angehoben wird, um den Raubbau an Ölvorräten und atmosphärischem Sauerstoff zu reduzieren, dann wird jeder Reisekilometer teurer und erst recht ein Privileg; die Umweltschäden werden verringert, doch die soziale Ungerechtigkeit nimmt zu. Überschreitet die Intensität der industriellen Produktion eine gewisse Schwelle, dann können die Externalitäten nicht mehr reduziert, sondern nur noch durch Umlage verschoben werden.

Die Kontraproduktivität ist etwas anderes als ein individueller oder sozialer Kostenfaktor; sie unterscheidet sich von dem sinken-

den Nutzen, der aus einer Währungseinheit zu ziehen ist, und von allen anderen Formen externer Verluste. Sie liegt immer dann vor, wenn der Betrieb einer Institution paradoxerweise der Gesellschaft jene Dinge entzieht, die diese Institution ursprünglich gewährleisten sollte. Sie ist eine Form der eingebauten gesellschaftlichen Frustration. Der Preis einer Ware oder Dienstleistung ist das Maß dessen, was der Käufer für das, was er bekommt, zu zahlen bereit ist; die Externalitäten zeigen an, was die Gesellschaft zu tolerieren bereit ist, um diesen Konsum zu ermöglichen. Die Kontraproduktivität ist der Maßstab für die logischen Widersprüche, die aus der Transaktion resultieren: sie ist ein sozialer Indikator für die eingebaute, gegen die eigenen Ziele wirkende Funktion eines Wirtschaftssektors. Die iatrogene Intensität unseres Medizin-Betriebs ist nur ein besonders schmerzliches Beispiel dafür, wie frustrierend die Überproduktion gleichermaßen als zeitraubende Beschleunigung des Verkehrs, Stillstand der Kommunikation, Ausbildung zu stromlinienförmiger Inkompetenz im Erziehungswesen, Entwurzelung als Folge des Wohnungsbaus und destruktive Überernährung erscheint. Diese spezifische Kontraproduktivität bildet einen ungewollten Nebeneffekt der industriellen Produktion, der durch den jeweiligen Wirtschaftssektor, wo er anfällt, nicht externalisiert werden kann. Im Grunde ist sie weder durch technische Defekte noch durch soziale Ausbeutung bedingt, sondern durch die industrielle Zerstörung jener Umwelt-, sozialer und psychosozialer Bedingungen, die zur Entwicklung nicht-industrieller oder nicht-professioneller Gebrauchswerte notwendig sind. Die Kontraproduktivität ist das Ergebnis einer durch die Industrie bewirkten Lähmung der praktischen Selbstbestimmung.

Waren kontra Gebrauchswerte

Unser aller Wahrnehmung ist durch das Leben in der Industriegesellschaft so stark verzerrt, daß wir nicht mehr erkennen, wie sehr unsere gesellschaftlichen Bemühungen ihrem eigenen Zweck zuwiderlaufen. Wir leben in einer Epoche, in der das Lernen geplant, das Wohnen standardisiert, der Verkehr motorisiert, die Kommunikation programmiert ist und in der zum ersten Mal ein großer Teil der

von der Menschheit konsumierten Nahrungsmittel interregionale Märkte passiert. In einer so intensiv industrialisierten Gesellschaft werden die Menschen dazu abgerichtet, Dinge zu *kriegen*, statt sie zu *tun*. Sie haben gelernt, das, was sie kaufen können, höher zu schätzen als das, was sie selbst schaffen können. Sie wollen belehrt, bewegt, behandelt oder geführt werden, statt zu lernen, zu gesunden und ihren eigenen Weg zu finden. Unpersönliche Institutionen übernehmen persönliche Funktionen. Heilen wird nicht mehr als Aufgabe der Kranken betrachtet. Zuerst wird es Aufgabe eines individuellen Körpertechnikers, und alsbald wandelt es sich von der persönlichen Dienstleistung zum Output einer anonymen Agentur. Die Gesellschaft wird dabei nach den Bedürfnissen des Gesundheitssystems umgemodelt, und es wird immer schwieriger, selbst für die eigene Gesundheit zu sorgen. Güter und Dienstleistungen überfüllen die letzten Freiräume.

Die Schulen produzieren Erziehung, die Kraftfahrzeuge produzieren Fortbewegung, und die Medizin produziert Gesundheitsbetreuung. Diese Outputs sind Massenwaren mit allen Merkmalen der Ware. Ihre Produktionskosten können zum Bruttosozialprodukt addiert oder von ihm subtrahiert werden, ihre Knappheit läßt sich durch den Grenznutzen messen, und ihre Kosten lassen sich in Geldwert ausdrücken. Aufgrund ihres Warencharakters schaffen sie einen Markt. Wie die Schul-Erziehung und der Motor-Verkehr, so ist auch die klinische Gesundheitsbetreuung das Resultat einer kapitalintensiven Warenproduktion; die produzierten Dienstleistungen sind für andere bestimmt, sie sind weder gemeinsames Tun noch Selbstversorgung.

Bedingt durch die Industrialisierung unseres Weltbildes, wird häufig übersehen, daß jede dieser Waren immer noch mit einem nicht zu vermarktenden Gebrauchswert konkurriert, den die Menschen, jeder für sich, freiwillig produzieren. Die Menschen lernen, indem sie zuschauen und nachmachen, sie bewegen sich auf ihren zwei Beinen, sie gesunden, sie pflegen ihre Gesundheit, und sie sorgen für die Gesundheit anderer. Diese Aktivitäten haben einen Gebrauchswert, der der Vermarktung widersteht. Lernen, Körperbewegung und Heilen, soweit sie von Wert sind, tauchen meist nicht im Bruttosozialprodukt auf. Die Menschen lernen ihre Muttersprache

che, laufen herum, bringen Kinder zur Welt und ziehen sie auf, lernen wieder den Gebrauch gebrochener Gliedmaßen und bereiten die landesübliche Nahrung zu – und all dies tun sie mit mehr oder weniger Geschick und Freude. All dies sind wertvolle Aktivitäten, die meist nicht für Geld verrichtet werden und werden können, die aber abgewertet werden, wenn zuviel Geld im Spiel ist.

Das Erreichen eines konkreten sozialen Zieles läßt sich nicht in industriellem Output messen; auch nicht mengenmäßig oder anhand von Umsatz und Sozialkosten. Die Effektivität jedes Sektors der Industrie bestimmt sich durch das Verhältnis zwischen der gesellschaftlichen Produktion von Waren und der autonomen Produktion von entsprechenden Gebrauchswerten. Wie effektiv eine Gesellschaft hochwertige Verkehrseinrichtungen, Wohnungen oder Nahrungsmittel produziert, hängt davon ab, ob Gütermarkt und unveräußerliches spontanes Handeln einander ergänzen.

Wenn die meisten Bedürfnisse der meisten Menschen in Haus- oder Gemeinschaftsproduktion befriedigt werden, dann besteht zwischen Erwartung und Befriedigung meist nur eine geringe – und stabile – Distanz. Lernen, Fortbewegung oder Krankenpflege sind das Resultat von wesentlich dezentralisierten Initiativen, von autonomen Inputs und in sich selbst begrenzten Gesamt-Outputs. Unter den Bedingungen der Subsistenzwirtschaft bestimmen die bei der Produktion eingesetzten Werkzeuge die Bedürfnisse, welche der Einsatz dieser Werkzeuge auch zu befriedigen vermag. Früher wußten die Leute z. B., was sie zu erwarten hatten, wenn sie krank wurden. Irgend jemand im Dorf oder in der nächsten Stadt kannte alle seit jeher wirksamen Arzneien, und was darüber hinausging, lag sowieso im unvorhersehbaren Bereich des Wunders. Bis ins spätere 19. Jahrhundert leisteten die Familien – auch in den westlichen Ländern – so ziemlich alles, was an Therapien bekannt war. Lernen, Fortbewegung und Heilen waren hauptsächlich Dinge, die jeder für sich tat, und die dazu benötigten Werkzeuge wurden in der Familie oder im Dorf hergestellt.

Die autonome Produktionsweise kann natürlich durch industrielle Erzeugnisse ergänzt werden, die mitunter ohne unmittelbare Einflußnahme der Gemeinschaft geplant und produziert werden müssen. Die autonomen Tätigkeiten lassen sich effektiver und

auch dezentralisierter gestalten, wenn industriell gefertigte Werkzeuge wie Fahrräder, Druckerpressen, Tonbandgeräte oder Röntgenanlagen verwendet werden. Durch gesellschaftliche Verhältnisse, die ausschließlich die Industrie begünstigen, können sie aber auch gehemmt, entwertet und blockiert werden. Die heteronome Industrieproduktion kann die autonome Produktion also nur subsidiär unterstützen. Ein Gesellschaftszustand, der die verwaltete Warenproduktion begünstigt, hat letzten Endes zwei destruktive Aspekte: die Menschen werden für den Konsum statt fürs eigene Handeln geschult, und zugleich wird ihr Handlungsspielraum eingeengt. Das Werkzeug trennt den Arbeiter von seiner Arbeit. Die Radfahrer werden durch die unerträgliche Verkehrsdichte von der Straße verdrängt, und Kranke, die gewohnt waren, ihre Leiden selbst zu behandeln, stellen fest, daß Arzneien, die gestern noch frei verfügbar waren, heute nur noch auf Rezept zu haben und damit erschwert zugänglich sind. Lohnabhängigkeit und Patienten-Abhängigkeit nehmen zu, während die autonome Produktion und Geschenkbeziehungen schwinden.

Ob es gelingt, soziale Ziele effektiv zu erreichen, ist davon abhängig, in welchem Maß die beiden fundamentalen Produktionsweisen einander ergänzen oder behindern. Ob es gelingt, eine bestimmte physische und soziale Umwelt kennen und beherrschen zu lernen, ist abhängig von der Allgemeinbildung der Menschen und ihrer Chance und Motivation, auf nicht programmierte Weise zu lernen. Ob der Verkehr effektiv ist, hängt davon ab, daß die Menschen schnell und bequem ans gewünschte Ziel gelangen. Ob Krankenpflege effektiv ist, hängt davon ab, in welchem Maß Schmerz und Dysfunktion erträglich gemacht werden und die Genesung gefördert wird. Die effektive Befriedigung solcher Bedürfnisse ist klar zu unterscheiden von der Effizienz, mit der Industrieprodukte hergestellt und vermarktet werden, oder von der Zahl der Diplome, die das Bildungswesen produziert; sie ist auch zu unterscheiden von Reisekilometern, Wohnungseinheiten oder medizinischen Interventionen. Jenseits einer gewissen Schwelle werden solche Produkte nur noch als Ersatz und Hilfsmittel gebraucht; sie ersetzen persönliche Aktivitäten, die durch den vorherigen Konsum von Industrieprodukten gelähmt wurden. Die sozialen Kriterien, an de-

nen eine effektive Bedürfnisbefriedigung zu bewerten ist, entsprechen nicht den Maßstäben, nach denen die Produktion und Vermarktung industrieller Güter bemessen werden.

Da ökonomische Maßstäbe die Beiträge der autonomen Produktionsweise zur Gesamteffizienz, mit der jedes bedeutende soziale Ziel erreicht wird, nicht zu erfassen vermögen, können sie auch nicht anzeigen, ob diese Gesamteffizienz zu- oder abnimmt. Die Zahl der diplomierten Akademiker z. B. kann durchaus im umgekehrten Verhältnis zum gesamten Wissen einer Gesellschaft stehen. Um so weniger können technische Maßstäbe zeigen, wer die Nutznießer und wer die Verlierer beim industriellen Wachstum sind, wer die wenigen sind, die mehr bekommen und mehr erreichen, und wer zu jener Mehrheit gehört, deren ohnehin marginale Verfügung über Industrieprodukte noch durch den Verlust an autonomer Effizienz beeinträchtigt wird. Nur eine politische Wertung kann hier Bilanz ziehen.

Die Modernisierung der Armut

Diejenigen, die durch die Institutionalisierung der Kontraproduktivität am meisten geschädigt werden, sind in der Regel nicht die im finanziellen Sinne Ärmsten. Die typischen Opfer der Entwertung persönlicher Werte sind die Ohnmächtigen inmitten industriellen Reichtums. Zu diesen Ohnmächtigen gehören mitunter auch Leute, die im Rahmen ihrer Gesellschaft relativ wohlhabend sind oder die als Insassen oder Nutznießer totaler Institutionen leben. Eine entmündigende Abhängigkeit drückt sie in eine modernisierte Form der Armut hinab. Maßnahmen, die eigentlich diese neue Art der Benachteiligung aufheben sollten, sind nicht nur vergeblich, sondern verschlimmern den Schaden erst recht. Indem sie noch mehr Massenwaren versprechen, statt die Autonomie der Menschen zu schützen, intensivieren sie die entmündigende Abhängigkeit.

Die Armen in Bengalen oder Peru können überleben, wenn sie nur hin und wieder Arbeit finden oder ab und zu von der Marktwirtschaft profitieren: sie leben von der zeitlosen Kunst, sich zu behelfen. Sie können ihre Vorräte strecken, abwechselnd fette und magere Zeiten durchstehen und Geschenkbeziehungen anknüpfen,

wobei sie Güter und Dienstleistungen austauschen oder sonstwie weitergeben, die weder für den Markt gemacht noch verrechnet werden. Wo auf dem Land das Fernsehen fehlt, genießen sie das Leben in nach traditionellem Muster erbauten Häusern. In die Stadt getrieben oder gezogen, siedeln sie am Rand der Industriezonen, wo sie einen provisorischen Hausstand gründen, indem sie sich aus Abfällen ihre Hütten zimmern. Mit der Abhängigkeit vom Supermarkt wächst die Hungersnot. Betrachtet man Zeiträume von mehreren Generationen, so hat der Homo sapiens während seiner ganzen Entwicklung großes Geschick bewiesen, eine Vielzahl von kulturellen Formen zu entwickeln, die alle dazu dienten, die Gesamtbevölkerung einer Region im Rahmen jener Ressourcen zu halten, die in einem begrenzten Milieu ausgetauscht oder formell gehandelt werden konnten. Die weltweite gleichförmige Verkümmern der Fähigkeit lokaler Bevölkerungen zur gemeinsamen Lebensbewältigung ist eine Begleiterscheinung des Imperialismus und seiner modernen Varianten: der industriellen Entwicklung und des modischen Mitleids mit den Armen.

Die Invasion neuer Produktionsmittel in die unterentwickelten Länder – ihr Ziel ist nicht die materielle Besserstellung der Empfänger, sondern der finanzielle Vorteil der Geber, nicht Laien-, sondern Expertenkontrolle – disqualifiziert zwangsläufig Tradition und autonomes Lernen und schafft Nachfrage nach den therapeutischen Diensten von Lehrern, Ärzten und Sozialarbeitern. Während Fernstraße und Radio das Leben derer, die sie erreichen, nach industriellen Normen prägen, zerstören sie deren Handwerkskunst, Wohnkultur und Gesundheitspflege viel schneller, als die neuen Fertigkeiten, die sie vermitteln, sich ausbreiten können. Die aztekische Massage bringt vielen Kranken Linderung, die sie am liebsten vergessen würden, weil sie sie für altmodisch halten. Das hergebrachte Familienbett kommt viel schneller in Verruf, als die darin Schlafenden sich der Enge bewußt werden. Wo Entwicklungsprogramme Erfolg hatten, funktionierten sie oft nur aufgrund des überraschenden Improvisationstalents der Bevölkerung. Die unverwundliche Fähigkeit, auf marginalen Feldern und Hinterhöfen Nahrungsmittel anzubauen, hat zwischen Ukraine und Venezuela manches Entwicklungsprogramm gerettet. Die Fähigkeit, die

Kranken, die Alten und die Verrückten ohne Pfleger und Wärter zu versorgen, hat die meisten Menschen gegen die zunehmenden spezifischen Verluste geschützt, die eine nur symbolische Bereicherung ihnen brachte. Armut im Subsistenzsektor zerstört nicht die Autonomie des Menschen, selbst wenn diese Subsistenz durch eine beträchtliche Abhängigkeit vom Markt eingeschränkt ist. Die Menschen sind noch immer motiviert, am Rand der Autobahnen zu stehen, an professionellen Monopolen zu knabbern, die Bürokraten zu hintergehen.

Wenn die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse das Ergebnis einer Experten-Diagnose ist, dann wird Abhängigkeit zur qualvollen Unmündigkeit. Wieder einmal können die Alten in den USA uns als Beispiel dienen. Sie haben gelernt, Bedürfnisse als dringend zu empfinden, die kein Maß an *relativer* Privilegierung je zu befriedigen vermag. Je mehr Steuergelder aufgewandt werden, um ihre Hinfälligkeit zu stützen, desto schärfer wird ihnen ihr Verfall bewußt. Gleichzeitig schwindet ihre Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, denn die sozialen Verhältnisse, die ihnen ein autonomes Handeln ermöglichen würden, sind praktisch verschwunden. Die Alten sind ein Beispiel für die Spezialisierung der Armut, die durch eine Überspezialisierung der Dienstleistungen entstehen kann. Die Alten in den Vereinigten Staaten sind nur ein extremer Fall des Leidens, das durch eine kostspielige Entbehrung gefördert wird. Da sie gelernt haben, Alter mit Krankheit gleichzusetzen, entwickeln sie grenzenlose ökonomische Bedürfnisse, um endlose Therapien bezahlen zu können, die in der Regel unwirksam, meist aber entwürdigend und schmerzhaft sind und die nicht selten die Verwahrung in einem speziellen Milieu bedingen.

Fünf Merkmale der industriell modernisierten Armut erscheinen als Karikatur in den luxuriösen Ruhestandgettos der Reichen wieder: chronische Erkrankungen kommen um so häufiger vor, je weniger Menschen in jungen Jahren sterben; immer mehr Menschen erleiden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen klinische Schäden; die medizinischen Dienstleistungen nehmen langsamer zu, als die Nachfrage sich ausbreitet und dringender wird; die Menschen finden in ihrer Umwelt und Kultur immer weniger Mittel, die ihnen helfen könnten, ihr Leiden zu ertragen, und werden daher immer

abhängiger von medizinischen Dienstleistungen – zunehmend auch bei Bagatellbeschwerden; die Menschen verlieren die Fähigkeit, mit Schwäche und Schmerz zu leben, und werden abhängig von der Behandlung jedes geringfügigen Unbehagens durch spezialisiertes Dienstleistungspersonal. Insgesamt untergräbt die Überexpansion der Gesundheitsindustrie die Kraft der Menschen, auf Gefahren entsprechend zu reagieren und mit Veränderungen in ihrem Körper oder in ihrer Umwelt fertig zu werden.

Wenn hier vom destruktiven Potential der medizinischen Überexpansion die Rede ist, so besagt dies natürlich nicht, daß sanitäre Einrichtungen, Impfungen und Bakterienkontrolle eine gründliche Gesundheitserziehung, eine gesunde Architektur und sichere Maschinen, allgemeine Kenntnisse in Erster Hilfe, ein gerecht verteiltes Angebot an zahnärztlicher und allgemeinmedizinischer Versorgung sowie eine wohlüberlegte Auswahl komplexerer Dienstleistungen nicht ohne weiteres in einer wahrhaft modernen Kultur Platz hätten, die autonomes Handeln und Selbst-Behandlung begünstigen würde. Solange die technisch geplante Intervention in das Verhältnis zwischen Individuen und Umwelt – hinsichtlich des individuellen Handlungsspielraums – unterhalb einer gewissen Intensität bleibt, könnte eine solche Intervention die Fähigkeit des Organismus verbessern, das Leben zu bewältigen und die eigene Zukunft zu gestalten. Jenseits einer gewissen Schwelle aber muß die heteronome Verwaltung des Lebens die höheren Funktionen und Reaktionen des Organismus zuerst einschränken, dann verstümmeln und lähmen; und was Gesundheitsfürsorge sein sollte, verwandelt sich in eine spezifische Form der Verweigerung von Gesundheit.¹

¹ Über die pathogene Rollenzuweisung, besonders in der modernen Industriegesellschaft, siehe H. P. Dreitzel, *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens*, Stuttgart: Enke: 1972.

7. Politische Gegenmaßnahmen

Noch vor fünfzehn Jahren wäre es unmöglich gewesen, sich mit der Behauptung Gehör zu verschaffen, daß die Medizin selbst zur Gefahr für die Gesundheit werden könnte. Anfang der 1960er Jahre genoß der britische *National Health Service* weltweites Ansehen, besonders bei Reformern in den USA.¹ Der von Albert Beveridge ins Leben gerufene Gesundheitsdienst ging von der Annahme aus, daß es in jeder Bevölkerung einen strikt limitierten Krankenbestand gebe, der, unter chancengleichen Bedingungen angemessen behandelt, schließlich zurückgehen würde.² So hatte Beveridge berechnet, daß die jährlichen Kosten des *Health Service* in dem Maß sinken würden, wie die Therapie die Morbiditätsrate verringern sollte.³ Die Gesundheitsplaner und Wohlfahrts-Ökonomen hatten nicht damit gerechnet, daß die neue Definition von Gesundheit, wie

1 Charles E. A. Winslow, *The Case of Sickness and the Price of Health*, Genf: World Health Organization, 1951. Daniel S. Hirshfield, *The Lost Reform: The Campaign for Compulsory Health Insurance in the United States from 1932 to 1943*, Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1978, berichtet, daß es der unversicherten Minderheit der Alten, Armen und chronisch Kranken bislang nicht gelungen ist, die weitgehend gesicherte Mehrheit für die Unterstützung protektiver Gesetze zu gewinnen. Er zeigt, daß die früheren Probleme, die Einstellungen zu diesen und Lösungsversuche in den 1970er Jahren weitgehend unverändert dieselben sind. Zu keinem Zeitpunkt hat anscheinend die öffentliche Debatte um die Politik des Gesundheitswesens das industrielle Paradigma der Medizin als eines biologischen und sozialen Unternehmens transzendiert.

2 Zur Geschichte der Wohlfahrtsgesetzgebung, siehe Henry E. Sigerist, «From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation», *Bulletin of the History of Medicine* 13, April 1943, S. 365–88. Eine eher naiv enthusiastische Beurteilung ähnlicher Gesetzgebung in Rußland, siehe Henry E. Sigerist, *Socialized Medicine in the Soviet Union*, 1937; revidierte Ausgabe, ersch. als *Medicine and Health in the Soviet Union*, New York: Citadel Press, 1947.

3 Office of Health Economics, *Prospects in Health*, Publication No. 37, London, 1971.

der Health Service sie einführte, das Spektrum der medizinischen Betreuung erweitern würde, dessen grenzenlose Expansion nur durch eine Beschränkung des Gesundheitsetats verhindert werden konnte. Man hatte z. B. nicht vorhergesehen, daß bald – in einer regionalen Bestandsaufnahme – nur 67 von 1000 Menschen als völlig gesund eingestuft wurden und daß 50 Prozent zum Arzt geschickt werden mußten, während in einer anderen Studie festgestellt wurde, daß einer von sechs Untersuchten definitionsgemäß an einer bis neun ernstesten Krankheiten litt.⁴ Auch hatten die Gesundheitsplaner nicht absehen können, daß die Toleranzschwelle gegenüber der alltäglichen Realität ebenso schnell sinken würde, wie die Fähigkeit der Selbst-Behandlung abgebaut wurde, und daß ein Viertel aller kostenlosen Arztbesuche wegen der nicht behandelbaren gewöhnlichen Erkältung stattfinden würde. Zwischen 1943 und 1951 gaben 75 Prozent der Befragten an, sie hätten im laufenden Monat an einer Krankheit gelitten.⁵ 1972 meinten 95 Prozent der in einer anderen Studie Befragten, sie hätten sich in den 14 Tagen vor der Befragung unwohl gefühlt, und bei einer weiteren Studie⁶, bei der nur 5 Prozent der Befragten sich frei von Symptomen glaubten, behaupteten 9 Prozent, sie hätten in den letzten zwei Wochen an mehr als 6 verschiedenen Symptomen gelitten. Am allerwenigsten hatten die Gesundheitsplaner jene neuen Krankheiten berücksichtigt, die durch den gleichen Prozeß, der die Medizin zumindest partiell effektiv

4 R. G. S. Brown, *The Changing National Health Service*, London: Routledge, 1973, sowie S. Israel und G. Teeling Smith, «The Submerged Iceberg of Sickness in Society», *Social and Economic Administration*, Bd. 1, No. 1, 1967. Jedem Fall von Diabetes, Rheumatismus oder Epilepsie, der dem praktischen Arzt bekannt wird, steht offenbar ein anderer, nicht diagnostizierter Fall gegenüber. Auf jeden bekannt werdenden Fall von psychischer Erkrankung, Bronchitis, Bluthochdruck, Glaukom, Urethralinfektion kommen wahrscheinlich fünf unentdeckte Fälle. Die Fälle von unbehandelter Anämie übersteigen die behandelten wahrscheinlich um das 8fache.

5 W. P. D. Logan und E. Brooke, *Survey of Sickness, 1943–51*, London: Her Majesty's Stationery Office, 1957.

6 Karen Dunnell und Ann Cartwright, *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*, London: Routledge, 1972.

machte, endemisch wurden.⁷ Sie rechneten auch nicht mit dem Bedarf an speziellen Kliniken, in denen die Todesqualen der Opfer einer unvernünftigen und ineffektiven Krebschirurgie gelindert werden⁸, oder mit dem Bedarf an Krankenhausbetten für andere durch die Medizin verursachte Leiden⁹.

Die 60er Jahre brachten auch den Aufstieg und Niedergang eines multinationalen Konsortiums für den Export von Optimismus in die Dritte Welt; konkrete Gestalt nahm es an im amerikanischen *Peace Corps*, in der Allianz für den Fortschritt, in der israelischen Entwicklungshilfe für Zentralafrika und in den letzten Strohfeuern eines medizinisch-missionarischen Eifers. Die Überzeugung des Westens, seine Medizin könne die Krankheiten der nicht industrialisierten Tropenregionen heilen, war damals noch ungebrochen. In internationaler Zusammenarbeit waren gerade bedeutende Siege gegen Moskitos, Mikroben und Parasiten errungen worden – letztlich Pyrrhussiege, die aber als Beginn einer Endlösung der Tropenkrankheiten gefeiert wurden.¹⁰ Man ahnte noch nicht, welche Rolle die ökonomische und technische Entwicklung bei der Ausbreitung

7 Dies war die Zeit der Massenuntersuchungen, bei denen Erzieher, Ökonomen oder Ärzte nach Krankheiten fahndeten. Es galt immer noch als «Fortschritt», wenn Tests, die an 1709 Menschen vorgenommen wurden, auswiesen, daß 90 % an irgendeiner Krankheit litten. J. E. Shental, «Multiphasic Screening of the Well Patient», *Journal of the American Medical Association* 172, 1960, S. 1–4.

8 Frank Turnbull, «Pain and Suffering in Cancer», *Canadian Nurse*, August 1971, S. 28–31. Obwohl die chirurgische oder radiologische Behandlung eine Rezession der primären Symptome bewirken mag, die vielleicht zu einem schmerzlosen Tod geführt hätten, kann sie aber auch, so meint Turnbull, die Entstehung einer sekundären, schmerzhafteren Krankheit begünstigen.

9 Geschätzt auf 12–18 % aller Krankenhausbetten in den USA.

10 M. Thagi Farvar und John P. Milton, Hrsg., *The Careless Technology*, Garden City, N. Y.: Natural History Press, 1972. Wissenschaftliche Referate von einer 1968 abgehaltenen Konferenz, die zeigen, daß die nach dem Zweiten Weltkrieg geborene Idee, traditionelle Gesellschaften könnten und sollten über Nacht modernisiert werden, sich nicht nur als praktisch undurchführbar, sondern auch, im Blick auf die gefährlichen Folgen für den Organismus des Menschen, als unerwünscht erwiesen haben.

von Schlafkrankheit, Bilharziose und Malaria spielen sollte.¹¹ Die wenigen, die Welthunger und neue Seuchen am Horizont aufziehen sahen, wurden als Untergangspropheten¹² oder Romantiker¹³ geschmäht; die Grüne Revolution gilt noch immer als erster Schritt zu einer gesünderen, gerechteren Welt¹⁴. Damals schien es unglaublich, daß binnen zehn Jahren *Fehlernährung* – in ihren zwei Formen

11 Charles C. Hughes und John M. Hunter, «Disease and Development in Africa», *Social Science and Medicine* 3, No. 4, 1970, S. 443–88. Eine wichtige Zusammenfassung der Literatur über Krankheitsfolgen auf Entwicklungsarbeit. Ralph J. Audy, «Aspects of Human Behavior Interfering with Vector Control», in *Vector Control and the Recrudescence of Vector-borne Diseases*, Proceedings of a Symposium Held During the Tenth Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research, 15. Juni 1971, Pan-American Health Organization Scientific Publication No. 238, Washington, D. C., 1972, S. 67–82.

12 René Dumont, *La Faim du monde*, vollständiger Text einer Konferenz vom 8. November 1965, in Liège, gefolgt von Antworten auf die 25 diskutierten Fragen, Liège/Brüssel: Cercle d'Education Populaire, 1966. Ein leidenschaftlicher Appell an die Solidarität der Welt kurz vor zwölf Uhr. Eine später erschienene englische Version ist René Dumont und Bernard Rosier, *The Hungry Future*, New York: Praeger, 1969. Zur Ergänzung dieses Beitrags aus linker Sicht durch einen rechten Standpunkt siehe William und Paul Paddock, *Famine Nineteen Seventy-five! America's Decision: Who Will Survive?*, Boston: Little, Brown, 1967. Die Autoren, die schon früh die Träume ihres Jahrzehnts – wie Hydroponik (Wasseranbau, ohne Erde), Entsalzung des Meerwassers, synthetische Nahrungsmittel, Meereskulturen – entzauberten, sind gleichwohl davon überzeugt, daß Landreform, Bewässerungsprojekte und Kunstdüngerproduktion den Hunger nicht abwenden können. Sie rechnen mit einer zunehmenden Abhängigkeit der Welt von US-Produkten und schlagen vor, die USA sollten selektieren, wer am Leben bleiben darf.

13 Marshall Sahlins, *Stone Age Economics*, Chicago: Aldine-Atherton, 1972, weist darauf hin, daß der institutionalisierte Hunger der 1960er Jahre ein nie dagewesenes Phänomen ist, und belegt, daß in einer typischen Steinzeitkultur ein viel geringerer Prozentsatz der Menschen hungrig und unterernährt schlafen ging als heute.

14 George Borgstrom, «The Green Revolution», in *Focal Points*, New York: Macmillan, 1972, Teil 2, S. 172–201. Eine Analyse und Beurteilung eines Dutzends von Illusionen über die Grüne Revolution, deren manche

– die weitaus schwerste Bedrohung der modernen Menschheit sein würde.¹⁵ Weder die neue kalorienreiche Unterernährung der armen Völker war abzusehen¹⁶ noch die Tatsache, daß Überernährung als Hauptursache der epidemischen Krankheiten, die die Reichen heute plagen, erkannt werden würde¹⁷. In den USA war der Aufbruch zu neuen Grenzen noch nicht durch rivalisierende Planbürokraten blockiert.¹⁸ Bessere Gesundheit erhoffte man sich noch vom gerechteren Zugang zu den Institutionen, die spezifische Krankhei-

durch irreführende Verlautbarungen internationaler Behörden noch immer bestärkt werden. Über die Gefahren der genetischen Erschöpfung siehe National Academy of Sciences, *Genetic Vulnerability of Major Crops*, Washington, D. C., 1972. Seit paläolithischen Zeiten hat jede menschliche Gesellschaft eine reichhaltige Vielfalt von Cerealien und anderen Anbaufrüchten entwickelt. Durch Auslese haben sich jene Arten durchgesetzt, die von weitgehend Gemüse und Getreide verzehrenden Bevölkerungen bevorzugt wurden. Obgleich ihre Hektarerträge denen der technisch geplanten Hybriden unterlegen sind, sind diese Arten doch anpassungsfähig, unabhängig von Kunstdünger, Bewässerung und Schädlingsbekämpfung, und sie zeichnen sich durch ein hohes Potential künftiger Anpassung aus. Ganze Gruppen solcher reichhaltiger genetischer Mischungen wurden mit der Einführung von Hybriden ausgelöscht. Der in nur einem Jahrzehnt angerichtete Schaden ist irreparabel und kann unermessliche Folgen zeitigen.

15 Zur Einführung in den Stand der Diskussion über die Welt-Ernährungslage, siehe Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development*, Washington, D. C.: Brookings Institution, 1973. Die wertvolle Bibliographie muß über die Fußnoten erschlossen werden. Siehe auch J. Hemardinquer, «Pour une histoire de l'alimentation», *Cahiers des Annales* 28, Paris: Colin, 1970.

16 Eine der Konsequenzen, wenn man Dr. Spock in die Tropen exportiert, schildern A. E. Davis und T. D. Bolin, «Lactose Tolerance in Southeast Asia», in *Farver und Milton*, Hrsg., *The Careless Technology*.

17 Adelle Davis, *Let's Eat Right To Keep Fit*, New York: Harcourt Brace, 1970. Ein gut dokumentierter Bericht über den qualitativen Verfall der Ernährung in den USA seit Beginn der Industrialisierung und über den Niederschlag dieses Verfalls in der Gesundheit der US-Bevölkerung.

18 Zur Orientierung über diese Kontroverse, siehe Edward M. Kennedy, *In Critical Condition: The Crisis in America's Health Care*, New York: Pocket Books, 1973. Eine zusammenfassende Darstellung der Kontro-

ten beseitigen sollten. Wer vor dem allgemeinen Phänomen der Ia-trogenese warnte, galt schnell als paranoid.

Aber schon 1975 hatte sich das Bild gründlich gewandelt.¹⁹ Wenn vor einer Generation Kinder im Kindergarten einen Arzt malten, dann stellten sie ihn als Vaterfigur²⁰ im weißen Kittel dar. Heute aber könnten sie ihn ebensogut als Marsmenschen oder als Frankenstein zeichnen.²¹ Korruptionsverdacht im Zusammenhang mit Kas-senabrechnungen und Steuererklärungen von Ärzten sowie eine vorsichtigere Haltung der Patienten veranlaßten die ärztlichen und pharmazeutischen Standesorganisationen, ihre Ausgaben für Public Relations zu verdreifachen.²² Ralph Nader hat die Konsumenten der Massenware Gesundheit kosten- und qualitätsbewußter ge-

verse ist Stephen Jonas, «Issues in National Health Insurance in the United States of America», *Lancet*, 1974, No. 2, S. 143–46; William R. Roy, *The Proposed Health Maintenance Organization Act of 1972*, Science and Health Communications Group Sourcebook Series, Bd. 2, Washington, D. C., 1973. Ein Kongreßabgeordneter aus Kansas erklärt und verteidigt das von ihm in den Kongreß eingebrachte Gesetz und schulmeistert konkurrierende Meinungen.

19 Eine hervorragende, wenn auch etwas überholte Vorhersage ist Michael Michaelson, «The Coming Medical War», *New York Review of Books*, 1. Juli 1971. Siehe auch Robert Bremner, *From the Depths: The Discovery of Poverty in the U. S.*, New York: New York Univ. Press, 1956, eine Einführung über die Ursprünge der Wohlfahrtsbewegung in den USA.

20 Barbara Myerhoff und William R. Larson, «The Doctor as Cultural Hero: The Routinization of Charisma», *Human Organization* 24, Herbst 1965, S. 188–91. Die Autoren sagten voraus, daß der Arzt bald in einem wesentlich prosaischeren Licht erscheinen und damit die psychologische Macht verlieren werde, die er traditionell besaß, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und als Heiler handeln zu können.

21 Michel Maccoby, persönliche Mitteilung an den Autor.

22 John Pekkanen, *The American Connection: Profiteering and Politicking in the «Ethical» Drug Industry*, Chicago: Follett, 1973. Ein Bericht darüber, wie die U. S. Pharmaceutical Manufacturers Association (PMA) und die Pharma-Lobby willkürlich die politische Macht und einflußreiche Persönlichkeiten manipulierte, um ihre Profite durch Überproduktion und übermäßigen Absatz von Medikamenten zu erhalten und die Risiken durch

macht. Die Ökologie-Bewegung hat die Tatsache ins öffentliche Bewußtsein gerufen, daß Gesundheit von der Umwelt, von den Ernährungs-, Arbeits- und Wohnbedingungen, abhängig ist, und die US-Bürger wissen mittlerweile, daß sie durch Pestizide²³, Nahrungsmittelzusätze²⁴, Mykotoxine²⁵ und andere mit der Umweltzerstörung zusammenhängende Gesundheitsrisiken bedroht sind. Die Emanzipationsbewegung der Frauen hat darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig die Verfügung über den eigenen Körper für die Erhaltung der Gesundheit ist.²⁶ Informelle Gemeinschaften in den Slums haben die Verantwortung für die primäre Gesund-

Werbung, Promotion und die systematische Korruption exponierter Ärzte zu verbergen. Zitiert werden spezifische Vorwürfe gegen zwei Dutzend namhafte große Firmen.

23 Paul R. und Anne H. Ehrlich, *Population, Resources, Environment, Issues in Human Ecology*, San Francisco: Freeman, 1972, besonders Kap. 7, über die gefährdeten Ökosysteme, bietet eine gute Einführung in die Literatur zum Thema. Samuel Epstein und Marvin Legator, Hrsg., *The Mutagenicity of Pesticides: Concepts and Evaluation*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 1971, gibt viele spezifische Informationen. Harrison Wellford, *Swinging in the Wind: Report on the Politics of Food Safety*, Ralph Nader's Study Group Reports, New York: Grossman, 1972. Ein Bericht über die Konzentration von Pestiziden in der Nahrung. Der übermäßige Gebrauch von Pestiziden bedroht den Bauern noch mehr als den Städter; sie zerstören seine Gesundheit, steigern die Produktionskosten und verringern langfristig die Erträge. J. L. Radomski, W. B. Deichmann und E. E. Clizer, «Pesticide Concentration in the Liver, Brain, and Adipose Tissue of Terminal Hospital Patients», *Food and Cosmetics Toxicology* 6, 1968, S. 209-20. Eine sehr beängstigende quantitative Analyse.

24 James S. Turner, *The Chemical Feast: A Report on the Food and Drug Administration*, Ralph Nader's Study Group Reports, New York: Grossman, 1970. Dieser Bericht zeigt, daß der von Adelle Davis in *Let's Eat Right to Keep Fit* beschriebene Trend sich beschleunigt und daß die Schädigung der Gesundheit durch schlechte Ernährung in den 1960er Jahren noch zugenommen hat. Weniger als die Hälfte der 2000 gebräuchlichen Nahrungsmittelzusätze wurden auf ihre Zuträglichkeit getestet.

25 Arturo Aldama, «Los cereales envenados: Otra enfermedad del progreso», CIDOC Dokument IV 74/58, Guernavaca, 1974.

26 Boston Women's Health Collective, *Our Bodies, Ourselves: A Book*

heitspflege übernommen und versucht, ihre Mitglieder aus der Abhängigkeit von anonymen Bürokratien zu lösen. Daß Körperwahrnehmung²⁷, Sprache²⁸, begriffliches Denken²⁹, Verfügung über Heilmittel³⁰, Kindersterblichkeit³¹ und akute – vor allem chroni-

By and For Women, New York: Simon & Schuster, 1973. Kann als Beispiel gelten für ein Handbuch zur beschränkten Selbstbehandlung, erarbeitet von einer Frauengruppe, die gleichwohl dem Konzept einer gründlich medicalisierten Gesellschaft verfallen ist.

27 Luc Boltanski, *Consommation médicale et rapport au corps: Compte-rendu de fin de contrat d'une recherche financée par la Délégation Générale à la Recherche Scientifique et Technique*, Paris: Centre de Sociologie Européenne, 1969. Eine Soziologie des Körpers: eine Pionierstudie über die gesellschaftlichen Determinanten der durch die Klassenzugehörigkeit bestimmten Beziehung des Menschen zu seinem Körper.

28 Liselotte von Ferber, «Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben», in *Schriftenreihe: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene*, Bd. 43, Stuttgart: Gentner, 1971, über die klassenspezifische Sprache in der deutschen Allgemeinpraxis.

29 Charles Kadushin, «Social Class and the Experience of Ill Health», *Sociological Inquiry* 34, 1964, S. 67-80, stellt das soziologische Dogma einer Verbindung zwischen sozio-ökonomischem Status und dem Auftreten chronischer Krankheiten in Frage. David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View*, New York: Free Press, 1968, S. 259 ff., liefert entgegengesetzte Argumente und Literatur; siehe auch S. 245 über Kindersterblichkeit, S. 253 über sozio-ökonomischen Status.

30 Raymond S. Duff und August B. Hollingshead, *Sickness and Society*, New York: Harper & Row, 1961. S. H. King, *Perceptions of Illness and Medical Practice*, New York: Russell Sage, 1962.

31 Mechanic, *Medical Sociology*. Siehe besonders S. 267-68, als Einführung in die Statistik der U. S. National Health Service über sozio-ökonomischen Status und Inanspruchnahme von Gesundheits-Dienstleistungen. Diese Daten sind nicht unbesehen hinzunehmen: siehe David Mechanic und M. Newton, «Some Problems in the Analysis of Morbidity Data», *Journal of Chronic Diseases* 18, Juni 1965, S. 569-80. Lee Rainwater und W. L. Yancey, *The Moynihan Report and the Politics of Controversy*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 1967, diskutieren die komplexen Beziehungen zwischen Kindersterblichkeit und sozio-ökonomischer Entbehrung.

sche – Morbidität³² klassenspezifischen Bedingungen unterliegen, ist mittlerweile ausgiebig dokumentiert, und auch die Klassenherkunft³³ der Ärzte und ihre klassenspezifischen Vorurteile³⁴ werden allmählich zur Diskussion gestellt. Die Welt-Gesundheitsorganisation gelangt inzwischen zu Schlußfolgerungen, die ihre Gründer wohl schockiert hätten: in einer neueren Publikation befürwortet die WHO eine Entprofessionalisierung der primären Gesundheitspflege und bezeichnet sie als wichtigsten Schritt zur Hebung der Volksgesundheit in allen Ländern.³⁵

Sogar die Ärzte selbst werden mißtrauisch gegen das, was Ärzte tun.³⁶ Im Rahmen einer in Neu-England durchgeführten Studie

32 Barbara Blackwell, *The Literature of Delay in Seeking Medical Care for Chronic Illnesses*, Health Education Monograph No. 16, San Francisco: Society for Public Health Education, 1963. Siehe besonders S. 14–17, über verzögerte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, bedingt durch persönliche, physische und soziale Attribute. René Lenoir, *Les Exclus*, Paris: Seuil, 1974, lenkt die Aufmerksamkeit auf das Faktum der institutionellen Erzeugung bedürftiger «Dropouts» aus verschiedenen Gesundheitsbetreuungssystemen in Frankreich.

33 G. Kleinbach, «Social Class and Medical Education», Dissertation, Department of Education, Harvard University, 1974. Charles F. Schumacher, «The 1960 Medical School Graduate: His Biographical History», *Journal of Medical Education* 36, 1961, S. 401ff., zeigt, daß mehr als die Hälfte der Medizinstudenten in USA Kinder von Akademikern oder Managern sind.

34 Howard Becker u. a., *Boys in White: Student Culture in Medical School*, 1961: Reprint, Dubuque, Iowa: William C. Brown, 1972.

35 Kenneth W. Newell, Hrsg., *Health by the People*, Genf: World Health Organization, 1975. V. Djukanovic und E. P. Mach, *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. A Joint UNICEF/WHO Study, Genf, World Health Organization, 1975. «Einzelne Aspekte dessen, was man konventionelle Gesundheits-Dienstleistungen nennen könnte, werden herausgegriffen und für die Unfähigkeit der gegenwärtigen Systeme, die fundamentalen Gesundheitsbedürfnisse in Entwicklungsländern zu befriedigen, verantwortlich gemacht.»

36 Über die Entstehung der Sozialmedizin als einer eigenständigen Disziplin siehe in erster Linie Thomas McKeon und C. R. Lowe, *An Introduction to Social Medicine*, Oxford/Edinburgh: Blackwell Scientific Publica-

wurden Ärzteaufgefordert, die Behandlung zu beurteilen, die ihren Patienten von anderen Ärzten zuteil geworden war – und die meisten äußerten sich unzufrieden. Je nach der angewendeten Bewertungsmethode hieß es von 1,4 Prozent bis 63 Prozent der Patienten, sie hätten eine *adäquate* Therapie erhalten.³⁷ Immer häufiger eröffnen Ärzte ihren Patienten, daß sie durch frühere ärztliche Eingriffe geschädigt seien und daß die nunmehrige Behandlung durch die Folgen solcher früheren Therapien notwendig sei, die zwar mitunter in lebenserhaltender Absicht vorgenommen wurden, öfter jedoch gegen Mückenstich, geringen Bluthochdruck, Grippe oder dergleichen verabfolgt wurden – oder einfach um die Konsultation zu einem für beide Seiten befriedigenden Abschluß zu bringen.³⁸ 1973 konnte ein scheidender hoher Beamter des US-Department of Health, Education, and Welfare feststellen, daß 80 Prozent aller durch sein Ministerium verwalteten Mittel keinen nachweisbaren Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung erzielten und daß der Rest überwiegend eingesetzt wurde, um iatrogene Schäden zu kurieren. Sein Nachfolger wird sich mit diesen Angaben auseinan-

tions, 1966, S. IX–XIII. Sodann Gordon McLachlan, Hrsg., *Portfolio for Health 2*, New York/Toronto: Nuffield Provincial Hospitals Trust and Oxford University Press, 1973. Zur einschlägigen deutschen Literatur siehe Hans Schaefer und Maria Blohmke, *Sozialmedizin: Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*, Stuttgart: Thieme, 1972. Zur osteuropäischen Literatur siehe Richard E. und Shirley B. Weirnerman, *Social Medicine in Eastern Europe: The Organization of Health Services and the Education of the Medical Personnel in Czechoslovakia, Hungary and Poland*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1969. Zu Italien siehe Giovanni Berlinguer, *Medicina e politica*, Bari: De Donato, 1976.

37 Robert H. Brook und Rancis A. Appel, «Quality-of-Care Assessment: Choosing a Method for Peer Review», *New England Journal of Medicine* 228, 1973, S. 1323–29. Auf Gruppenkonsens beruhende Beurteilungen – im Gegensatz zu Kriterien, die von individuellen Kritikern aufgestellt wurden – erbrachten die wenigsten akzeptablen Fälle. Robert Stevenson, Jr., «Effectiveness of Patient Care in an Emergency Room», *New England Journal of Medicine* 283, 1970, S. 904–06.

38 Jean-Pierre Dupuy, «Le Médicament dans la relation médecin-malade», *Projet* No. 75, Mai 1973, S. 532–46.

dersetzen müssen, wenn er das Vertrauen der Öffentlichkeit retten will.³⁹

Die Patienten horchen auf, und eine wachsende Zahl von Bürgerbewegungen und Organisationen rufen nach Reformen. Diese Forderungen gründen sich im wesentlichen auf fünf Kategorien der Kritik und zielen auf fünf Kategorien der Reform: (1) Die Produktion von Heilmitteln und medizinischen Dienstleistungen gehorcht nur noch ihren eigenen Zwecken. Konsumentenlobbies und die Kontrolle der Klinikleitungen durch die Konsumenten sollten daher die Ärzte zwingen, ihr Angebot zu verbessern. (2) Die Versorgung mit Heilmitteln und medizinischen Dienstleistungen ist ungerecht und willkürlich; sie ist abhängig vom Geld oder sozialen Rang des Patienten oder von gesellschaftlichen und ärztlichen Vorurteilen, die bewirken, daß z. B. Herzkrankheiten mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird als der allgemeinen Fehlernährung. Die heimlichen klinischen Vorurteile sollten durch eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens kontrolliert werden. (3) Die ständische Organisation der Ärzte verewigt Ineffizienz und Privilegien, während die professionelle Zulassungspraxis der Experten eine immer engere und spezialisiertere Auffassung von Krankheit begünstigt. Durch eine Honorierung der Ärzte auf Pro-Kopf-Basis, kombiniert mit institutionalisierter Zulassung, sollte die Kontrolle der Ärzte mit den Interessen der Patienten vereinbart werden. (4) Das Übergewicht einer Sparte der Medizin bringt die Gesellschaft um die Vorteile, die ein Wettbewerb verschiedener Sparten bieten könnte. Zum Ausgleich gegen die mit Skalpell und Gift arbeitende Medizin sollten Alphawellen-Therapie, Encountergruppen und Chiropraktik öffentliche Unterstützung erhalten. (5) Das Hauptziel der ge-

39 Arnold I. Kisch und Leo G. Reeder, «Client Evaluation of Physician Performance», *Journal of Health and Social Behavior* 10, 1969, S. 51-58. Während allgemein angenommen wird, daß die Qualitätskontrolle der ärztlichen Dienstleistung auf einer Politik der Selbstverwaltung – wie mangelhaft auch immer – beruhen müsse, zeigen die Ergebnisse einer in Los Angeles durchgeführten Studie, daß die Bewertung der ärztlichen Leistung durch die Patienten weitgehend mit einer Anzahl von Qualitätskriterien der ärztlichen Betreuung korrelierte, die von Gesundheitsexperten allgemein als gültig akzeptiert werden.

genwärtigen Medizin ist das Individuum im Zustand von Krankheit oder Gesundheit. Eine Vermehrung der Mittel für Bevölkerungs- und Umweltplanung sollte die Gesundheits-Mark strecken helfen.

Diese vorgeschlagenen Abhilfen könnten tatsächlich die aufs Konto der Übermedikalisierung gehenden sozialen Kosten etwas senken. Tatsächlich könnten die Konsumenten, falls sie sich zusammenschlossen, mehr für ihr Geld bekommen; tatsächlich hätten Wohlfahrtsbürokraten die Macht, Ungerechtigkeit und Ungleichheit zu vermindern; tatsächlich könnten eine andere Zulassungspraxis und Honorierung der Ärzte die Bevölkerung nicht nur vor nichtprofessioneller Quacksalberei, sondern manchmal auch vor professionellen Übergreifen schützen; und tatsächlich bekäme der Konsument mehr «Gesundheit» für die Mark, falls das Geld nicht mehr in die Produktion menschlicher Ersatzteile gesteckt, sondern für die Verringerung der industriellen Gefahren aufgewandt würde. Doch all diese Maßnahmen, wenn sie nicht sorgfältig abgewogen werden, sind dazu angetan, die durch die Medizin bedingte Externalisierung nur um den Preis einer weiteren Zunahme des paradoxen Kontraprodukts der Medizin zu reduzieren – nämlich ihrer negativen Auswirkung auf die Gesundheit. All diese Maßnahmen sind geeignet, eine weitere Medikalisierung voranzutreiben. Denn sie alle geben der Verbesserung der medizinischen Dienstleistungen den Vorrang vor jenen Faktoren, die die Chancen, die Fähigkeit und das Vertrauen zur Selbst-Behandlung verbessern und egalisieren würden; sie verwehren dem Menschen sein Menschenrecht auf Leben und Selbstheilung und versprechen statt dessen noch mehr aufwendige soziale Ansprüche auf Betreuung durch den Experten.

In den folgenden fünf Abschnitten werde ich auf einige dieser möglichen Gegenmaßnahmen eingehen und sie auf ihren relativen Nutzen hin untersuchen.

Konsumentenschutz für Süchtige

Sobald die Menschen sich ihrer Abhängigkeit von der Medizin-Industrie bewußt werden, verfallen sie dem Glauben, daß sie bereits

hoffnungslos gefangen seien. Eine Krankheit ohne ärztlichen Bestand durchzumachen, fürchten sie fast ebenso sehr, wie sie sich ohne Auto oder Bus zur Unbeweglichkeit verdammt fühlen. In dieser Geisteshaltung sind sie bereit, sich zum Schutz der Konsumenten zu organisieren und bei Politikern Trost zu suchen, die der Anmaßung der Medizinproduzenten entgegenzutreten sollen.⁴⁰ Die Notwendigkeit solchen Selbstschutzes liegt auf der Hand; die damit verbundenen Gefahren sind unbekannt. Die traurige, von Konsumenten-Anwälten gern vergessene Wahrheit ist, daß weder Kostenkontrolle noch Qualitätsgarantien gewährleisten können, daß eine Medizin, die heutigen medizinischen Standards entspricht, der Gesundheit dienen wird.

Konsumenten, die sich zusammengetan haben, um General Motors zu zwingen, ein vernünftiges Auto zu produzieren, fühlen sich kompetent genug, um unter die Motorhaube zu blicken und Kriterien für die Festsetzung der Kosten einer saubereren Abgasanlage zu entwickeln. Wenn sie sich zusammenschließen, um eine bessere Gesundheitsbetreuung zu fordern, dann sind sie gleichwohl – irrtümlich – überzeugt, sie seien inkompetent zu entscheiden, was für ihre Gedärme und ihre Nieren gut ist, und vertrauen sich bei jeder notwendigen Reparatur blindlings dem Arzt an. Vergleiche zwischen der Gesundheitspraxis verschiedener Kulturen bieten wenig Aufschluß. Vitaminpräparate werden in England siebenmal so häufig verschrieben wie in Schweden; Gammaglobulinpräparate werden in Schweden achtmal häufiger verordnet als in England. Amerikanische Ärzte operieren im Durchschnitt zweimal so oft wie britische; französische Chirurgen amputieren bekanntlich fast bis

⁴⁰ Beispiele für amtliche Berichte über die Forschung im Dienst von Konsumentenanwälten auf dem Gebiet der Gesundheit bietet Robert S. McCleery, *On Life – One Physician*, Washington, D. C.: Public Affairs Press, 1971; ebenso Joseph Page und Mary-Win O'Brien, *Bitter Wages: The Report on Disease and Injury on the Job*, Ralph Nader's Study Group Reports, New York: Grossman, 1973, eine Verurteilung der industriellen und berufsständischen Medizin, wie sie bis 1968 praktiziert wurde. Die kraß mangelhafte Berichterstattung über am Arbeitsplatz zugezogene Verletzungen nährt die Auffassung, daß deren Hauptursache die Unvorsicht der Arbeiter sei.

zum Hals hinauf. Die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthalts variiert nicht je nach Krankheit, sondern je nach Arzt: bei Magengeschwüren 6 bis 26 Tage; bei Myokardialinfarkt 10 bis 30 Tage. Der durchschnittliche Aufenthalt in einem französischen Krankenhaus dauert doppelt so lange wie in einem US-amerikanischen. Blinddarmoperationen sowie die Diagnose: Tod durch Appendizitis, sind in Deutschland dreimal häufiger als andernorts.⁴¹

Titmuss⁴² hat auf die Schwierigkeit einer Kosten-Nutzen-Rechnung in der Medizin hingewiesen – besonders in einer Zeit, da die ärztliche Betreuung jene Merkmale verliert, die sie auszeichneten, als sie ausschließlich eine persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient war. Ärztliche Betreuung ist ein unsicheres, unberechenbares Konsumgut; viele Konsumenten wollen sie nicht, wissen nicht, daß sie ihrer bedürfen, und können nicht absehen, was sie kosten wird. Sie können nicht aus Erfahrung lernen. Sie müssen dem Lieferanten glauben, der ihnen sagt, daß sie gut bedient wurden, und sie können die Dienstleistung nicht an den Verkäufer zurückgeben oder auf Garantie reparieren lassen. Für medizinische Dienstleistungen wird nicht wie für andere Waren geworben, und die Produzenten unternehmen alles, um Vergleiche zu verhindern. Sobald der Konsument geordert hat, kann er sich nicht mehr mitten in der Behandlung anders entscheiden. Indem der Medizin-Produzent definiert, was Krankheit ist, hat er die Macht, seine Konsumenten auszuwählen und Produkte zu vermarkten, die dem Patienten, falls nötig, mit Polizeigewalt aufgezwungen werden: die Produzenten können sogar die Zwangseinweisung von Kranken in die Klinik und von geistig Zurückgebliebenen in Anstalten verkaufen. Etliche Ver-

⁴¹ Mehr Daten und Hinweise gibt Michael H. Cooper, *Rationing Health Care*, London: Halsted Press, 1975, sowie International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D. C., März 1975. Man beachte auch, daß die durchschnittliche Zeitdauer, die der Patient im Krankenhaus verbringt, zwischen Ländern mit vergleichbarem BSP stark variiert, selbst wenn diese Länder arm sind. In Senegal sind es 24 Tage, in Thailand 5,8.

⁴² Richard M. Titmuss, «The Culture of Medical Care and Consumer Behavior», in F. N. L. Poynter, Hrsg., *Medicine and Culture*, London: Welcome Institute, 1969, Kap. 8, S. 129–35.

fahren wegen ärztlicher Kunstfehler haben das Ohnmachtsgefühl des Laien in dieser Hinsicht wenig beschwichtigt,⁴³ doch viel ist damit nicht gewonnen, denn sie haben den Patienten darin bestärkt, eine Behandlung zu verlangen, die nach *ärztlicher* Auffassung als adäquat gilt. Kompliziert wird die Sache noch dadurch, daß es keinen «normalen» Konsumenten von medizinischen Dienstleistungen gibt. Niemand kann sagen, was Gesundheitsbetreuung ihm in Geldeswert oder geduldetem Schmerz wert ist. Außerdem weiß niemand, ob er die vorteilhafteste Form der Gesundheitsbetreuung vom Medizin-Produzenten oder vom fliegenden Händler erhält oder ob er nicht besser in seinem Betrieb die Nachtschichtarbeit verweigert. Die Familie, die auf ein Auto verzichtet, um in die Innenstadt von Manhattan oder München zu ziehen, kann absehen, wie der Tausch: Benzinkosten gegen Mietkosten sich auf ihr Zeitbudget auswirken wird; aber der Patient, der sich nach einer Krebsdiagnose lieber operieren läßt, statt sich einen schönen Urlaub auf den Bahamas oder am Mittelmeer zu gönnen, weiß nicht, wie diese Entscheidung sich auf die ihm verbleibende Gnadenfrist auswirken wird. Die Gesundheitsökonomie ist eine merkwürdige Disziplin; sie erinnert irgendwie an den Ablaßhandel, der in der Zeit vor Luther blühte. Man kann nicht nachrechnen, wieviel die Mönche einnehmen; man kann die Kirchenkuppeln bewundern, die sie bauen; man kann den Messen beiwohnen, die sie zelebrieren; aber man kann nur mutmaßen, was der Handel mit dem Fegefeuer-Nachlaß der Seele nach dem Tod einbringen wird. Planspiele, die mit der Bereitschaft des Steuerzahlers rechnen, die steigenden Medizinkosten zu bezahlen, stellen ein ähnliches scholastisches Rätselraten hinsichtlich der neuen, weltumspannenden Kirche der Medizin dar. Nur ein Beispiel: Man kann Gesundheit als dauerhaftes Kapital auffassen, das eingesetzt wird, um einen Output: «gesunde Lebenszeit», zu produzieren.⁴⁴ Der einzelne erbt ein Anfangskapital, das

43 Prozesse wegen ärztlicher Kunstfehler führen dazu, daß der Patient seinen Körper als eine Form von Kapitalinvestition wahrnimmt. Siehe z. B. Nathan Hersey, «The Defensive Practice of Medicine – Myth or Reality?», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50, Januar 1972, S. 69–98.

44 Michael Grossman, «On the Concept of Health Capital and the De-

er durch Investitionen in die Kapitalisierung von Gesundheit – durch den Erwerb von medizinischer Betreuung oder durch gute Ernährung und Wohnverhältnisse – vermehren kann. «Gesunde Lebenszeit» ist ein aus zwei Gründen beehrter Artikel. Als Konsumgut ist er für den einzelnen von unmittelbarem Nutzen; der Mensch ist lieber gesund als krank. Daneben kommt er als Investitionsgut auf den Markt. In dieser Funktion bestimmt «gesunde Lebenszeit» die Zeitspanne, die der einzelne mit Arbeit und Spiel, mit Geldverdienen oder Erholung verbringen kann. Die «gesunde Lebenszeit» des einzelnen läßt sich also als entscheidender Index für seinen gesellschaftlichen Wert als Produzent auffassen.⁴⁵

Die Auseinandersetzungen um die Gesundheitspolitik und die Theorien über den Geldwert der «Gesundheits»-Produktion trennen die Anhänger der streitenden akademischen Fraktionen, ganz ähnlich wie der Realismus/Nominalismus-Streit die Theologen des Mittelalters schied.⁴⁶ Doch zu dem einzigen Punkt, der den Konsumenten interessiert, stellen sie nur in weitschweifiger Form fest, was jeder mexikanische Maurer weiß: nur an den Tagen, wenn er gesund genug ist, um arbeiten zu gehen, kann er seinen Kindern Bohnen und Tortillas mitbringen und mit seinen Freunden einen Tequila trinken.⁴⁷ Der Glaube an eine Kausalbeziehung zwischen

mand for Health», *Journal of Political Economy* 80, März–April 1972, S. 223–55.

45 P. E. Enterline, «Sick Absence in Certain Western Countries», *Industrial Medicine and Surgery* 33, Oktober 1964, S. 738.

46 Zur Orientierung über die Literatur siehe Kathleen N. Williams, *Health and Development: An Annotated Indexed Bibliography*, Baltimore: Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Department of International Health, 1972, 931 Titel über – wie auch immer gemessene – Gesundheit und ihre angenommene Beziehung zur ökonomischen Entwicklung. Aufgestellt als Arbeitsmittel für den Gesundheitsplaner, doch besonders wertvoll wegen der Literaturhinweise und Zusammenfassungen von osteuropäischen Studien.

47 Herbert Pollack und Donald R. Sheldon, «The Factor of Disease in the World Food Problem», *Journal of the American Medical Association* 212, 1970, S. 598–603. Kranke Menschen verbrauchen mehr Nahrung pro verrichteter Arbeitseinheit und produzieren auch weniger Arbeit. Auf bei-

Arztrechnung und Gesundheit – eigentlich müsste man von einem modernen Aberglauben sprechen – ist die grundlegende technische Voraussetzung, von der die Medizin-Ökonomen ausgehen.⁴⁸

Um den ökonomischen Wert der spezifischen Aktivitäten des Arztes zu legitimieren, wurden verschiedene Systeme entwickelt. Die sozialistischen Länder übernehmen die gesamte Finanzierung der Gesundheitsbetreuung und überlassen es den Ärzten, zu definieren, was notwendig ist, wie es getan werden soll, wer es tun darf, was es kosten soll und wer es bekommt. Ungenieter als anderswo scheinen die Investitionen in das menschliche Kapital in Rußland durch solche Input-Output-Kalkulationen bestimmt.⁴⁹ Die meisten Wohlfahrtsstaaten greifen mit Gesetzen und Prämien-systemen in die Organisation ihrer Gesundheitsmärkte ein, aber nur in den USA gibt es staatliche Gesetze, nach denen Produzentenausschüsse bestimmen, welche unter den auf dem «freien Markt» angebotenen Produkten der Staat als «gute Behandlung» anerkennen soll. Ende 1973 unterzeichnete Präsident Nixon das Public Law 92-603, das die Pflicht zur Kosten- und Qualitätskontrolle (durch berufsständische Normen-Kontrollausschüsse – *Professional Standard Review Organizations*) für medizinische Hilfe (*Medicaid*) und ärztliche Betreuung (*Medicare*) festschrieb: jenen aus Steuermitteln finanzierten Sektor der Gesundheitsindustrie, der seit 1972 den zweiten Platz hinter dem militärisch-industriellen

derlei Weise trägt endemische Krankheit zum Nahrungsmangel der Welt bei.

48 Ralph Audy, «Health as Quantifiable Property», *British Medical Journal*, 1973, No. 4, 486–87. Audy ist einer der wenigen Autoren, die über banale ökonomische Sachverhalte hinausgehen und ein Modell für die Dimensionsanalyse der Beziehung des Menschen zu seiner Umwelt entwickeln. Gesundheit betrachtet er als ein dauerhaftes Gut, das potentiell gemessen werden kann durch die Fähigkeit des Menschen, «bei Gefahr seine Kräfte zur Anpassung zu sammeln». Wie schnell und erfolgreich dieses Kräftesammeln geschieht, ist abhängig von dem Maß an Schutz, das die gewohnten «Kokons» des Menschen und die allgemeine «Gesundheit» der Gesellschaft ihm bieten.

49 Siehe Williams, *Health and Development*, das Kapitel über die sowjetische Medizin-Ökonomie.

Komplex einnimmt. Harte finanzielle Sanktionen drohen dem Arzt, der sich weigert, seine Unterlagen staatlichen Prüfern vorzulegen, die nach Beweisen für übermäßige Inanspruchnahme von Krankenhauseinrichtungen, Betrug oder mangelhafte Behandlung fahnden. Das Gesetz zwingt die ärztlichen Standesorganisationen, Richtlinien für die Diagnose und Therapie einer langen Liste von Verletzungen, Krankheiten und Gesundheitszuständen zu erarbeiten, und rechtfertigt damit das kostspieligste Programm der Welt für die – durch gesetzlichen Konsumentenschutz legitimierte – Medikalisation der Gesundheits-Produktion.⁵⁰ Das neue Gesetz garantiert die von der Industrie für die Ware festgelegte Norm. Es fragt nicht, ob ihre Bereitstellung die Gesundheit der Menschen positiv oder negativ beeinflusst.

Noch stets sind Versuche gescheitert, eine rationale politische Kontrolle über die Produktion medizinischer Gesundheit auszuüben. Der Grund liegt in der Natur des Produkts «Medizin» – eines Produkts, das aus Chemikalien, Apparaten, Gebäuden und Spezialisten besteht und an den Kunden geliefert wird. Nicht der Kunde oder der Politiker, sondern der Lieferant bestimmt den Umfang der Lieferung. Der Patient wird auf ein zu reparierendes Objekt – seinen Körper – reduziert; er ist nicht mehr ein Subjekt, dem geholfen

50 Claude Welch, «Professional Standards Review Organizations – Pros and Cons», *New England Journal of Medicine* 290, 1974, S. 1319 ff.; desgl. 289, 1973, S. 291–95. David E. Willett, «PSRO Today: A Lawyer's Assessment», *New England Journal of Medicine* 292, 1975, S. 340–43; siehe auch das redaktionelle Vorwort zu diesem Artikel in der gleichen Nummer, S. 365.

Victor W. Sidel, «Quality for Whom? Effects of Professional Responsibility for Quality of Health Care on Equity», in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (Second Series), Bd. 52, No. 1, Januar 1976, S. 164–76. Wenn Experten sich nicht auf die Rolle bloß technischer Berater in Sachen Qualitätskontrolle beschränken, wird die Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen (1) als Aufbesserung des Selbstbildes der Experten definiert, (2) als Instrument technischer Faktoren verstanden, das (3) eher der Technologie als der Gerechtigkeit dient, und wirkt sich (4) auch in den Augen der Gesellschaft zum Schaden der Gesundheit aus. Ein wichtiger Gesichtspunkt!

wird zu gesunden. Falls man ihm gestattet, am Prozeß der Reparatur mitzuwirken, ist er der geringste Lehrling in einer Hierarchie von Mechanikern.⁵¹ Oft traut man ihm nicht einmal zu, ohne Aufsichtigung durch die Krankenschwester eine Pille zu nehmen.

Das Argument, daß eine institutionalisierte (kurative oder präventive) Medizin keinen weiteren Zuwachs an «Gesundheit» erbringt, kann dazu mißbraucht werden, vom Arzt abhängige Patienten zu Klienten irgendeiner anderen Dienstleistungshegemonie zu machen: Pflegeheime, Sozialarbeiter, Berufsberater, Schulen.⁵² Was als Verteidigung der Konsumenten gegen inadäquate medizinische Dienstleistungen begann, könnte zuerst der Ärzte-Zunft die Garantie einer anhaltenden Nachfrage bieten und ihnen dann das Recht einräumen, einige dieser Dienstleistungen an andere Industriezweige zu delegieren: an die Produzenten von Nahrungsmitteln, Matratzen, Urlaubsreisen oder Schulbildung. Konsumentenschutz entartet also schnell zu einer Kampagne, die unabhängige Menschen um jeden Preis zu abhängigen Klienten macht.

Solange der Konsumentenschutz den Klienten nicht von seinem irrigen Verlangen nach immer mehr Dienstleistungen befreit, kann er nur das stille Einverständnis zwischen Geber und Empfänger stärken und nur eine taktische und transitorische Bedeutung für eine politische Bewegung haben, die auf eine an wahrer Gesundheit orientierte Begrenzung der Medizin zielt. Bürgerbewegungen, die sich dem Schutz der Konsumenten verschrieben haben, können Informationen über die Ineffizienz der Medizin, die heute in der medizinischen Fachpresse begraben liegen, in eine politische Sprache übersetzen, aber sie können nur dann einen wesentlichen Beitrag zur Befreiung der Menschen leisten, wenn sie sich zu Bürgerrechtsbewegungen entwickeln und von der Qualitäts- und Kostenkontrolle zur Verteidigung der unbefremdeten Freiheit, die angebotenen Waren zu nehmen oder abzuweisen, übergehen. Jede Form der Abhängigkeit wird bald zum Hemmnis für die autonome gegen-

⁵¹ Tom Dewar, «Some Notes on the Professionalization of the Client», CIDOC Document IV 73/37, Guernavaca, 1973.

⁵² Robert J. Haggerty, «The Boundaries of Health Care», *Pharos*, Juli 1972, S. 106–11.

seitige Gesundheitspflege, Lebensbewältigung, Realitätsanpassung und Heilung – und was noch schlimmer ist: zu einem Trick, der die Menschen davon abhält, die krankmachenden Verhältnisse am Arbeitsplatz und zu Hause zu verändern. Eine Kontrolle, die beim produktiven Sektor des Medizin-Betriebs ansetzt, kann nur dann bessere Gesundheit bewirken, wenn sie wenigstens zu einer sehr beträchtlichen Verringerung seines Gesamtprodukts führt und nicht nur zur technischen Verbesserung der angebotenen Erzeugnisse.

Gleiches Recht auf Beschädigung

Die politische Diskussion um das Gesundheitswesen geht meist – und scheinbar vernünftig – von der Anklage aus, daß das Recht auf medizinische Betreuung ungleich verteilt sei, daß die Reichen gegenüber den Armen⁵³, die Einflußreichen gegenüber den Ohnmächtigen begünstigt werden. Das Niveau der medizinischen Dienstleistungen, die den Angehörigen der technischen Elite zuteil werden, variiert zwar nur unwesentlich von Land zu Land – etwa von Schweden oder der Tschechoslowakei zu Indonesien oder Se-

⁵³ Health Policy Advisory Committee, *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, Hrsg. Barbara und John Ehrenreich, New York: Random House, 1970. Seit Ende der 60er Jahre spielt das Health Policy Advisory Center, 17 Murray St., New York 10007, eine wichtige Rolle bei der Aufdeckung jener technischen und organisatorischen Störungen, die in das US-Gesundheitssystem infolge seines kapitalistischen Ausbeutungscharakters eingebaut sind. Das *Health-PAC Bulletin*, bei der gleichen Adresse erscheinend, gibt wertvolle Berichte über den Fortgang dieser Kritik. Die Ehrenreichs sind vermutlich repräsentativ für das Denken ihrer Gruppe zum Zeitpunkt der Veröffentlichung. Die Verflechtung der Gesundheitsberufe, der Gesundheitsindustrie und der staatlichen Gesundheitsbürokratien fördert in jeder dieser Körperschaften Merkmale, die auch für multinationale Unternehmen typisch sind. Diese allgemeinen Merkmale verbinden sich zu einem «Komplex», der darauf eingestellt ist, infantile, rassistische und sexistische Reaktionen bei denen zu verstärken, die er mit subtiler oder grober Willkür hätschelt. Der Ausschluß des Profitmotivs und die allgemeine Beteiligung der Gesunden und Kranken an den politischen Entscheidungsprozessen würde das System verantwortlicher, gerechter und für die Gesundheitspflege effektiver machen.

negal –, doch der Wert der Dienstleistungen, die der Durchschnittsbürger in den verschiedenen Ländern erhält, variiert im Verhältnis von mehr als 1 : 1000.⁵⁴ In vielen Ländern sind die Wenigen sozial prädestiniert, mehr zu erhalten als die Vielen, und zwar nicht weil sie reich sind, sondern weil sie die Kinder von Militärs und Bürokraten sind oder weil sie in der Nähe eines großen Krankenhauses wohnen. In den reichen Ländern sind die Angehörigen der verschiedenen Minoritäten unterprivilegiert, und zwar nicht, weil für ihre medizinische Betreuung zwangsläufig weniger ausgegeben wird, als ihnen nach ihrer Zahl zusteht⁵⁵, sondern weil sie wesentlich weniger erhalten, als sie zu begehren gelernt haben. Der Slumbewohner kann den Arzt nicht erreichen, wenn er ihn braucht – und noch schlimmer: die Alten, wenn sie arm und in ein «Heim» eingesperrt sind, können sich ihm nicht entziehen. Aus diesen und ähnlichen Gründen münzen politische Parteien das Verlangen nach Gesundheit in die Forderung nach gleichem Zugang zu medizinischen Institutionen um.⁵⁶ In der Regel zweifeln sie nicht an den Gü-

⁵⁴ In Obervolta, Zentralafrika, werden jährlich etwa 25 Millionen \$ für sämtliche medizinischen Dienstleistungen, einschließlich Medikamenten ausgegeben, die innerhalb des Landes konsumiert werden. Den doppelten Betrag wendet die Regierung auf, um einige wenige Kranke nach Paris zu transportieren und sie in ein dortiges Krankenhaus einzuweisen. Dies entspricht der gesamten nichtmilitärischen Wirtschaftshilfe von 50 Millionen \$, die Frankreich seiner Ex-Kolonie im Jahr gibt. Entnommen aus dem stets bestens informierten Humorblatt für den französischen Bürokraten *Le Canard Enchaîné*. 1. Januar 1975.

⁵⁵ Nathan Glazer, «Paradoxes of Health Care», *Public Interest* 22, Winter 1971, S. 62–77. Familien mit niedrigem Einkommen erhalten in den USA nicht weniger, sondern mehr Gesundheitsdollar als die unmittelbar über ihnen stehende Einkommensgruppe.

⁵⁶ Einen für die Erzeugung von Bedürfnissen nützlichen Begriffsbau bietet Jonathan Bradshaw, «A Taxonomy of Social Need», in Gordon McLachlan, Hrsg., *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research*, New York: Oxford University Press, 1972, 7, S. 67–82. Zur Klärung und Erläuterung dessen, was geschieht, wenn im Sozialdienst stehende Bürokraten die Befriedigung eines gesellschaftlichen Bedürfnisses planen, unterscheidet Bradshaw zwölf verschiedene Situationen, je nach

tern, die das Medizin-System produziert, sondern beharren darauf, daß ihre Anhänger ein Recht auf all das haben, was für die Privilegierten produziert wird.⁵⁷

In armen Ländern haben die armen Majoritäten eindeutig weniger Zugang zu medizinischen Dienstleistungen als die Reichen:⁵⁸ die für die Reichen bereitgestellten Dienstleistungen beanspruchen den größten Teil des Gesundheitsbudgets und berauben die Mehrheit überhaupt jeglicher Betreuung. In ganz Lateinamerika, mit Ausnahme Kubas – beendet nur eines unter vierzig Kindern aus dem ärmsten Fünftel der Bevölkerung die fünfjährige Pflichtschul-

Vorhandensein oder Fehlen eines von vier Bedürfnisfaktoren: (1) normatives Bedürfnis, durch Experten oder Fachwissen definiert; (2) subjektiv empfundenes Bedürfnis, durch den Wunsch definiert; (3) ausgedrücktes Bedürfnis oder Nachfrage; komparatives Bedürfnis, festgestellt durch die Untersuchung der Charakteristika einer Population von Dienstleistungsempfängern (jene mit ähnlichen Charakteristika, die noch nicht Empfänger der betreffenden Dienstleistung sind, werden dann als bedürftig definiert). Siehe auch Kenneth Boulding, «The Concept of Need for Health Services», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, Oktober 1966, S. 202–23. Richard Titmuss' Testament zu diesem Thema, siehe *Social Policy: An Introduction*, New York: Pantheon Books, 1975, besonders Kap. 10, «Values and Choices», S. 132–41.

⁵⁷ Kadushin, «Social Class and the Experience of Ill Health». Angehörige der Oberschicht sind immer geschickter bei der Ausnutzung öffentlich finanzierter medizinischer Dienste, aufgrund ihrer höheren Bildung und manchmal ihrer Fähigkeit, sich durch kleine Zahlungen Zugang zu großen Vergünstigungen zu verschaffen.

⁵⁸ Jésus M. de Miguel, «Framework for the Study of National Health Systems», paper submitted to Eight World Congress of Sociology, August 1974, Mimeo. Versucht regionale Unterschiede innerhalb der Länder mit der Analyse der Unterschiede zwischen den Ländern zu verbinden. Siehe Tabelle 1, zur Chronotopologie der vergleichenden Forschung über Gesundheitssysteme seit 1930. Kerr L. White u. a., «International Comparisons of Medical-Care Utilization», *New England Journal of Medicine* 227, 1967, S. 516–22. White weist auf die methodologischen Schwierigkeiten hin, die mit der simultanen Messung einer abhängigen Variablen wie «Nutzung» unter so verschiedenen Bedingungen wie in England, Jugoslawien und der USA verbunden sind.

le⁵⁹; ein ähnlicher Prozentsatz der Armen kann mit einer Behandlung im Krankenhaus rechnen, wenn sie ernsthaft erkranken. In Venezuela kostet ein Tag im Krankenhaus das Zehnfache des durchschnittlichen Tageseinkommens; in Bolivien etwa das Vierzigfache des durchschnittlichen Tageseinkommens.⁶⁰ Überall in Lateinamerika bilden die Reichen jene 3 Prozent der Bevölkerung, denen Akademiker, Gewerkschaftsführer, Parteifunktionäre und Mitglieder jener Familien angehören, die durch Geld oder einfach Beziehungen Zugang zu medizinischen Dienstleistungen haben. Diese Wenigen erhalten eine kostspielige Behandlung, überwiegend durch Ärzte ihrer Wahl. Die meisten Ärzte, die der gleichen Klasse entstammen wie ihre Patienten, sind mit staatlichen Stipendien nach internationalen Maßstäben ausgebildet.⁶¹

Abgesehen vom ungleichen Zugang zur Krankenpflege, ist das Angebot von medizinischen Dienstleistungen nicht unbedingt vom persönlichen Einkommen der Nutznießer abhängig. In Mexiko haben etwa 3 Prozent der Bevölkerung Anspruch auf Versorgung durch das *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE), jene besondere Abteilung des Sozialversicherungssystems, die immer noch dafür bekannt ist, daß sie persönliche Betreuung mit hochentwickelter Technologie vereint. Diese begünstigte Gruppe besteht aus Staatsangestellten, die – seien es Minister oder Büroboten – wirklich gleich behandelt werden und mit hochqualifizierter Betreuung rechnen können, weil sie Nutznießer eines Demonstrationsmodells sind. Folglich erzählen die Zeitungen dem Schulmeister in einem abgelegenen Dorf, daß die

59 David Barkin, «Access to and Benefits from Higher Education in Mexico», Erstentwurf, als Diskussionsbeitrag. CIDOC Dokument A/E 285, Guernavaca, 1970.

60 Arnoldo Gabaldón, «Health Service and Socio-economic Development in Latin America», *Lancet*, 1969, 1, S. 739–44. Gunnar Adler-Karlsson, «Unequal Access to Health Within and Between Nations», Referat auf dem Symposium des Gottlieb-Duttweiler-Instituts über die «Grenzen der Medizin», 24–26. März 1975, Mimeo.

61 Joseph ben David, «Professions in the Class System of Present-Day Societies: A Trend Report and Bibliography», *Current Sociology* 12, 1963–64, S. 247–330.

mexikanische Chirurgie auf der gleichen Höhe steht wie ihr Gegenstück in Chicago und daß die Chirurgen, die ihn operieren werden, dem gleichen fachlichen Standard entsprechen wie ihre Kollegen in Houston. Wenn ein hoher Beamter ins Krankenhaus kommt, dann ist er vielleicht ein wenig verlegen, weil er zum ersten Mal im Leben mit einem Arbeiter das Zimmer teilen muß, aber er ist auch stolz auf das hohe Maß an Sozialismus, das seine Nation beweist, indem sie dem Chef dasselbe bietet wie dem Pfortner. Beide Patientengruppen übersehen gern die Tatsache, daß sie gleichermaßen privilegierte Ausbeuter sind. Die Bereitstellung von Betten, klinischem Gerät, Verwaltungsdiensten und technischer Gesundheitsbetreuung für 3 Prozent der Bevölkerung verschlingt ein Drittel des öffentlichen Gesundheitsbudgets des ganzen Landes. Um zu gewährleisten, daß in armen Ländern alle Armen gleichen Zugang zu medizinischer Betreuung von einheitlicher Qualität hätten, müßte die heutige Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe weitgehend abgeschafft werden. Eine effektive medizinische Grundversorgung für die ganze Bevölkerung könnte jedoch so billig sein, daß jedermann es sich leisten könnte, vorausgesetzt, daß niemand mehr bekäme als der andere, und ungeachtet der sozialen, ökonomischen, medizinischen oder persönlichen Gründe, die für eine Sonderbehandlung sprechen mögen. Wenn in den armen Ländern der Gesichtspunkt der Gleichheit Priorität hätte und die medizinische Betreuung auf die fundamentalen Dienstleistungen einer effektiven Medizin beschränkt bliebe, dann wären ganze Bevölkerungen motiviert, sich an der Entmedikalisierung des modernen Gesundheitswesens zu beteiligen und genügend Kenntnisse und Vertrauen zur Selbstbehandlung zu erwerben – womit sie ihre Länder vor der sozialen Iatrogenese bewahren würden.

In den reichen Ländern verhält sich die Gesundheits-Ökonomie ein wenig anders.⁶² Auf den ersten Blick scheint die Versorgung der

62 Eine vereinfachende visuelle Darstellung gibt Elizabeth L. White, «A Graphic Presentation on Age and Income Differentials in Selected Aspects of Morbidity, Disability and Utilization of Health Services», *Inquiry* 5, No. 1, 1968, S. 18–30. Eine detailliertere Analyse auf neuestem Stand bieten R. Anderson und John F. Newnan, «Societal and Individual Determi-

Armen eine weitere Erhöhung des gesamten Gesundheitsbudgets zu erfordern.⁶³ Je mehr Menschen aber von der Versorgung durch Dienstleistungs-Institutionen abhängig werden, desto schwieriger wird es, Gerechtigkeit mit gleichem Zugang und gleicher Nutznießung gleichzusetzen.⁶⁴ Ist Gerechtigkeit verwirklicht, wenn gleiche Geldbeträge für die Erziehung von Reichen und Armen aufgewandt werden, oder setzt sie vielmehr voraus, daß die Armen die gleiche «Erziehung» genießen, obwohl für sie mehr ausgegeben werden muß, um die gleichen Resultate zu erzielen? Oder muß das Erziehungssystem, um gerecht zu sein, gewährleisten, daß die Armen

nants of Health Care in the USA», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Winter 1973, S. 95-124.

63 Zur Verbindung zwischen Arbeit und Krankheit in den USA siehe John Kosa u. a., Hrsg., *Poverty and Health: A Sociological Analysis*, Commonwealth Fund Book, Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1969. Diese Aufsatzsammlung ist ein Plädoyer für die staatliche Krankenversicherung. Herbert T. Birch und Joan Dye Gussow, *Disadvantaged Children: Health, Nutrition and School Failure*, New York: Harcourt Brace, 1970. Obwohl die Autoren an den Wert von mehr medizinischer Betreuung für die Armen glauben, zeigen sie, daß die Therapie-unabhängigen Faktoren, welche die Gesundheit armer Kinder beeinträchtigen, die weit aus wichtigsten sind.

64 Das Verhältnis zwischen Mortalität und medizinischer Betreuung einerseits und Umweltvariablen andererseits wird untersucht von Richard Auster u. a., «The Production of Health: An Exploratory Study», *Journal of Human Resources* 4, Herbst 1969, S. 411-36. Wenn Erziehung und medizinische Betreuung kontrolliert werden, dann ist hohes Einkommen mit hoher Sterblichkeit verbunden. Dies reflektiert vermutlich die ungünstige Ernährung, den Bewegungsmangel und die psychischen Spannungen bei den reicheren Gruppen. Nachteilige Faktoren, die mit der Zunahme des Einkommens verbunden sind, können die günstigen Wirkungen einer quantitativen und qualitativen Zunahme der medizinischen Betreuung zu nichte machen. Die besondere Gefährdung ist nichts Neues. S. Gilfillan, «Roman Culture and Systemic Lead Poisoning», *Mankind Quarterly* 5, Januar 1965, S. 55-59. Die Untersuchung von Knochenfunden aus römischen Friedhöfen des 3. Jahrhunderts zeigt eine hohe Bleikonzentration. Die Vergiftung war vermutlich dadurch bedingt, daß die Amphoren, in denen Wein aus Griechenland importiert wurde, mit Blei versiegelt wurden.

nicht mehr Demütigungen erdulden als die Reichen, mit denen sie auf der akademischen Stufenleiter konkurrieren? Oder ist Gerechtigkeit der Ausbildungschancen gewährleistet, wenn alle Bürger des gleichen Bildungsmilieus teilhaftig werden? Diese Auseinandersetzung, bei der es um Gerechtigkeit kontra Gleichheit beim Zugang zu institutioneller Betreuung geht und die bereits im Bildungssektor geführt wird, zeichnet sich heute auch auf dem Gebiet der Medizin ab.⁶⁵ Anders als im Bildungssektor läßt sich die Streitfrage im Gesundheitswesen jedoch aufgrund der vorhandenen empirischen Erfahrungen leicht entscheiden. Die Pro-Kopf-Kosten der Gesundheitsversorgung – selbst für den ärmsten Teil der US-Bevölkerung – zeigen, daß die Trennlinie, wo eine solche Versorgung iatrogen wird, längst überschritten ist. In reichen Ländern ist das Gesamtbudget der medizinischen Dienstleistungen für die Armen, wenn es für Dinge aufgewandt würde, die der Selbstbehandlung dienen, mehr als ausreichend. Mehr Mittel, selbst wenn sie ausschließlich für diejenigen eingesetzt würden, die heute weniger erhalten, würden nur den Zugang zu medizinischen Illusionen und Schädigungen egalisieren.

Es gibt zwei Aspekte von Gesundheit, nämlich Freiheiten und Rechte. Vor allem bezeichnet Gesundheit jenen autonomen Spielraum, innerhalb dessen der Mensch eine Kontrolle über seine eigene biologische Verfassung und über die Bedingungen seines unmittelbaren Milieus ausübt. In diesem Sinn ist Gesundheit identisch mit dem Maß an erlebter Freiheit, das er genießt. Das Gesetz sollte vor allem die gerechte Verteilung von Gesundheit und Freiheit garantieren, und diese wiederum ist von Umweltbedingungen abhängig, die nur durch organisierte politische Bemühungen zu erreichen sind. Ist aber eine gewisse Intensität der Gesundheitsbetreuung erreicht, dann muß diese, mag sie auch noch so gerecht verteilt sein, Gesundheit – als Freiheit – ersticken. In diesem grundlegenden Sinn ist Gesundheitspflege eine Sache der geordneten Freiheit. Untrennbar von diesem Konzept ist das Beharren auf der unveräußerlichen Freiheit, gewisse Dinge zu tun, und hier muß man zwischen bürger-

65 Rashi Fein, «On Achieving Access and Equity in Health Care», *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50, Oktober 1972, S. 34.

licher Freiheit und Bürgerrechten unterscheiden. Die Freiheit, ohne staatliche Bevormundung zu handeln, deckt einen weiteren Bereich als die Bürgerrechte, die der Staat kodifizieren mag, um zu gewährleisten, daß die Menschen den gleichen Anspruch auf gewisse Güter oder Dienstleistungen haben.

Bürgerliche Freiheiten zwingen für gewöhnlich andere nicht, nach meinen Wünschen zu handeln; jemand mag seine Meinung über die Regierung frei äußern, doch dies verpflichtet keine Zeitung, diese Meinung zu drucken. Jemand mag es für notwendig halten, bei seiner Art Gottesdienst Wein zu trinken, aber keine Moschee braucht ihn deshalb innerhalb ihrer Mauern willkommen zu heißen. Gleichzeitig aber kann der Staat als Garant solcher Freiheiten Gesetze erlassen, die das gleiche Recht aller schützen, ohne daß die Staatsbürger auf den Genuß ihrer Freiheit verzichten müßten. Solche Gesetze geben der Gleichheit einen Sinn, während Freiheitsrechte der Freiheit Gestalt geben. Ein sicheres Mittel, die Freiheit der Rede, des Lernens oder des Heilens zu beseitigen, besteht darin, diese Bürgerrechte in Bürgerpflichten umzuwandeln. Die Rechte des Autodidakten werden in einer übermäßig verschulten Gesellschaft ebenso beschnitten, wie das Recht auf Gesundheitspflege durch Übermedikalisierung erstickt werden kann. Jeder Wirtschaftssektor kann so stark expandieren, daß im Namen immer kostspieligerer Gleichheit Freiheitsrechte aufgehoben werden.

Hier haben wir es mit Bewegungen zu tun, die die Auswirkungen einer sozial iatrogenen Medizin durch politische und legale Kontrolle der Verwaltung, Verteilung und Organisation der medizinischen Dienstleistungen aufheben wollen. Insofern die Medizin aber ein öffentliches Gut ist, kann keine Reform Erfolg haben, solange sie nicht die Priorität zweier Schranken berücksichtigt. Die eine betrifft das schiere Volumen der institutionellen Betreuung, die der einzelne beanspruchen darf: niemand soll so umfangreiche medizinische Dienstleistungen beziehen, daß seine Behandlung anderen die Chance auf eine – pro Kopf umgerechnet – beträchtlich billigere Betreuung nimmt, wenn sie ihrer Meinung nach (und nicht nur nach Meinung eines Experten) einen ähnlich dringenden Anspruch auf die gleichen öffentlichen Mittel anmelden können. Umgekehrt sollen niemandem gegen seinen Willen medizinische Dienstleistungen

aufgezwungen werden: niemand soll ohne seine Einwilligung im Namen der Gesundheit verhaftet, eingesperrt, hospitalisiert, therapiert oder sonstwie belästigt werden. Die zweite Schranke betrifft den Medizin-Betrieb insgesamt. Denn die Idee von Freiheit-als-Gesundheit muß den Gesamt-Output der medizinischen Dienstleistungen auf jenen noch nicht iatrogenen Rahmen einschränken, der das Zusammenwirken von autonomer und heteronomer Gesundheitsproduktion maximiert. In demokratischen Gesellschaften ist eine solche Beschränkung wahrscheinlich ohne Gerechtigkeitsgarantie – ohne gleichen Zugang – nicht zu erreichen. In diesem Sinn ist die Gleichheitspolitik wahrscheinlich ein wesentlicher Bestandteil jedes effektiven Gesundheitsprogramms. Wenn hingegen der Gesichtspunkt der Gerechtigkeit nicht mit einer Beschränkung der Gesamtproduktion einhergeht und nicht als Gegenkraft gegen die Expansion der institutionellen medizinischen Versorgung eingesetzt wird, dann wird er vergeblich sein.⁶⁶

Öffentliche Kontrolle der Medizin-Mafia

Eine dritte Kategorie politischer Maßnahmen gegen die ungesunde Medizin betrifft unmittelbar die Art, wie die Ärzte ihre Arbeit tun. Ähnlich wie die Vertretung durch Konsumenten-Anwälte und die gesetzliche Regelung des gleichen Zugangs hat auch dieser Versuch, eine Kontrolle des Medizin-Betriebs durch Laien einzuführen, unvermeidlich gesundheitsfeindliche Folgen, wenn er nicht als pragmatische Taktik, sondern als generelle Strategie betrieben wird.

In den USA sind 4 1/2 Millionen Menschen in 200 Berufen mit Produktion und Vertrieb medizinisch anerkannter Gesundheits-

⁶⁶ Emanuel de Kadt, «Inequality and Health», Univ. of Sussex, Januar 1975, geht viel weiter als andere Autoren, wenn er eine Überzeugung ausspricht, der ich mich anschließe: «Professionelle Ideologien, die die Einhaltung hoher Standards der medizinischen Betreuung vertreten, halten ein Gesundheitssystem in Gang, das die einfachen Bedürfnisse der Vielen vernachlässigt, um sich auf die komplexen und teuren Bedürfnisse der Wenigen zu konzentrieren.» (S. 5 und 24).

dienstleistungen beschäftigt (Nur 8 Prozent davon sind Ärzte, deren Netto-Einkommen nach Abzug der Kosten für Mieten, Gehälter und Material 15 Prozent der gesamten Gesundheitskosten ausmachen und deren Durchschnittseinkommen 1973 50000 Dollar betrug.⁶⁷) In dieser Gesamtzahl nicht enthalten sind Osteopathen, Chiropraktiker und andere, die vielleicht eine spezialisierte akademische Ausbildung haben und eine Zulassung zur Praxis brauchen, die aber, anders als Pharmazeuten, Optometriker, Labortechniker und dergleichen Gehilfen des Arztes, keine Pflegeleistungen von vergleichbarem Prestige produzieren.⁶⁸ Noch weiter vom Establishment entfernt, und daher nicht in dieser Statistik enthalten, sind Tausende von Lieferanten unkonventioneller Gesundheitsleistungen: von Kräutersammlern und Masseuren bis hin zu Yogalehrern.⁶⁹

67 Über den Medizin-Betrieb im Dienst der Spezialisierung siehe Rosemary Stevens, *American Medicine and the Public Interest*, New Haven, Conn.: Yale Univ. Press, 1973. Die Parallele in Deutschland schildert Hans-Heinz Eulner, «Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes», in *Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts*, Stuttgart: Enke, 1970.

68 Howard Freeman, Sol Levine und Leo Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1963, S. 216–17, zur Information über das Zahlenverhältnis zwischen qualifizierten Chiropraktikern und Ärzten (1:10) an den ersten an Universitäten angeschlossenen Fachschulen für Ärzte (1765), Zahnärzte (1868) und Optiker (1901).

69 Michael Marien, «The Psychic Frontier: Toward New Paradigms for Man: Guide to 200 Books, Articles, and Journals», Entwurf, März 1974. World Institute Council, 777 United Nations Plaza, New York 10017. Ein Katalog, der über 200 neuere Bücher, Zeitschriften und Instituts-Infos berichtet, vielfach mit Inhaltsangabe und Beurteilung, die sich alle mit alternativen Formen des Gesundbleibens oder Heilens befassen. Der auf diesem Feld Unbewanderte erhält den Eindruck eines breiten Spektrums von Doktrinen über das Seriöse zum Ausgefallenen. Academy of Parapsychology and Medicine, *The Dimensions of Healing: A Symposium*, Los Altos, Calif.: the Academy, 1972. Sheile Ostrander und Lynn Schroeder, *Psychic Discoveries Behind the Iron Curtain*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1970; New York: Bantam, 1971.

Von den vielen, die medizinische Kompetenzen beanspruchen und mehr oder minder ins offizielle Establishment integriert sind, sind etwa 30 Berufsgruppen in den USA zugelassen.⁷⁰ In keinem einzigen Staat der Union gibt es Lizenzen für weniger als 14 verschiedene Arten von Praktikern.⁷¹ Diese Lizenzen werden nach Abschluß einer formalen Ausbildung, und manchmal bei Nachweis einer erfolgreich abgelegten Prüfung ausgestellt; nur selten sind bewiesenes Können und Erfahrung Voraussetzung für die Zulassung zur freien Praxis.⁷² Kompetentes oder erfolgreiches Arbeiten ist nirgendwo Bedingung für die Fortführung der Praxis. Die Erneuerung der Lizenz geschieht automatisch, meist gegen Zahlung einer Gebühr; nur 15 der 50 Bundesstaaten sehen vor, daß die Zulassung eines Arztes bei erwiesener Inkompetenz eingezogen wird.⁷³ Während an den Rändern des therapeutischen Sektors die Prätendenten auf einen medizinischen Spezialistenstatus kommen und gehen, haben sich die von der *American Medical Association* anerkannten Spezialberufe stetig vermehrt und in den letzten 15 Jahren gar verdoppelt: die Hälfte der in den USA praktizierenden Ärzte sind Spezialisten in einer von 60 Disziplinen, und bis 1980 wird eine Steige-

70 Henry E. Sigerist, «The History of Medical Licensure», *Journal of the American Medical Association* 104, 1935, S. 1057–60, schildert den Übergang vom beruflichen Pluralismus zur Expertenherrschaft des neuen Arztes, dessen Kompetenz der «wissenschaftlichen» Diagnose und Therapie durch den Besuch einer medizinischen Fakultät garantiert ist.

71 Ronald Akers und Richard Quinney, «Differential Organization of Health Professions: A Comparative Analysis», *American Sociological Review* 33, Februar 1968, S. 104–21. Über die interne soziale Organisation der approbierten Ärzte, Zahnärzte, Optometriker, Apotheker und ihren beruflichen Zusammenhalt, ihre Vermögensverhältnisse und ihre Macht.

72 William L. Frederick, «The History and Philosophy of Occupational Licensing Legislation in the United States», *Journal of the American Dental Association* 58, März 1959, S. 18–25.

73 U. S. Department of Health, Education, and Welfare, *Medical Malpractice*, Report of the Secretary's Commission on Medical Practice, 16. Januar 1973.

rung dieses Anteils auf 55 Prozent erwartet.⁷⁴ Auf jedem dieser Berufsfelder hat sich ein Lehnswesen mit spezialisierten Pflegern, Technikern, Zeitschriften, Kongressen und organisierten Patientengruppen entwickelt, die mehr öffentliche Mittel fordern.⁷⁵ Die Kosten für die Koordination der verschiedenen, ein und demselben Patienten angediehenen Behandlungen wachsen exponentiell mit jedem hinzugezogenen Experten – wie auch das Risiko von Fehlern und die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung durch die unbeabsichtigte Kombination verschiedener Therapien. Während die Zahl der Patientenbeziehungen, da jeder einzelne in vielfachen therapeutischen Abhängigkeiten steht, bald die Kopffzahl der Bevölkerung übersteigt, erleben wir eine unkontrollierte Vermehrung von Berufen, die sich mit medizinischer Information, Krankenversicherung, Vertretung der Patienten-Interessen usw. befassen. Die Ärzte sind natürlich Herren über diese Vasallen und bestimmen, welche Arbeit die Pseudo-Experten zu tun haben. Doch bei zunehmender Autonomie in der Berufsausbildung gewinnen viele dieser spezialisierten Gruppen von medizinischen Pagen, Türstehern, Schildknappen und Speerträgern eine gewisse Vollmacht, selbst die Qualität ihrer

74 Health Services Research Center, Institute for Interdisciplinary Studies, *Medical Manpower Specialty Distribution Project 1975-80*, Arbeitspapier, 1971.

75 Über Studien zur Begrenzung einer weiteren Wucherung der Paraprofessionen siehe William J. Goode, «The Theoretical Limits of Professionalization», in Amitai Etzioni, Hrsg., *The Semi-Professions and Their Organization*, New York: Free Press, 1969, S. 266-313. • Obgleich die Techniken sich weiterhin vermehren, erfordern immer weniger von ihnen, so meint Goode, zu ihrer Ausübung jenes Vertrauen auf seiten des Klienten, auf das die Autonomie des Experten sich stützt. Eine weitere Spezialisierung der Kenntnisse könnte daher die Expertenmacht in noch weniger Händen konzentrieren. Siehe auch Wilbert Moore und Gerald W. Rosenblum, *The Profession: Roles and Rules*, New York: Russell Sage, 1970, Kap. 3. Harold Wilensky, «The Professionalization of Everyone?» *American Journal of Sociology* 70, September 1964, S. 137-58. Der Prozeß der Professionalisierung läßt sich nicht extrapolieren, weil die Bürokratisierung das Ideal des hingebungsvollen Dienstes noch stärker bedroht, als sie die Autonomie des Dienstleistenden untergräbt.

Arbeit zu bewerten. Mit jedem neu hinzukommenden spezialisierten Berufszweig, der das Recht erhält, seine Leistungen nach selbst gewählten, speziellen Kriterien zu beurteilen, wird es für die Gesellschaft schwerer, dessen tatsächlichen Beitrag zur Gesundheit der Patienten einzuschätzen. Die organisierte Medizin hört praktisch auf, die Kunst des Heilens der Heilbaren zu sein, und die Tröstung der Hoffnungslosen hat eine groteske Priesterschaft übernommen, die Erlösung vorspiegelt und ihren eigenen Interessen dient. Politische Bestrebungen, die der Öffentlichkeit eine gewisse Kontrolle über den Medizin-Betrieb versprechen, übersehen meist die Tatsache, daß sie, um ihren Zweck zu erreichen, nicht eine Industrie, sondern eine Kirche kontrollieren müßten.

Heute stehen Dutzende konkreter Strategien zur Debatte, und es gibt Vorschläge genug, wie erreicht werden könnte, daß die Gesundheits-Industrie mehr der Gesundheit als sich selbst dient: Dezentralisierung des Angebots; allgemeine öffentliche Pflichtversicherung; Gruppenpraxis von Fachärzten; Förderung der Gesundheit statt Pflege der Kranken; Zahlung eines festen Betrags pro Patient und Jahr (Kopfsteuer) statt kostenloser Betreuung; Beseitigung der gegenwärtigen Zulassungsbeschränkungen für medizinisches Personal; rationellere Organisation und Nutzung der Krankenhäuser; anstelle der Zulassung von Individuen die Zulassung von Institutionen, die gezwungen wären, Leistungsnormen einzuhalten; sowie die Organisation von Patienten-Kooperativen als Gegengewicht zur berufsständischen Macht der Ärzte.

Jeder dieser Vorschläge würde tatsächlich die Effizienz der Medizin steigern, doch nur um den Preis eines weiteren Verfalls der in der Gesellschaft verbreiteten Gesundheitspflege. Eine Steigerung der medizinischen Effizienz durch berufliche Mobilität nach oben und Delegation von Verantwortung nach unten könnte die Integration der Medizin-Industrie nur festigen und damit die Polarisierung der Gesellschaft verstärken.

Einerseits wird die Ausbildung der Spezialberufe mit mittleren Qualifikationen immer teurer, andererseits wird Pflegepersonal in den unteren Rängen immer knapper. Schlechte Gehälter, die zunehmende Geringschätzung für Dienst- und Haushaltsberufe, die Vermehrung der chronischen Patienten (und folglich der wach-

sende Verdruss an ihrer Pflege), die schwindende religiöse Motivation von Nonnen und Diakonen und die neuen Chancen für Frauen in anderen Berufen – all dies trägt zur Personalkrise der Medizin bei. In England kommen fast zwei Drittel des weniger qualifizierten Klinikpersonals aus Übersee, meist aus den ehemaligen Kolonien; in Deutschland aus der Türkei und Jugoslawien; in Frankreich aus Nordafrika; und in den USA aus den Reihen der rassischen Minderheiten. Die Schaffung neuer Ränge, Titel, Ausbildungsgänge, Berufsrollen und Spezialistenjobs an der Basis der Hierarchie ist ein zweifelhaftes Mittel, um da wirksam Abhilfe zu schaffen. Das Krankenhaus reflektiert ja nur die Arbeitsökonomie einer hochtechnisierten Gesellschaft: transnationale Spezialisierung an der Spitze, Bürokratien in der Mitte und an der Basis ein neues Subproletariat, bestehend aus Arbeitsemigranten und berufsmäßigen Patienten.⁷⁶ Die Vermehrung der paraprofessionellen Spezialisten entwertet weiterhin das, was der Diagnostiker für den Hilfesuchenden tun kann, während die Vermehrung der allgemeinmedizinischen Hilfsberufe den Spielraum dessen einschränkt, was Leute ohne Berufsdiplom für sich und für einander tun könnten.⁷⁷ Gewiß könnte die Zulassung von Institutionen, statt von Individuen⁷⁸, einen effektiveren Einsatz des Personals, eine rationellere Verteilung

76 Zur gegenwärtigen Krise der Pflegeberufe in den USA siehe National Commission for the Study of Nursing Education, *An Abstract for Action*, New York: McGraw-Hill, 1970.

77 Der autonome und unabhängige Gesundheitstechniker, der frei von der Kontrolle der medizinischen Hierarchie wäre, ist immer noch tabu: Oscar Gish, Hrsg., *Health, Manpower and the Medical Auxiliary: Some Notes and an Annotated Bibliography*, Intermediate Technology Development Group, London, 1971. Gish unterscheidet zwischen dem hochqualifizierten Experten mit seiner langen und teuren Ausbildung, seinem hohen Prestige und seiner Neigung, sich von der Gemeinschaft zurückzuziehen; dem paraprofessionellen Pfleger mit akademischer, theoretischer Ausbildung; und der Pflegehilfskraft, deren Fähigkeiten am meisten benötigt werden.

78 Victor Fuchs, *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice*, New York: Basic Books, 1974. Nathan Hershey und Walter S. Wheeler, *Health Personnel Regulation in the Public Interest: Questions and Answers*

der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und bessere Aufstiegsmöglichkeiten bieten: zweifellos würde sie das Angebot medizinischer Massenwaren wie zahnärztliche Betreuung, Orthopädie und Geburtshilfe wesentlich verbessern. Sollte sie aber für das ganze Gesundheitswesen verbindlich werden, dann käme dies der Schaffung eines medizinischen Ma Bell⁷⁹ gleich. Die Laien-Kontrolle über die expandierende Medizin-Technokratie entspräche einer Professionalisierung des Patienten: beide vermehren die Macht der Medizin, und beide steigern deren *Nocebo*-Wirkung. Solange die Öffentlichkeit die Monopolfunktion der Experten bei der Zuweisung der Krankenrolle duldet, kann sie die heimlichen medizinischen Hierarchien, die immer mehr Patienten produzieren, nicht kontrollieren.⁸⁰ Der medizinische Klerus läßt sich nicht kontrollieren, solange nicht dessen monopolistische Vollmacht, zu entscheiden, was Krankheit ist, wer krank ist und was für ihn geschehen soll, gesetzlich eingeschränkt und abgebaut wird.⁸¹

on Institutional Licensure, herausgegeben von der California Hospital Association, als Beitrag zur Gesundheitsdebatte.

79 S. Kelman, «Towards a Political Economy of Medical Care», *Inquiry* 8, No. 3, 1971, S. 30–38. Kelman behauptet, daß durch die Vorherrschaft des Finanzkapitals im Gesundheitssektor ein Verfall der ärztlichen Autonomie sich abzeichne, da er gezwungen sei, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Die Approbation von Institutionen, die den ärztlichen Mannschaftskapitän zum Angestellten macht, würde diesen Trend natürlich beschleunigen. Vergleiche dazu FN. 75, oben.

80 Corinne Lathrop Gilb, *Hidden Hierarchies: The Professions and Government*, New York: Harper & Row, 1966. Handelt von den Strategien, mittels derer amerikanische Ärzte, Juristen und Erzieher politische Macht erringen, indem sie Berufsvereinigungen gründen und als Recht beanspruchen, was vordem ein Ehrenvorrecht war.

81 Die Idee, daß die Stellung des Experten sich auf öffentliche Bewilligung stützt, verdanke ich Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Dodd, Mead, 1971, dessen Argumentation ich mich anschließe. Zur Orientierung über den Stand der Diskussion siehe außer Freidson auch Howard S. Becker, «The Nature of Profession», in Henry Nelson, Hrsg., *Education for the Professions*, Chicago: National Society for the Study of Education, 1962, Kap. 2, S. 27–46.

Es wäre ein schwerwiegendes Hindernis für die öffentliche Kontrolle des Gesundheitswesens, wollte man die Schuld an der Iatrogenese der falschen Seite zuschieben. Eine modisch-radikale Arzt-Schelte wäre der sicherste Weg, die durch ein neues Gesundheitsbewußtsein geförderte Krise zu zerreden. Wollte man die Ärzte zu bequemen Sündenböcken machen, so würde dies den naiven Patienten von jeder Verantwortung für sein nimmersattes Therapiebedürfnis freisprechen. Ähnlich hat schon die Schul-Schelte der 60er und 70er Jahre die Bildungsinstitutionen gerettet, als sie von der Krise bedroht waren. Die gleiche Strategie könnte jetzt den Medizin-Betrieb retten, mit dem Ergebnis, daß alles beim alten bliebe.

Ganz plötzlich verlor die Schule in den 70er Jahren ihren Status als heilige Kuh. Beflügelt von neuen Phänomenen wie Sputnik, Rassenkonflikt und dem Aufbruch zu neuen Grenzen hatte die Seifenblase Schule sich hemmungslos ausgedehnt – dabei alle nichtmilitärischen Budgets überflügelnd – und war geplatzt. Für kurze Zeit lag das heimliche Kurrikulum des Schulbetriebs offen zutage. Allgemein setzte sich die Erkenntnis durch, daß unser Schulsystem, wenn es in seiner Expansion einen gewissen Punkt überschritten hat, zwangsläufig eine meritokratische Klassengesellschaft reproduziert und die Menschen fein säuberlich nach dem jeweils erreichten Grad ihrer spezialisierten Apathie staffelt, die ihnen in abgestuften, altersspezifischen und kompetitiven Zwangsritualen eingeübt wird. Das Scheitern eines kostspieligen Traumes ließ viele begreifen, daß auch noch soviel Schulpflicht der Jugend keine gerechte Vorbereitung für die Laufbahn in den industriellen Hierarchien bieten kann und daß alle Versuche, Kinder für ein inhumanes sozio-ökonomisches System abzurichten, eine systematische Aggression gegen die Betroffenen darstellen. An diesem Punkt hätte die Erkenntnis einer neuen Realität zur radikalen Revolte gegen das kapitalintensive Produktionssystem und die es stützenden Glaubenssätze führen können. Doch statt die Hybris der Pädagogen zu dämpfen, gestand die Öffentlichkeit ihnen noch mehr Macht zu, ganz nach eigenem Belieben zu verfahren. Zornige Lehrer richteten kritische Vorwürfe gegen ihresgleichen, gegen Organisation und Methoden der Ausbildung, gegen die Finanzierung der Institutio-

nen und überhaupt alles, was als Hemmnis einer effektiveren Erziehung galt.

Solche Schul-Schelte gab liberalen Schulmeistern Gelegenheit, sich als neue Spezies von Erwachsenen-Erziehern hervorzutun. Die Schul-Schelte rettete nicht nur Gehalt und Prestige des Lehrers, sondern wertete ihn – vorübergehend – auf. Während der Schulmeister vor der Krise seine pädagogische Aggression auf die altersspezifische Gruppe der Schüler unter 16 Jahren begrenzen mußte, die er während der Schulstunden in einer beschränkten Zahl von Fächern unterrichtete, betrachtet der neue Wissensverwalter jetzt die ganze Welt als sein Klassenzimmer. Während der Pauker alten Schlages nur diejenigen Nicht-Schüler disqualifizieren konnte, die es wagten, sich auf eigne Faust Wissensstoff anzueignen, maßten die neuen Manager einer lebenslangen «Erziehung» – der Ausbildung von «Bewußtsein» und «Sensibilität» oder der «Politisierung» – sich an, jedes Verhalten, das sie nicht billigten, in den Augen der Öffentlichkeit abzuwerten. Es könnte leicht geschehen, daß die Schul-Schelte der 60er Jahre zum Vorbild für die kommenden Auseinandersetzungen um die Medizin gerät. Nach dem Beispiel der Lehrer, die die ganze Welt zum Klassenzimmer erklärten, sind schon allerehand trendbewußte Ärzte⁸² auf den fahrenden Zug der Medizin-Schelte aufgesprungen und münzen die allgemeine Frustration und Empörung über den Medizin-Betrieb um in den Ruf nach einer neuen Elite von wissenschaftlichen Kontrolleuren, die die ganze Welt wie eine Krankenstation regieren möchten.⁸³

82 Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York: Free Press, 1963, S. 177; die offenkundigste Folge einer erfolgreichen Kampagne gegen irgendein Übel, so meint Becker, ist die Schaffung neuer Gesetze und Regeln und die Bestallung von Funktionären, um diese durchzusetzen. «Ähnlich wie radikale politische Bewegungen sich in organisierte politische Parteien verwandeln und lebendige Erweckungs-Sekten als gemächliche religiöse Konfessionen enden», so meine ich, verwandeln sich Leute, die auszogen, um Träume der Gesundheitsversorgung zu verwirklichen, in eine Gilde von Wärtern.

83 Vicente Navarro, «Social Policy Issues: An Explanation of the Composition, Nature, and Functions of the Present Health Sector of the United States», Johns Hopkins University, basiert auf einem Referat vor der An-

Die wissenschaftliche Organisation des Lebens

Der Glaube an die Medizin als eine angewandte Wissenschaft ruff eine vierte Art der Gegenreaktion gegen die Iatrogenese hervor, die zwangsläufig die unverantwortliche Macht der Gesundheitsberufe und damit den von der Medizin verübten Schaden vergrößert. Die Befürworter höherer wissenschaftlicher Standards in der medizinischen Forschung und in der gesellschaftlichen Organisation der Medizin behaupten, die pathogene Medizin sei durch die vielen schlechten Ärzte bedingt, die auf die Gesellschaft losgelassen werden. Weniger Spitzenleute mit Entscheidungsbefugnis, die besser gesiebt, besser ausgebildet und schärfer von ihresgleichen überwacht werden sollten und effektiver bestimmen könnten, was und

nual Conference of the New York Academy of Medicine, 25–26. April 1974. Navarro meint, daß die gegenwärtig im Gesundheitssektor herrschenden Werte tatsächlich vom Gesundheits-Establishment geformt werden, daß sie jedoch symptomatisch für die ökonomische und politische Machtverteilung in der Gesellschaft sind. Die Macht, die Wertvorstellungen über Gesundheit zu formen, gibt den Experten innerhalb des Gesundheitssektors einen dominierenden Einfluß auf die Struktur der Gesundheitsdienstleistungen, jedoch keine wirkliche Kontrolle. Diese Kontrolle wird ausgeübt durch das Eigentum an den Mitteln der Produktion, Reproduktion und Legitimation, das die kapitalistische Elite besitzt. Navarro erkennt anscheinend nicht, daß ich in diesem Punkt mit ihm übereinstimme, daß ich jedoch weniger naiv über die politische Indifferenz jeglicher zur Gesundheitspflege eingesetzten *Technik* denke. Ich behaupte, daß Dialyse, Transplantationen und Intensivtherapie der meisten chronischen Krankheiten, aber auch die allgemeine Intensität unserer medizinischen Betreuung zwangsläufig jede Gesellschaft, die sie ins Repertoire ihrer Medizin aufnimmt, mit Ausbeutung überziehen. Siehe Vicente Navarro, «The Industrialization of Fetishism or the Fetishism of Industrialization: A Critique of Ivan Illich», Johns Hopkins University, Januar 1975. Zur Unterstützung des Arguments, daß medizinische Ideologien auch ein Betreuungssystem formen, das sie nicht kontrollieren, siehe auch Massimo Gaglio, *Medicina e profitto: Tesi di discussione per operai, studenti e tecnici*, Mailand: Sapere Editore, 1971, sowie Aloisi u. a., *La medicina e la società contemporanea*, Atti del Convegno promosso dall'Instituto Gramsci, Roma, 28–30. Juni 1967; Rom: Editori Riuniti, 1968.

wie für wen getan werden soll, so lautete das Argument, würden gewährleisten, daß die gewaltigen Mittel, über die die medizinische Wissenschaft heute gebietet, zum Wohl der Menschen eingesetzt werden.⁸⁴ Solche Überbewertung der Wissenschaft vergißt allerdings die Tatsache, daß eine Medizin, die betrieben wird, als sei sie eine ganz gewöhnliche Wissenschaft; eine Diagnose, die erstellt wird, als seien Patienten spezifische Fälle und nicht autonome Personen; und eine Therapie, die von Hygienetechnikern verabreicht wird – zusammenwirken, um den gegenwärtigen Zustand der endemischen Gesundheitsverweigerung zu erzeugen.

Als Wissenschaft ist die Medizin ein Grenzfall. Wissenschaftliche Methoden setzen an Modellen durchgespielte Experimente voraus. Die Medizin aber experimentiert nicht an Modellen, sondern mit den Subjekten selbst. Doch über den Sinn von Heilen, Leiden und Sterben sagt sie ebensowenig aus wie die chemische Analyse über den ästhetischen Wert von Keramik.⁸⁵

Bei der Ausübung einer angewandten Wissenschaft orientieren die Ärzte sich kaum noch an den Zielen einer mit Tradition, Erfahrung, Schulung und Intuition arbeitenden Handwerksgilde, sondern spielen eine bislang den Geistlichen in der Religion vorbehaltenen Rolle, wobei sie wissenschaftliche Prinzipien als theologische Dogmen ausgeben und Techniker als Ministranten beschäftigen.⁸⁶

84 Philip Selby, «Health in 1980–1990: A Predictive Study Based on an International Inquiry», *Perspectives in Medicine*, Bd. 6, 1974. Auf einem Delphi-Szenario beruhende Vorhersage, die eine Utopie schildert, wie sie den Wünschen von sechs Dutzend interviewten Gesundheitsbürokraten entspricht.

85 Aufgrund dieser Tatsache fehlt der Medizin die Unschuld wissenschaftlicher Forschung. Hans Jonas, «Philosophical Reflections on Experimenting with Human Subjects», in Paul A. Freund, Hrsg., *Experimentation with Human Subjects*, New York: Braziller, 1969, S. 1–28. Obgleich dieser Artikel sich vorwiegend mit extremen Formen des Experiments befaßt, bietet er eine klare Einführung zum Verhältnis zwischen Experiment und Dienstleistung.

86 Harris L. Coulter, *Divided Legacy. A History of the Schism in Medical Thought*, Bd. 1, *The Patterns Emerge: Hippocrates to Paracelsus*; Bd. 2, *Progress and Regress: J. B. Van Helmont to Claude Bernard*; Bd. 3, *Science*

Dem Medizin-Betrieb, wie er sich heute darstellt, geht es weniger um die empirische Kunst, heilbare Krankheiten zu heilen, als vielmehr um den rationalen Versuch, die Menschheit von der Bedrohung durch Krankheit, von den Fesseln des Leidens und sogar von der Notwendigkeit des Todes zu erlösen.⁸⁷ Indem die Ärzte-Zunft ihre Kunst zu einer Wissenschaft machte, verlor sie die Merkmale einer Gilde von Handwerkern, die erprobte Kunstregeln einhielten, welche die Meister einer praktischen Kunst bei ihrem Handeln zum Wohle tatsächlich kranker Menschen leiten sollten. Sie hat sich in einen orthodoxen Apparat von bürokratischen Administratoren verwandelt, die wissenschaftliche Prinzipien und Methoden auf ganze Kategorien medizinischer Fälle anwenden. Mit anderen Worten, die Klinik ist zum Labor geworden. Wenn der moderne Arzt vorgibt, mit vorhersagbaren Resultaten zu rechnen, ohne die menschliche Leistung des gesunden Menschen und seine Integration in die soziale Gruppe zu berücksichtigen, dann bezieht er die traditionelle Haltung des Quacksalbers.

Als Mitglied der Ärzte-Zunft ist der einzelne Arzt unablösbarer Teil eines wissenschaftlichen Teams. Die Methode der Wissenschaft ist das Experiment, und die Krankenakten, die er führt, sind – ob es ihm gefällt oder nicht – Bestandteil der Daten eines wissenschaftlichen Projekts. Jede Behandlung ist die nochmalige Wiederholung eines Experiments mit statistisch bekannter Erfolgswahrscheinlichkeit. Wie bei jeder anderen Operation, die genuin angewandte Wissenschaft darstellt, wird auch hier ein Versagen auf irgendwelche Unkenntnis zurückgeführt: ungenügende Kenntnis der für die jeweilige experimentelle Situation geltenden Gesetze, mangelnde Fähigkeit des Experimentators, die Methoden und Prinzipien seiner

and Ethics in American Medicine: 1800–1914, Washington, D. C.: McGrath, 1973. Ein umfangreicher und gut dokumentierter neuerer Versuch, die Geschichte der empirischen Medizin im dauernden Konflikt mit der rationalistischen Tradition nachzuzeichnen.

⁸⁷ Henry E. Sigerist, «Probleme der medizinischen Historiographie», *Sudhoffs Archiv* 24, 1931, S. 1–18. Die Geschichte der Medizin kann geschrieben werden als eine Geschichte der Krankheitsformen, medizinischer Ideologien oder ärztlicher Aktivitäten. Die ersten beiden Ansätze werden meist vernachlässigt.

Wissenschaft anzuwenden, oder aber seine Unfähigkeit, den Patienten – jene schwer faßbare Variable – zu kontrollieren. Je besser der Patient kontrolliert werden kann, desto besser läßt sich bei dieser Art Medizin das Resultat vorhersagen. Und je besser die Vorhersagbarkeit der Resultate im Bevölkerungsmaßstab, desto effektiver erscheint die Organisation eines solchen Medizin-Betriebs. Die Medizin-Technokraten neigen dazu, eher den Interessen der Wissenschaft als den Bedürfnissen der Gesellschaft zu dienen.⁸⁸ Die Praktiker insgesamt bilden eine Wissenschaftsbürokratie. Ihre primäre Verantwortung gilt abstrakt der Wissenschaft oder, reichlich nebulös, dem Berufsstand.⁸⁹ Ihre persönliche Verantwortung für den einzelnen Patienten löst sich auf in ein vages Machtgefühl, das sich auch auf die Berufspflichten und die Patienten aller Kollegen erstreckt. Die von wissenschaftlichen Medizinern angewandte Medizinwissenschaft bietet die richtige Therapie – gleichgültig ob diese zur Heilung oder zum Tod führt oder ob der Patient gar keine Reaktion zeigt. Sie ist durch statistische Tabellen legitimiert, die für diese drei möglichen Resultate eine gewisse Häufigkeit vorhersagen. Im konkreten Fall mag der einzelne Arzt sich daran erinnern, daß er der Natur und dem Patienten ebensoviel Dank schuldet wie der Patient ihm selbst, falls er mit seiner Kunst Erfolg hat. Doch nur eine hohe Toleranz für kognitive Widersprüche ermöglicht es ihm, die divergierenden Rollen von Heiler und Wissenschaftler zu vereinbaren.⁹⁰

⁸⁸ Dieses Argument vertritt nachdrücklich Gerald Leach, *The Biocrats: Implications of Medical Progress*, New York: McGraw-Hill, 1970; revid. Aufl., Baltimore: Penguin, 1972.

⁸⁹ Talcott Parsons, «Research with Human Subjects and the «Professional complex»», in Freund, *Experimentation with Human Subjects*, S. 116 ff. Parsons unterscheidet innerhalb des medizinisch-akademischen Komplexes (1) Forschung, die neues Wissen hervorbringt; (2) Dienstleistung, die das Wissen für praktische menschliche Zwecke nutzt; und (3) Lehre, die das Wissen vermittelt. Er behauptet, daß den Laien formell das Recht zugestanden werden müsse, Schäden, die aus ungelösten Spannungen innerhalb dieses Komplexes resultieren, zu minimieren.

⁹⁰ Nachdem der Patient beschädigt oder gestorben ist, versucht der Arzt, die Entscheidung, die zu diesem Resultat führte, zu untermauern, in-

Manche Leute schlagen vor, alle Reste von Empirie aus der Begegnung zwischen Arzt und Patient zu verbannen, um so der Iatrogenese entgegenzuwirken; sie beweisen damit eine moderne Version inquisitorischer Kreuzzugsgesinnung.⁹¹ Unter Berufung auf die Wissenschaftsreligion werten sie das politische Urteil ab. Während die operationelle Verifikation im Labor das Maß der Wissenschaft ist, findet sich das Maß der Politik in der Auseinandersetzung streitender Parteien, die ein Gericht anrufen, das die Erfahrungen der Vergangenheit auf einen gegenwärtigen Konflikt anwendet. Wenn aber Sachverhalten, die durch die Wissenschaft nicht meßbar sind, öffentliche Anerkennung verwehrt wird, dann schirmt die Berufung auf die reine, orthodoxe, eingefahrene medizinische Praxis diese Praxis gegen jegliche politische Wertung ab.

Die quasi religiöse Ausschließlichkeit, mit der eine wissen-

dem er die *kognitive Dissonanz* einzieht. Das Argument zugunsten der von ihm gewählten Alternative erscheint um so stärker, als er die Argumente zugunsten der nicht gewählten Alternativen verdrängt. Er handelt da wie eine Hausfrau: Bevor sie zum Einkaufen geht, gilt: je teurer die Nahrungsmittel, desto weniger wahrscheinlich kommen sie auf den Familientisch; nach ihrem Gang zum Supermarkt und ihrer Kaufentscheidung gilt: je höher der Preis, desto wahrscheinlicher werden die Nahrungsmittel verbraucht. Siehe Leon Festinger, *Conflict, Decision, and Dissonance*, Stanford Studies in Psychology No. 3, Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press, 1964. Über den Rollenkonflikt zwischen dem Arzt als Praktiker und dem Arzt als Wissenschaftler siehe Eliot Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Chicago: Aldine, 1972.

91 Allan Hoffman und David Rittenhouse Inglis, «Radiation-and Infants», Rezension von *Low-Level Radiation*, von Ernest J. Sternglass, *Bulletin of the Atomic Scientists*, Dezember 1972, S. 45-52. Die Rezensenten rechnen mit der Möglichkeit eines bevorstehenden anti-wissenschaftlichen Umschwungs in der Öffentlichkeit, wenn Tatsachen wie die von Sternglass dargestellten allgemeinbekannt werden. Die Öffentlichkeit wird den Eindruck erhalten, daß sie durch unbegründeten Optimismus auf seiten der Sprecher wissenschaftlicher Institutionen bezüglich der Gefährdung, die von einem geringen Verstrahlungsgrad ausgeht, in Sicherheit gewiegt wurde. Die Rezensenten befürworten, nach taktischen Verfahren zu suchen, um einen solchen Rückschlag zu vermeiden und die Wissenschaft vor seinen Konsequenzen zu bewahren.

schaftliche Sprache vor der Sprache der Laien bevorzugt wird, ist mit das wichtigste Bollwerk der ärztlichen Privilegien. Wenn diese spezialisierte Sprache in die politische Debatte um die Medizin eingeführt wird, dann kann es leicht geschehen, daß diese inhalts- und wirkungslos bleibt.

Die Deprofessionalisierung der Medizin setzt nicht die Ächtung einer technischen Sprache voraus; weder verlangt sie den Ausschluß wirklichen Könnens, noch richtet sie sich gegen die Überwachung der Ärzte durch die Öffentlichkeit oder die Aufdeckung von ärztlichen Kunstfehlern. Wohl aber verlangt sie eine Stellungnahme gegen die Irreführung der Öffentlichkeit, gegen die wechselseitige Lizenzierung selbstberufener Heiler, gegen die öffentliche Förderung einer Ärzte-Zunft und ihrer Institutionen und gegen die Diskriminierung von Leuten, die von einzelnen oder von der Gemeinschaft selbst als Heiler gewählt und berufen werden. Die Deprofessionalisierung der Medizin setzt nicht die Verweigerung öffentlicher Mittel für Heilzwecke voraus, sondern sie verlangt eine Stellungnahme gegen den Gebrauch solcher Mittel auf Geheiß oder unter Kontrolle von Mitgliedern der Zunft. Sie setzt nicht die Abschaffung der modernen Medizin voraus; sie verlangt vielmehr, daß es nicht in der Macht des Experten stehen sollte, dem einzelnen ein größeres Paket von Heilmitteln zukommen zu lassen, als andere es beanspruchen können. Und schließlich besagt sie nicht, daß die besonderen Bedürfnisse der Menschen in bestimmten Lebenslagen mißachtet werden sollten: wenn sie zur Welt kommen, sich ein Bein brechen, einen Unfall erleiden oder den Tod erwarten. Die Forderung, daß Ärzte ihre Zulassung nicht durch eine elitäre In-Group erhalten sollten, besagt nicht, daß ihre Arbeit überhaupt nicht bewertet werden sollte, sondern daß diese Bewertung durch informierte Patienten effektiver als durch ihresgleichen geschehen könnte. Wenn die öffentliche Finanzierung kostspieliger Techniken der medizinischen Magie verweigert wird, so bedeutet dies nicht, daß der Staat nicht den einzelnen vor der Ausbeutung durch die Schamanen des Medizin-Kults schützen sollte; es besagt nur, daß solche Rituale nicht aus Steuermitteln finanziert werden sollten. Die Deprofessionalisierung der Medizin verlangt eine Demaskierung des Mythos, daß der technische Fortschritt die Lösung menschlicher Probleme

mittels Anwendung wissenschaftlicher Prinzipien verlange; des Mythos, daß die Vermehrung spezialisierter Berufe und die Multiplikation geheimnisvoller Manipulationen dem öffentlichen Wohldiene; und des Mythos, daß die zunehmende Abhängigkeit der Menschen von unpersönlichen Institutionen besser sei als gegenseitiges Vertrauen und Selbstvertrauen.

Ein technisch geplanter Plastik-Uterus

Bislang habe ich vier Kategorien von kritischen Einwänden gegen die institutionelle Struktur des medizinisch-industriellen Komplexes behandelt. Aus jeder einzelnen ergeben sich spezifische politische Forderungen; alle zusammen verstärken sie die Abhängigkeit des Menschen von medizinischen Bürokratien, denn sie fassen Gesundheitspflege als eine Art therapeutischer Technik und Planung auf.⁹² Sie zeigen Strategien für den chirurgischen, chemischen und verhaltenspsychologischen Eingriff in das Leben kranker oder von Krankheit bedrohter Menschen. Eine fünfte Kategorie der Kritik weist diese Ziele zurück. Ohne die Auffassung von Medizin als einer technischen Angelegenheit aufzugeben, behauptet diese kritische Position, daß jene medizinischen Strategien scheitern, weil sie

⁹² Thomas M. Dunaye, «Health Planning: A Bibliography of Basic Readings», Council of Planning Librarians, Exchange Bibliography, Mimeo. Monticello, Ill., 1968, sagt: «Die Literatur des Quellenmaterials zum Thema Gesundheitsplanung ist so umfangreich geworden, daß es mittlerweile ein schier unlösbares Problem ist, eine vollständige Bibliographie zu erstellen. Diese Schwierigkeit wurde teilweise durch die Zusammenstellung getrennter Bibliographien überwunden. . . , deren einige in diesem Kompendium von Grundlagentexten enthalten sind . . . , das für den Neuling auf diesem Gebiet nützlich sein mag. Siehe auch National Library of Medicine, *Selected References on Environmental Quality as It Relates to Health Since 1971*, National Library of Medicine, 86000 Rockville Pike, Bethesda, Md; National Institute of Environmental Health Science, Triangle Park, London, *Environmental Health*, seit 1971 erscheinende Zeitschrift; National Library of Medicine, *Environmental Biology and Medicine*, seit 1971 erscheinende Zeitschrift; *Current Bibliography of Epidemiology*, American Public Health Association, 1740 Broadway, N. Y. 10019.

ihre Bemühungen zu sehr auf die Krankheit und zu wenig auf die Veränderung der Umwelt konzentrieren, die die Menschen krank macht.

Die Erforschung von Alternativen zur klinischen Intervention in das Leben der Menschen befaßt sich überwiegend mit technischen Programmen für die professionellen Systeme der sozialen, psychischen und physischen Umwelt des Menschen. Vom Gesundheitswesen unabhängige Determinanten der Gesundheit betreffen weitgehend die geplante Intervention in das Milieu.⁹³ Die Therapie-Ingenieure verlagern die Stoßrichtung ihrer Intervention vom potentiellen oder aktuellen Patienten auf das größere System, als dessen Teil er aufgefaßt wird. Statt der Manipulation des Kranken streben sie die Neu-Organisation des Milieus an, um eine gesündere Bevölkerung zu gewährleisten.⁹⁴

⁹³ Als Beispiel für diese Auffassung siehe Monroe Lerner u. a., «The Non-Health Services' Determinants of Health Levels: Conceptualization and Public Policy Implications», report of a subcommittee under the Carnegie Grant to the Medical Section, American Sociological Association, 29. August 1973, Mimeo. Angesichts der Notwendigkeit, die Grenzen ihres Gebiets abzustecken, kam die Kommission zu brauchbaren Schlußfolgerungen: (1) sie befaßt sich mit solchen Faktoren, die Auswirkungen auf den Gesundheitsstandard haben oder in diesem Sinn aufgefaßt werden können; nicht aber mit Begriffen, Maßstäben für Gesundheitsstandards oder äußere gesundheitliche Bedingungen für die Verbesserung des soziokulturellen Niveaus; (2) sie befaßt sich mit solchen Faktoren, die Bevölkerungen unter selektivem Risiko beeinflussen; (3) sie befaßt sich mit der Vorbeugung, Erhaltung, Anpassung an chronische Krankheiten und Invalidität, aber nur insofern diese nicht als «Gesundheitsdienstleistungen» aufgefaßt werden; (4) sie befaßt sich mit solchen Krankheiten, die sich als unbeabsichtigte Folgen von Kontakten mit dem System der persönlichen Gesundheitsbetreuung ergeben. Siehe auch *The Sources of Health: An Annotated Bibliography of Current Research Regarding the Non-therapeutic Determinants of Health*, Center for Urban Affairs, Northwestern University, Evanston, Ill., 1973.

⁹⁴ Hugh Iltis, Orie Loucks und Peter Andrews, «Criteria for an Optimum Human Environment», *Bulletin of the Atomic Scientists*, Januar 1970, S. 2-6. George L. Engel, «A Unified Concept of Health and Disease», *Perspectives in Biology and Medicine* 3, Sommer 1960: 459-85.

Gesundheitspflege als milieubezogene Hygienetechnik arbeitet mit Kategorien, die sich von jenen der klinischen Wissenschaft unterscheiden. Ihr Schwerpunkt ist nicht die Krankheit, sondern das Überleben des Menschen; nicht der Einfluß spezifischer Wirkstoffe auf Individuen, sondern der Einfluß von Belastungsfunktionen auf ganze Bevölkerungen; nicht das Verhältnis zwischen den Zielen der Menschen und ihrer Fähigkeit, diese zu erreichen, sondern das Verhältnis zwischen der Nische des Menschen innerhalb des Universums und den anderen Spezies, mit denen zusammen er sich entwickelt hat.⁹⁵

95 Zur theoretischen Analyse der mit diesen Begriffen bezeichneten Gesundheitsniveaus siehe Aaron Antonovsky, «Breakdown: A Needed Fourth Step in the Conceptual Armamentarium of Modern Medicine», *Social Science and Medicine* 6, Oktober 1972, S. 537-44. Er verlangt eine vierte Kategorie begrifflicher Instrumente der modernen Medizin, nämlich das Erkennen des Zusammenbruchs. Bislang hat die Medizin hauptsächlich vier Konzepte zur Kontrolle von Krankheit entwickelt. Zuerst entdeckte man, daß Krankheit durch öffentliche, auf das Milieu einwirkende Gesundheitsmaßnahmen verhindert werden kann, besonders durch die Kontrolle der Lebensmittel- und Wasserversorgung. Der zweite Durchbruch erfolgte mit dem Konzept der Immunisierung, durch welche die Widerstandskraft des einzelnen verbessert wurde. Beide Auffassungen beruhen auf der Vorstellung eines gefährlichen Agens. Ein dritter Durchbruch gelang mit der Erkenntnis der multiplen Verursachung: jemand erliegt einer bestimmten Krankheit, wenn ein bestimmtes Agens in einem bestimmten Milieu mit einem bestimmten Wirtsorganismus zusammentrifft. Die Aufgabe der Medizin ist es, diese Gegebenheiten zu kontrollieren. Nach Antonovsky geht selbst Dubos nicht explizit über dieses Konzept der multiplen Verursachung hinaus, wenngleich er auf die Notwendigkeit hinweist, die Anpassungsfähigkeit des Menschen an den bei spezifischen Krankheiten drohenden Streß zu verbessern. Antonovsky schlägt ein weiteres Konzept vor, das des Zusammenbruchs, sowie eine Definition, welche die Operationalisierung dieses globalen Konzepts gestattet. Zu diesem Zweck stellt er Kriterien für vier Aspekte auf, welche allen Krankheiten gemeinsam seien: (1) Der Schmerz kann bei Krankheit fehlen, leicht, mäßig oder stark sein; (2) die Behinderung kann fehlen, stören, gemäßigt oder schwer sein; (3) der Zusammenbruch kann in sechs Formen, je nach dem akuten/chronischen Charakter festgestellt werden (kein akuter oder chronischer Zustand, leicht chronisch, aber nicht degenerativ; akut, aber nicht lebensgefährlich,

Im allgemeinen ist der Mensch mehr ein Produkt seines Milieus als seiner genetischen Veranlagung. Dieses Milieu wird durch die Industrialisierung rapide zerstört. Bisher hat die Menschheit eine außerordentliche Anpassungsfähigkeit bewiesen; der Mensch konnte trotz vieler, beinahe tödlicher Krisen überleben. Dubos⁹⁶ befürchtet, daß die Menschheit fähig sein könnte, die Belastungen der zweiten Industriellen Revolution und der Übervölkerung ebenso zu überleben, wie sie in der Vergangenheit Hungersnöte, Seuchen und Kriege überstanden hat. Er spricht von dieser Art Überleben voll Sorge, denn Anpassungsfähigkeit, die für das Überleben einen Gewinn darstellt, ist auch ein schweres Handikap: gerade die Anpassungszwänge sind die weitestverbreiteten Krankheitsursachen. Ohne jede Rücksicht auf die Gefühle des Menschen und auf ihre Gesundheit konzentrierte das Gesundheitssystem sich lediglich auf die technische Planung von Vorkehrungen, die Pannen und Krisen minimieren sollen.

Die Verlagerung von der am Patienten orientierten zur milieubezogenen Medizin hat zwei unheilvolle, aber vorhersehbare Konsequenzen: zum einen geht das Gefühl für die Grenzen zwischen

schwer chronisch, aber nicht degenerativ; schwer chronisch-degenerativ; oder akut und lebensgefährlich); und schließlich, (4) er kann an dem Ort, wo er stattfindet, als keinerlei Hilfe, Beobachtung oder Therapie erforderlich vom Arzt erkannt werden. So wurden 288 mögliche Typen des Zusammenbruchs festgestellt. Für den Autor «erhebt sich eine radikal neue Frage: welches ist die Ätiologie des Zusammenbruchs? Gibt es eine neue Konstellation von Faktoren, welche valide Vorhersagen über den Zusammenbruch zu treffen erlaubt?»

96 René Dubos, *Man and His Environment: Biomedical Knowledge and Social Action*, Pan-American Health Organization Scientific Publication No. 131, Washington, D. C., 1966. Alexander Mitscherlich, «Psychosomatische Anpassungsgefährdungen», in *Das beschädigte Leben: Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen; Ein Symposium geleitet und herausgegeben von Alexander Mitscherlich*, München: Piper 1969, S. 35-46. An welchem Punkt wird der Arzt zum unmoralischen Komplizen eines zerstörerischen Milieus? S. V. Boyden, Hrsg., *Cultural Adaption to Biological Maladjustment: The Impact of Civilization on the Biology of Man*, Canberra: Australian National Univ. Press, 1970.

verschiedenen Kategorien von Abweichung verloren, und zum anderen wird eine neue Legitimation für die totale Therapie⁹⁷ geschaffen. Ärztliche Betreuung, Arbeitsschutz in der Industrie, Gesundheitserziehung und psychische Konditionierung sind nur verschiedene Namen für eine Sozialtechnik, die notwendig ist, um Bevölkerungen den Bedürfnissen technischer Systeme anzupassen. In dem Maß, wie das System der Gesundheitsverwaltung gegenüber den anstehenden Forderungen zusehends versagt, könnten Phänomene, die heute noch als Krankheit klassifiziert werden, schon bald als kriminelle Abweichung oder asoziales Verhalten pönalisiert werden. An der Verhaltenstherapie, die Strafverurteilten in den USA⁹⁸ zuteil wird, und an der Einsperrung von politischen Gefangenen in den Irrenhäusern der UdSSR⁹⁹ läßt sich bereits die Richtung ablesen, in die eine totale Integration der therapeutischen Systeme führen könnte: nämlich zur zunehmenden Verwischung der Grenzen zwischen den verschiedenen Therapien, die mit medizinischer, pädagogischer oder ideologischer Begründung verabreicht werden.¹⁰⁰

Die Zeit ist reif, nicht nur für eine öffentliche Bilanzierung der

97 Weitere Hinweise bei Robert Harris, *Health and Crime Abstracts 1960-1971*, Houston Project for the Early Prevention of Individual Violence, Houston: Univ. of Texas School of Public Health, 1972. William Morrow u. a., *Behavior Therapy Bibliography 1961-1969, Annotated and Indexed*, University of Missouri Studies No. 54, Columbia: Univ. of Missouri Press, 1971.

98 David J. Rothman u. a., «An Historical Overview: Behavior Modification in Total Institutions», *Hastings Center Report* 5, Februar 1975, S. 17-24. Roy G. Spece, Jr., «Conditioning and Other Technologies Used to «Tread?», «Rehabilitate?», «Demolish?» Prisoners and Mental Patients», *Southern California Law Review* 45, No. 2, 1972, S. 616-84. Ein Überblick über den rechtlichen Status von Therapien, die auf Verhaltensänderungen abzielen, in den USA.

99 Ein besonders sensibler autobiographischer Bericht, zirkulierte als Samisdat, Original erschien in *Grani* No. 9, 1971, siehe G. M. Shimanoff, «Souvenirs de la Maison Rouge», *Esprit* 9, September 1972, S. 320-62.

100 D. A. Begelman, «The Ethics of Behavioral Control and a New Mythology», *Psychotherapy* 8, No. 2, 1971, S. 165-69.

Medizin, sondern auch für eine Ernüchterung der Öffentlichkeit gegenüber Monstern, die der Traum von einer technologischen Mißleuplanung aufstehen ließ. Wenn die moderne Medizin den Menschen schon die Notwendigkeit, zu fühlen oder zu heilen, abnehmen will, so verspricht die Öko-Medizin, ihr entfremdetes Verlangen nach einem Plastik-Uterus zu befriedigen.

Die Wiedergewinnung der Gesundheit

Seit jeher ist ein großer Teil menschlichen Leidens vom Menschen verursacht. Die Menschheitsgeschichte ist ein langer Katalog der Versklavung und Ausbeutung. Die Epen der Eroberer erzählen und die Lieder der Opfer singen davon. Im Mittelpunkt solcher Berichte steht der Krieg, neben Plünderung, Hungersnot und Pestilenz, die ihm auf dem Fuß folgten. Doch erst in unserer Zeit geschieht es, daß die ungewollten physischen, sozialen und psychologischen Nebenfolgen angeblich friedlicher Bestrebungen dem Krieg an Zerstörungskraft den Rang ablaufen.

Der Mensch ist das einzige Tier, dessen Evolution durch Anpassung nach mehr als einer Seite hin konditioniert wurde. Falls er nicht räuberischen Nachbarn oder Naturkräften erlag, hatte er Ausbeutung und Mißhandlung durch andere Mitglieder seiner Gattung zu erdulden. In dieser Auseinandersetzung mit den Elementen und mit den Nachbarn formten sich sein Charakter und seine Kultur, seine Instinkte stumpften ab, und sein Territorium wurde zur «Heimat». Die Tiere passen sich an durch eine Evolution, bei der sie auf Veränderungen in ihrem natürlichen Milieu reagieren. Nur dem Menschen kann Gefahr bewußt werden, und seine Reaktion auf schwierige Mitmenschen und bedrohliche Situationen nimmt die Form rationalen Handelns und bewußter Gewohnheit an. Der Mensch kann seine Beziehungen zur Natur und zum Nachbarn planen, er kann überleben, selbst wenn sein Werk teilweise scheitert. Er ist jenes Tier, das Prüfungen geduldig ertragen und aus ihnen lernen kann, indem er sie versteht. Er ist das einzige Lebewesen, das sich mit Grenzen abfinden kann und muß, sobald es sie erkennt.

Das bewußte Reagieren auf Schmerzempfindungen, auf Schwäche und schließlich den Tod gehört zur spezifisch menschlichen Fähigkeit der Daseinsbewältigung. Auflehnung und Ausdauer, Geduld und Resignation sind integrale Bestandteile der menschlichen Gesundheit.

Aber die Natur und der Nachbar sind nur zwei der drei Fronten, an denen der Mensch sich bewähren muß. Stets kannte er noch eine dritte Seite, von der ihm Verhängnis drohte. Um lebensfähig zu bleiben, mußte der Mensch auch die Träume überleben, die bislang im Mythos Gestalt fanden und durch ihn kontrolliert wurden. Heute muß die Gesellschaft Programme entwickeln, um mit den irrationalen Strebungen ihrer begabtesten Mitglieder fertig zu werden. Bislang erfüllte der Mythos die Funktion, der Verwirklichung habgieriger, neidischer und mörderischer Träume Grenzen zu setzen. Der Mythos gab dem einfachen Menschen Sicherheit gegen diese dritte Front, falls er nur in seinem Handeln gewisse Grenzen beachtete. Den wenigen, die versuchten die Götter zu überlisten, versprach der Mythos die Katastrophe. Der einfache Mann ging an Krankheit oder Gewalt zugrunde; nur wer sich gegen die menschliche Kondition auflehnte, fiel Nemesis, dem Neid der Götter zum Opfer.

Industrielle Nemesis

Prometheus war nicht Jedermann, sondern ein Heros. Von Habgier (*pleonexia*) getrieben, setzte er sich über das menschliche Maß (*aitia, mesotes*) hinweg und stahl in grenzenloser Vermessenheit (*hybris*) das Feuer aus dem Himmel.¹ Damit beschwor er unausweich-

¹ Wie der Neid der Götter politisch genutzt wurde, siehe Svend Ranulf, *The Jealousy of the Gods and Criminal Law in Athens*, übers. v. Annie J. Fausböll, 2 Bde., Kopenhagen: Levin & Munksgaard, 1933–34. Über die Hybris, die die Nemesis herausfordert, siehe David Greene, *Greek Political Theory: The Image of Man in Thucydides and Plato*, Chicago: Univ. of Chicago Press, Phoenix Books, 1965 (orig. *Man in his Pride*); sowie E. R. Dodds, *The Greeks and the Irrational*, Berkeley: Univ. of California Press, 1951, besonders Kap. 2. Irving Kenneth Zola, «In the Name of Health and

lich die Nemesis auf sich herab. Er wurde in Ketten gelegt und an einen Felsen im Kaukasus geschmiedet. Ein Geier zerfleischte ihm jeden Tag die Leber, und die unbarmherzigen Götter hielten ihn am Leben, indem sie jede Nacht seine Leber nachwachsen ließen. Nemesis verhängte über ihn eine Qual, die Halbgöttern, nicht Menschen zugedacht war. Sein hoffnungsloses, endloses Leiden machte den Helden zu einer unsterblichen Mahnung an die unausweichliche kosmische Vergeltung.

Das soziale Wesen der Nemesis hat sich heute gewandelt. Mit der Industrialisierung der Wünsche und der Technisierung der entsprechenden rituellen Reaktionen breitet sich Hybris aus. Grenzenloser materieller Fortschritt ist heute jedermanns Ziel. Die industrielle Hybris zerstört den mythischen Rahmen, der irrationale Phantasien begrenzte, sie gibt verrückten technischen Antworten auf verrückte Träume den Anschein der Vernunft und macht Lieferant und Kunde zu Verschwörern im Streben nach destruktiven Werten. Die unausweichliche Rückwirkung des industriellen Fortschritts ist heute eine Nemesis für die Massen. Moderne Nemesis ist heute das aus überbordenden industriellen Träumen geborene materielle Monstrum. Sie ist überall gegenwärtig, wie die universelle Verschulung, der Massentransport, die industrielle Lohnarbeit und die medikalisierte Gesundheit.

Die überkommenen Mythen setzen dem Handeln des Menschen keine Grenzen mehr. Wenn die Spezies Mensch den Verlust ihrer traditionellen Mythen überleben will, dann muß sie lernen, ihre neidischen, habgierigen und müßigen Träume rational und politisch zu bewältigen. Auf Mythen allein kann sie sich bei dieser Aufgabe nicht mehr verlassen. Politisch bestimmte Grenzen des industriellen Wachstums werden an die Stelle der mythologischen Schranken treten müssen. Eine politische Erkundung und Anerkennung jener

Illness: On Some Political Consequences of Medical Influence», in: *Social Science and Medicine*, Februar 1975, Bd. 9, S. 83–87. ... der medizinische Bereich ist jener Schauplatz, der das Beispiel par excellence für die heutige Identitätskrise bietet, es ist jener Bereich, wo die *Trivialität des Bösen* am besten als objektiver technisch-wissenschaftlicher Prozeß getarnt ist, der zu unserem Wohl in Gang gehalten wird.

materiellen Bedingungen, die für Überleben, Gerechtigkeit und Effektivität notwendig sind, wird der industriellen Produktionsweise Grenzen setzen müssen.

Die Nemesis ist inzwischen strukturell und endemisch. In zunehmendem Maß ist von Menschen verursachtes Elend das Nebenprodukt von Bemühungen, die ursprünglich den einfachen Menschen in seinem Kampf mit der gnadenlosen Umwelt und der willkürlichen Ungerechtigkeit einer Elite schützen sollten. Die Hauptursache von Schmerzen, Krankheit und Tod ist mittlerweile eine technisch geplante, wenngleich unbeabsichtigte Quälerei. Leiden allenthalben, Hilflosigkeit und Ungerechtigkeit sind weitgehend Nebenfolgen von Strategien, die auf mehr und bessere Erziehung, Wohnverhältnisse, Nahrung oder Gesundheit zielen.

Eine Gesellschaft, die geplantes Lehren höher bewertet als autonomes Lernen, kann den Menschen nur lehren, an seinem technisch eingeplanten Platz zu verharren. Eine Gesellschaft, die Fortbewegung ausschließlich von einem dirigierten Transport abhängig macht, kann nur dasselbe erreichen. Jenseits eines gewissen Quantum an Energie, das zur Beschleunigung des einzelnen im Verkehr aufgewandt wird, lähmt und versklavt die Transportindustrie die Mehrheit der namenlosen Passagiere und bietet nur einer Elite Vorteile. Zusätzliche Brennstoffe, Technologien oder öffentliche Kontrolle können nicht verhindern, daß die zunehmende Mobilisierung und Beschleunigung der Gesellschaft zunehmend Verwüstung, programmierte Paralyse und Ungleichheit produziert. Dasselbe gilt für die Landwirtschaft. Jenseits eines gewissen Quantum an Kapitalinvestitionen in die Erzeugung und Verarbeitung von Nahrungsmitteln wird Fehlernährung zum beherrschenden Phänomen. Die Folgen der Grünen Revolution zerstören die Leber des Konsumenten nachhaltiger als der Geier die des Prometheus. Über diesen Punkt hinaus kann keine biologische Technik Unterernährung und Vergiftung der Nahrung verhindern. Was heute in der Sahelzone am Rande der Sahara geschieht, ist nur eine Generalprobe für den sich abzeichnenden Welthunger. Dies ist lediglich die Anwendung eines allgemeinen Gesetzes: Sobald mehr als ein gewisser Anteil aller Werte in industrieller Produktion hergestellt wird, wird die Subsistenzwirtschaft gelähmt, schwindet die Gerechtigkeit und

nimmt die Gesamtbefriedigung der Bedürfnisse ab. Es handelt sich nicht mehr um sporadische Hungersnöte, die früher im Gefolge von Trockenheit oder Krieg eintraten, oder um die gelegentliche Verknappung der Lebensmittel, die mit gutem Willen und Hilfsleistungen behoben werden konnte. Der künftige Hunger ist ein Nebenprodukt der unvermeidlichen Konzentration der industrialisierten Landwirtschaft in den reichen Ländern sowie in den fruchtbaren Regionen der armen Länder. Es klingt paradox, aber die Bemühungen, dieser Hungersnot durch eine Intensivierung der industriell effizienten Landwirtschaft zu begegnen, vergrößern die Dimensionen der Katastrophe, indem sie die Nutzung marginaler Böden vernachlässigen. Der Hunger wird sich ausbreiten, bis der Trend zur kapitalintensiven Produktion von Nahrungsmitteln für die Reichen durch die Armen durch eine neue Form der arbeitsintensiven regionalen Agrarautonomie ersetzt ist. Wenn die industrielle Hybris ein gewisses Maß überschritten hat, dann *muß* die Nemesis einsetzen, weil der Fortschritt, ähnlich wie der Besen des Zauberlehrlings, nicht wieder zurückgerufen werden kann.

Die Verfechter des industriellen Fortschritts sind entweder blind oder korrupt, wenn sie so tun, als könnten sie den Preis dieses Fortschritts kalkulieren. Die aus der Nemesis erwachsenden Schäden lassen sich nicht kompensieren, kalkulieren oder liquidieren. Der für die industrielle Entwicklung zu zahlende Preis mag in Mark und Pfennig berechenbar sein, doch die Zinseszinsraten für die expandierende Produktion wachsen heute zu einem Maß an Leiden an, das nicht mehr zu benennen oder zu beziffern ist. Wenn die Mitglieder einer Gesellschaft regelmäßig aufgefordert werden, einen immer höheren Preis für industriell definierte Bedürfnisse zu zahlen – obwohl erwiesen ist, daß sie sich mit jeder erworbenen Einheit mehr Leiden einhandeln –, wird der *homo oeconomicus* in seinem Streben nach dem Grenznutzen zum *homo religiosus*; er opfert sich für die industrielle Ideologie. An diesem Punkt beginnt das Verhalten der Gesellschaft dem eines Drogensüchtigen zu gleichen. Die Erwartungen werden irrational und alptraumhaft. Der Anteil an selbst verursachtem Leiden überwiegt die von der Natur bewirkten Verletzungen und alle von feindlichen Nachbarn zugefügten Schäden. Hybris motiviert das selbstzerstörerische Verhalten der Mas-

sen. Die klassische Nemesis war Strafe für den vermessenen Mißbrauch von Privilegien. Die industrielle Nemesis ist Vergeltung für die gehorsame Teilnahme am Streben nach Träumen, die weder durch die traditionelle Mythologie noch durch eine neue, vernünftige Selbstbeschränkung kontrolliert werden.

Krieg und Hunger, Seuchen und Naturkatastrophen, Folter und Irrsinn bleiben die Gefährten des Menschen, aber sie gewinnen heute durch die Nemesis, die sie noch übertrifft, eine neue Gestalt. Je größer der ökonomische Fortschritt einer Gemeinschaft, desto größer ist der Anteil der industriellen Nemesis an Schmerz, Krankheit, Diskriminierung und Tod. Je stärker die Gesellschaft auf abhängig machende Techniken vertraut, desto größer ist das Maß an Verschwendung, Zerstörung und Pathogenese, die wiederum durch andere Techniken bekämpft werden müssen, und desto größer ist die Zahl der Arbeitskräfte, die damit beschäftigt sind, Müll zu beseitigen, Verschwendung zu dirigieren und Menschen, deren Arbeit der Fortschritt überflüssig gemacht hat, mit Therapien zu beschäftigen.

Die üblichen Reaktionen auf die bevorstehende Katastrophe sind noch immer Vorschläge für bessere Schul-Lehrpläne, mehr Gesundheitsbetreuung oder effizientere und weniger umweltschädliche Energieumwandler, und noch immer suchen wir die Lösung in der verbesserten technischen Planung der Industriesysteme. Das mit der Nemesis einhergehende Syndrom wird erkannt, aber seine Ursache wird noch immer in schlechter technischer Planung und eigenennützigem Management gesehen – ganz gleich ob unter der Kontrolle von Wall Street oder der *Partei*. Wir erkennen noch nicht, daß die Nemesis die Materialisierung einer gesellschaftlichen Antwort auf eine zutiefst irrierte Ideologie ist; auch begreifen wir nicht, daß sie eine ausschweifende Wahnvorstellung ist, die durch die nichttechnische rituelle Struktur unserer industriellen Institutionen genährt wird. Wie die Zeitgenossen Galileis sich weigerten, durch sein Fernrohr die Jupitermonde zu betrachten, weil sie die Erschütterung ihres geozentrischen Weltbildes fürchteten, so weigern sich unsere Zeitgenossen, die Nemesis zu erkennen, weil sie sich unfähig fühlen, die autonome Produktionsweise anstelle der industriellen in den Mittelpunkt ihrer sozio-politischen Gebilde zu stellen.

Vom tradierten Mythos zum respektierten Verfahren

Die primitiven Völker haben immer die Macht einer symbolischen Dimension anerkannt; sie sahen sich immer durch das Furchtbare, das Ehrfurchtgebietende, das Unheimliche bedroht. Diese Dimension zog nicht nur der Macht des Königs und des Magiers Grenzen, sondern auch dem Können des Handwerkers und des Technikers. Malinowski behauptet sogar, daß keine außer der Industriegesellschaft je den Einsatz der verfügbaren Werkzeuge bis zur äußersten Effizienz zugelassen hat; in anderen Gesellschaften war die Anerkennung heiliger Grenzen bei der Handhabung von Schwert und Pflug eine notwendige Grundlage der Ethik. Heute, nach mehreren Generationen ausschweifenden Gebrauchs der Technik, kommt uns wieder die Endlichkeit der Natur zu Bewußtsein. Die Grenzen des Universums werden experimentell erforscht. Doch in diesem Augenblick der Krise wäre es töricht, wollten wir die Grenzen menschlichen Handelns auf irgendeine substantielle ökologische Ideologie basieren, die nur die mythische Sakralität der Natur modernisieren würde. Die technische Inszenierung einer Öko-Religion wäre eine Karikatur der traditionellen Hybris. Nur eine allgemeine Einigung auf Verfahren, durch welche die Autonomie des postindustriellen Menschen in Gerechtigkeit gewährleistet werden kann, wird zur Anerkennung der notwendigen Schranken menschlichen Handelns führen.

Alle Ethik geht von der Annahme aus, daß das menschliche Handeln innerhalb menschlicher Bedingungen stattfindet. Da die verschiedenen ethischen Systeme stillschweigend oder explizit voraussetzen, daß diese menschliche Kondition – mehr oder minder – ein für allemal feststeht, war der Bereich menschlichen Handelns stets eng umschrieben.

In unserer industrialisierten Epoche aber ist nicht nur das Objekt, sondern die Natur des menschlichen Handelns selbst neu.² Wir haben es nicht mehr mit Göttern zu tun, sondern mit blinden Natur-

² Dieses Argument stammt z. T. wörtlich von Hans Jonas, «Technology and Responsibility: Reflections on the New Task of Ethics», *Social Research* 40, 1972, S. 31–54.

kräften, und statt die dynamischen Grenzen eines Universums anzuerkennen, das wir inzwischen erforscht haben, tun wir so, als würden diese Grenzen sich nicht in kritische Schwellen für das menschliche Handeln umsetzen. Traditionell definierte der kategorische Imperativ, was wirklich menschliches Handeln sei; da er dem Handeln des einen unmittelbare Grenzen auferlegte, verlangte er Respekt für die gleiche Freiheit des anderen. Der Verlust einer normativen «*Conditio humana*» führt nicht nur etwas Neues in das menschliche Handeln ein, sondern auch in die menschliche Haltung gegenüber dem Rahmen, in dem jemand handelt. Soll dieses Handeln noch menschlich bleiben, nachdem jener Rahmen seinen sakralen Charakter verloren hat, dann bedarf es einer anerkannten ethischen Begründung durch einen neuen Imperativ. Dieser Imperativ könnte so formuliert werden: «Handle so, daß die Wirkung deines Handelns mit dem Fortbestand wirklich menschlichen Lebens vereinbar ist.» Ganz konkret könnte dies etwa besagen: «Steigere nicht den Grad der Strahlenverseuchung, solange du nicht weißt, ob dies nicht auf deine Kindeskinde zurückwirkt.» Ein solcher Imperativ läßt sich offenbar nicht formulieren, solange der Begriff «wirklich menschlichen Lebens» als unendlich dehnbar erachtet wird.

Können wir – ohne wieder die Kategorie des Sakralen zu Hilfe zu nehmen – eine Ethik finden, die allein die Menschen befähigen würde, die ungeheure Disziplin dieses neuen Imperativs zu akzeptieren? Falls nicht, werden sich für jedes Grauen Rationalisierungen finden lassen: «Warum sollte die Verstrahlung der Erde nicht zunehmen? Unsere Enkel werden sich schon daran gewöhnen!» In manchen Fällen könnte die Angst uns helfen, ein Minimum an Vernunft zu wahren, doch nur wenn unmittelbar Konsequenzen drohen. Vielleicht werden die Schnellbrüter-Reaktoren nicht in Betrieb genommen, aus Furcht, sie könnten der Mafia schon nächstes Jahr das Mittel zur Erpressung bieten oder Krebs erzeugen. Bislang ist aber nur die Ehrfurcht vor dem Sakralen – mit seinem kategorischen Veto – stärker gewesen als die Kalkulationen des materiellen Eigeninteresses oder als der Trost der Ungewißheit fernliegender Konsequenzen, und diese Ehrfurcht könnte heute erneut als Imperativ mobilisiert werden, der jetzt wie in Zukunft Respekt vor dem wirklich menschlichen Leben verlangt. Tatsächlich aber ist uns in der ge-

genwärtigen Krise ein solcher Rückgriff auf das Sakrale verwehrt. Die Rückkehr zum Glauben könnte zwar den Gläubigen einen Ausweg bieten, doch sie vermag keinen ethischen Imperativ zu fundieren, da der Glaube entweder da ist – oder nicht; und wenn er fehlt, kann der Gläubige nicht den Ungläubigen dafür tadeln. Die jüngste Geschichte zeigt, daß die Tabus traditioneller Kulturen unwirksam sind, wenn es gilt, die übermäßige Ausdehnung der industriellen Produktion abzuwehren. Immerhin war die Wirksamkeit dieser Tabus an die Werte einer bestimmten Gesellschaft und an deren Produktionsweise gebunden, und gerade diese sind im Prozeß der Industrialisierung unwiderruflich verlorengegangen.

Es ist nicht notwendig, wahrscheinlich nicht durchführbar und ganz gewiß nicht wünschenswert, die Beschränkung der Industriegesellschaften auf ein gemeinsames System substantieller Glaubensinhalte zu gründen, die im Sinn des allgemeinen Wohles mit Polizeigewalt durchgesetzt werden müßten. Es ist möglich, die notwendige Basis für ein ethisches menschliches Handeln zu finden, ohne sie von der allgemeinen Anerkennung irgendeines ökologischen Dogmas abhängig zu machen, wie es heute im Schwang ist. Diese Alternative zu einer neuen ökologischen Religion oder Ideologie beruht auf einer Einigung über Grundwerte und Verfahrensregeln.

Jenseits einer gewissen Stufe in der Expansion der industriellen Produktion auf jedem wichtigen Gütersektor, das läßt sich nachweisen, hört die gerechte Verteilung des Grenznutzens auf, und zugleich beginnt die Gesamt-Effizienz zu fallen. Wenn die industrielle Produktionsweise über einen gewissen Punkt hinaus expandiert und die autonome Produktionsweise noch weiter zurückdrängt, dann setzen individuelles Leiden und soziale Auflösung ein. In der Zwischenspanne, d. h. zwischen dem Zeitpunkt des optimalen Zusammenwirkens von industrieller und autonomer Produktion und dem Punkt der maximal noch tolerierbaren industriellen Hegemonie, werden politische und juristische Verfahren zur Umkehrung der industriellen Expansion notwendig. Werden diese Verfahren im Geiste eines aufgeklärten Eigeninteresses und im Wunsch nach Überleben bei gerechter Verteilung des Sozialprodukts und gerechter Teilhabe an der sozialen Kontrolle durchgeführt, dann sollte

daraus auch die Erkenntnis folgen, wieweit die natürliche Umwelt belastbar ist und wieweit das autonome Handeln optimal durch industrielle Produktion ergänzt werden kann, um persönliche Ziele effektiv zu verwirklichen. Politische Verfahren, die sich am Wert des Überlebens bei distributiver und partizipatorischer Gerechtigkeit orientieren, sind die einzig rationale Antwort auf zunehmend totales Management im Namen der Ökologie.

Die Wiedergewinnung der persönlichen Autonomie müßte sich daher aus politischem Handeln ergeben, das auf ein ethisches Erwachen hinwirkt. Die Menschen werden bereit sein, den Transport zu beschränken, weil sie sich effektiv in Freiheit und Gerechtigkeit fortbewegen wollen; sie werden bereit sein, die Erziehung zu beschränken, weil sie Lust haben werden, Chancen, Zeit und Interessen gemeinsam und in Gleichheit zu nutzen, um *in* der Welt statt *über* die Welt zu lernen; sie werden die medizinischen Therapien beschränken, weil sie ihre Chance und ihre Kraft, selbst zu heilen und zu gesunden, erhalten wollen. Sie werden erkennen, daß nur eine disziplinierte Beschränkung der Macht eine gerechte gemeinsame Befriedigung bieten kann.

Die Wiedergewinnung des autonomen Handelns wird nicht davon abhängen, ob die Menschen sich auf neue, spezifische Ziele einigen, sondern ob sie sich legaler und politischer Verfahren bedienen werden, die es Individuen und Gruppen erlauben, die aus ihrem Streben nach unterschiedlichen Zielen sich ergebenden Konflikte zu lösen. Eine bessere Mobilität wird nicht von irgendeinem neuartigen Transportsystem abhängig sein, sondern von Bedingungen, welche die Fortbewegung nach eigenem Belieben wertvoller machen werden. Bessere Lernchancen werden nicht von mehr und besser verteilter Information über die Welt abhängig sein, sondern von der Beschränkung der kapitalintensiven Produktion zugunsten interessanter Arbeitsbedingungen. Bessere Gesundheitspflege wird nicht von irgendwelchen neuen therapeutischen Normen abhängig sein, sondern von der Bereitschaft und Fähigkeit der einzelnen, sich selbst gesundzupflegen. Die Wiedergewinnung dieser Fähigkeit ist davon abhängig, daß wir unsere heutigen Wahnvorstellungen durchschauen.

Das Recht auf Gesundheit

Zunehmende irreparable Schäden begleiten die gegenwärtige industrielle Expansion auf allen Gebieten der Gesellschaft. In der Medizin erscheinen diese Schäden als Iatrogenese. Als klinische Iatrogenese, wenn Schmerz, Krankheit und Tod aus medizinischer Betreuung resultieren; als soziale Iatrogenese, wenn die Gesundheitspolitik eine Industriestruktur stützt, die Krankheit erzeugt; als kulturelle und symbolische Iatrogenese, wenn die von der Medizin geförderten Verhaltensweisen und Wahnvorstellungen die vitale Autonomie der Menschen einschränken, indem sie ihnen die Fähigkeit rauben, erwachsen zu werden, füreinander zu sorgen und alt zu werden, oder wenn medizinische Interventionen die persönlichen Reaktionen auf Schmerz, Schwäche, Angst und Tod beschneiden.

Die meisten Abhilfen, die von Sozialingenieuren und Ökonomen heute zur Eindämmung der Iatrogenese vorgeschlagen werden, implizieren eine weitere Zunahme der medizinischen Kontrollbefugnisse. Diese sogenannten Abhilfen rufen auf den drei genannten kritischen Ebenen iatrogene Krankheiten zweiten Grades hervor. Die stärksten iatrogenen Auswirkungen der medizinischen Technostruktur resultieren aus deren nichttechnischen Funktionen, welche die zunehmende Institutionalisierung humaner Werte unterstützen. Die technischen und nichttechnischen Konsequenzen der institutionellen Medizin wirken zusammen und rufen eine neue Art Leiden hervor: anästhesiertes, ohnmächtiges und einsames Überleben in einer Welt, die sich in eine Krankenstation verwandelt. Medizinische Nemesis ist die Erfahrung von Menschen, die weitgehend ihrer autonomen Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit Natur, Nachbarn und Träumen beraubt sind und die von Umwelt-, Sozial- und Symbolsystemen technisch gewartet werden. Die medizinische Nemesis läßt sich nicht messen, aber ihre Erfahrung läßt sich mitteilen. Die Intensität, mit der sie erfahren wird, ist von der Unabhängigkeit, Vitalität und sozialen Offenheit jedes einzelnen abhängig.

Die Erkenntnis der Nemesis verlangt eine Entscheidung. Entweder werden die natürlichen Grenzen menschlichen Strebens er-

kannt, bejaht und in politisch definierte Schranken umgesetzt, oder das zwanghafte Überleben in einer verplanten, technisierten Hölle wird als Alternative zum Untergang akzeptiert. Noch bis vor kurzem wußte die Sprache von Wissenschaft und Politik nichts von der heute anstehenden Entscheidung zwischen einer Politik freiwilliger Armut und der Hölle der Systemplaner. Unsere wachsende Erfahrung mit der medizinischen Nemesis verleiht dieser Alternative neue Bedeutung: entweder muß die Gesellschaft sich für eine zwingende Beschränkung der Güterproduktion entscheiden, die allen ihren Mitgliedern die gleiche Freiheit garantiert, oder sie wird ein nie dagewesenes Maß an hierarchischen Kontrollen³ akzeptieren müssen, um für alle Mitglieder bereitzustellen, was Wohlfahrtsbürokratien als ihr Bedürfnis diagnostizieren.

In einigen Ländern ist die Öffentlichkeit schon jetzt bereit für eine Revision des Gesundheitswesens. Obwohl die ernste Gefahr besteht, daß die bevorstehenden Diskussionen die heutige frustrierende Medikalisierung des Lebens verstärken werden, könnten diese Auseinandersetzungen doch fruchtbar sein, wenn die medizinische Nemesis in den Mittelpunkt gestellt würde, wenn die Wiederentdeckung der persönlichen Verantwortung für die Gesundheit zum zentralen Thema erhoben würde und wenn die Beschränkung berufsständischer Monopole zum wichtigsten Ziel der Gesetzgebung erklärt würde. Statt die Mittel der Ärzte und der sie beschäftigenden Institutionen zu beschränken, müßte eine solche Gesetzgebung den Einsatz medizinischer Technologie und die spezialisierte Aktivität von Experten mit Steuern belasten, bis solche Geräte und Hilfsmittel, die vom Laien bedient werden könnten, wirklich jedermann, der sie braucht, zugänglich wären. Statt die Zahl der Spezialisten zu vermehren, die Leuten, die durch ihre Arbeit und ihre Lebensumstände krank gemacht werden, jede beliebige Kranken-

³ The Honorable James McRuer, *Ontario Royal Commission Inquiry into Civil Rights*, Toronto: Queen's Printer, 1968, 1969, 1971. Über sich selbst verwaltende Berufsstände und Zünfte siehe Kap. 79. Die Gewährung der Selbstverwaltung ist eine Delegation legislativer und juridischer Funktionen, die nur zur Sicherung öffentlicher Interessen zu rechtfertigen ist.

rolle zuweisen können, müßte die neue Gesetzgebung allen Menschen das Recht garantieren, aus dem System auszusteigen und sich in weniger destruktiven Lebensformen zu organisieren, die ihnen eine bessere Kontrolle über ihre Umwelt bieten würden. Statt den Zugang zu süchtig machenden, gefährlichen und nutzlosen Drogen und Verfahren zu beschränken, müßte eine solche Gesetzgebung dem Kranken und seinen Angehörigen die volle Verantwortung für deren Gebrauch aufbürden. Statt die physische und geistige Integrität der Bürger einer immer größeren Zahl von Wärtern und Pflegern anzuvertrauen, müßte die Gesetzgebung das Recht jedes Menschen anerkennen, seine eigene Gesundheit zu definieren – lediglich gebunden an die Schranken, welche der Respekt für die Rechte des Nachbarn gebietet. Statt die Zulassung der Gesundheitsberufe durch spezialisierte Expertenkollegen und staatliche Bürokratien auszubauen, müßte die neue Gesetzgebung der Öffentlichkeit ein Stimmrecht bei der Wahl von Heilkundigen in den aus Steuermitteln finanzierten Gesundheitsdienst einräumen. Statt deren Leistungen durch Experten-Organisationen überwachen zu lassen, müßte die neue Gesetzgebung diese durch die Gemeinschaft, der sie dienen, beurteilen lassen.

Gesundheit als Tugend

Gesundheit ist ein Prozeß der Anpassung. Sie ist nicht das Ergebnis instinktiven Verhaltens, sondern autonomer, wiewgleich kulturell geprägter Reaktionen auf eine sozial geschaffene Realität. Sie bezeichnet die Fähigkeit, sich auf ein wechselndes Milieu einzustellen, heranzuwachsen und zu altern, im Falle einer Verletzung zu gesunden, zu leiden und in Frieden den Tod zu erwarten. Daneben bezieht Gesundheit auch die Zukunft mit ein, und daher gehören zu ihr auch die Angst sowie die innere Kraft, mit ihr zu leben.

Gesundheit ist ein Prozeß, der einem jeden Verantwortung abverlangt, diese aber nur zum Teil anderen gegenüber. Verantwortlich zu sein, kann zwei Bedeutungen haben. Ein Mensch ist verantwortlich für das, was er getan hat, und er ist einer anderen Person oder Gruppe gegenüber verantwortlich. Nur wenn er sich subjektiv einem anderen gegenüber verantwortlich oder haftbar fühlt, wird

sein Versagen nicht Tadel, Kritik, Mißbilligung oder Bestrafung, sondern Bedauern, Reue und echte Bußfertigkeit zur Folge haben.⁴ Kummer und Schmerz, die er nachträglich empfindet, sind Zeichen der Erholung und Heilung und phänomenologisch völlig verschieden von den in der psychoanalytischen Theorie beschriebenen Schuldgefühlen. Gesundheit ist eine Aufgabe und als solche nicht mit dem physiologischen Gleichgewicht der Tiere vergleichbar. Das Gelingen dieser persönlichen Aufgabe ist weitgehend eine Folge der Selbsterkenntnis, der Selbstdisziplin und der inneren Kräfte, durch die jeder seinen eigenen Tageslauf, sein Handeln, seine Nahrung und sein Geschlechtsleben reguliert. Wissen, das zu positivem Verhalten führt, sachkundiges Handeln und die Verpflichtung, die Gesundheit anderer zu fördern – all dies wird durch das Beispiel von Gleichaltrigen oder Älteren gelernt. Diese persönlichen Aktivitäten werden durch die Kultur, in der das Individuum heranwächst, geformt und geprägt: die Formen der Arbeit und Muße, der Feier und der Ruhe, der Herstellung und Zubereitung von Essen und Trinken, der Familienstrukturen und der Politik. Lang erprobte Gesundheitsmethoden, die der jeweiligen geographischen Region und technischen Situation entsprechen, beruhen weitgehend auf lange praktizierter politischer Autonomie. Sie beruhen auf der allgemeinen Verantwortung für gesunde Lebensgewohnheiten und für das sozio-biologische Milieu. Das heißt, sie beruhen auf der dynamischen Stabilität einer Kultur.

Der allgemeine Gesundheitsstandard einer Gesellschaft entspricht dem Maß, in dem Mittel und Verantwortung für die Bewältigung von Krankheit in der Gesamtbevölkerung verbreitet sind. Diese Fähigkeit der Lebensbewältigung kann durch das Eingreifen der Medizin in das Leben der Menschen oder durch die hygienischen Bedingungen des Milieus verbessert, aber niemals ersetzt werden. Jene Gesellschaft, die die Intervention von Experten auf ein Minimum zu reduzieren vermag, wird stets die besten Gesundheitsbedingungen bieten. Je größer das Potential der autonomen

⁴ Alfred Schultz, «Some Equivocations in the Notion of Responsibility», in *Collected Papers*, Bd. 2, *Studies in Social Theory*, Den Haag: Nijhoff, 1964, S. 274–76.

Anpassung an das eigene Selbst, an den anderen und an das Milieu, desto weniger verwaltete, fremdbestimmte Anpassung wird benötigt oder geduldet werden.

Eine Welt der optimalen, allgemeinen Gesundheit ist offenbar eine Welt der minimalen und nur gelegentlichen medizinischen Intervention. Gesunde Menschen sind Menschen, die in gesunden Wohnungen leben und eine gesunde Nahrung essen; in einem Milieu, das Geburt, Wachstum, Heilen und Sterben gleichermaßen begünstigt; sie können sich auf eine Kultur stützen, die das bewußte Akzeptieren der Bevölkerungsbeschränkung, des Alterns, der unvollständigen Genesung und des stets drohenden Todes fördert. Gesunde Menschen brauchen keine bürokratische Einmischung, um Gefährten zu finden, Kinder zu gebären, gemeinsam die menschliche Kondition zu erfüllen und zu sterben.

Die bewußt gelebte Gebrechlichkeit, Individualität und soziale Offenheit des Menschen machen die Erfahrung von Schmerz, Krankheit und Tod zu einem integralen Bestandteil seines Lebens. Die Fähigkeit, diese drei Dinge autonom zu bewältigen, ist die Grundlage seiner Gesundheit. Wird er von der bürokratischen Verwaltung seiner Intimsphäre abhängig, dann verzichtet er auf seine Autonomie, und seine Gesundheit *muß* verfallen. In Wahrheit ist das Wunder der modernen Medizin Teufelstrug. Es besteht darin, daß nicht nur Individuen, sondern ganze Bevölkerungen dazu gebracht werden, auf einer inhuman niedrigen Stufe der persönlichen Gesundheit zu überleben. Die medizinische Nemesis ist die negative Rückwirkung einer Gesellschaftsordnung, die ursprünglich jedem Menschen gleiche und bessere Chancen der autonomen Lebensbewältigung bieten wollte und schließlich dahin gekommen ist, diese zu zerstören.

Namenregister

- Abrams, M. H., 177
Abel-Smith, Brian, 185
Ackerknecht, Erwin H., 17, 23,
35, 123, 139, 151, 153, 156,
222
Adler, Alfred, 229
Adler-Karlson, Gunnar, 272
Adorno, Theodor W., 223
Ajami, Alfred M., Jr., 75
Akers, Ronald, 279
Aldama, Arturo, 256
Alexander, F., 192
Alexandre, W. T., 53
Allende, Salvador, 69, 83
Al-Nadim, 35
Aloisi, 286
Al-Razi, 35
Alston, J. H., 30
Amery, Jean, 98
Anderson, J. E., 139
Anderson, Odin W., 17, 67
Anderson, R., 273
Andrews, Peter, 293
Andriola, J., 38
Antonovsky, Aaron, 294
Appel, Francis A., 259
Ariès, Philippe, 26, 104, 203, 219,
221
Aristoteles, 173
Artelt, Walter, 53, 181, 200
Ashburn, Percy M., 156
Atkins, Hadley, 32
Aubert, Wilhelm, 109
Audy, Ralph, 42, 253, 266
Augener, Margot, 123, 222
Auster, Richard, 274
Avicenna, 35, 53
Backmann, E. L., 205
Bacon, Francis, 220
Bailer, John C., 32
Bakan, David, 101, 166
Baker, Timothy D., 67
Bakwin, Harry, 113
Baldry, H. C., 156
Balfe, Bruce, 60
Balint, Michael, 85
Baloch, J., 205
Balter, Mitchell, 85
Baltrusaitis, Jurgis, 211
Bambeck, Manfred, 213
Banks, J. A., 26
Barbaste, A., 195
Bariety, Maurice, 218
Barkin, David, 272
Barnard, Christiaan, 136
Barsamian, Ernest M., 114
Bartels, M., 131
Barth, Suse, 104
Basaglia-Ongara, Franca, 146
Basaglia, Franco, 146, 148
Bauer, Hermann, 219
Bauer, Veit Harald, 186
Baum, G. L., 111
Beall, Otho T., 188
Beaty, Harry N., 37
Becker, Howard S., 55, 162, 258,
283, 284

Beecher, Henry K., 137, 161, 162
Begelman, D. A., 296
Behrmann, S. J., 25
Bellini, Giovanni, 207
Belo, Jane, 154
Beltrán, Gonzalo Aguirre, 157
ben David, Joseph, 272
Benveniste, Emile, 187
Benz, Ernst, 203
Berg, Alan, 23, 75, 106, 254
Berger, B., 152
Berger, Lawrence, 82
Berger, Peter, 152, 157
Berger, Placidus, 213
Berghoff, Emanuel, 190
Bergman, Robert L., 170
Berlinguer, Giovanni, 259
Bermann, Abraham B., 38
Bermann, Gregoria, 195
Bernard, Claude, 190, 287
Bernauer, Ursula, 83
Bertaud, Émile, 205
Beveridge, Albert, 250
Beveridge, William Henry Lord,
250.
Bichat, 123
Bilz, Rudolf, 157, 160
Binder, Fred, 154
Birch, Herbert T., 274
Birren, James E., 97
Bismarck, Otto Fürst von, 250
Bitter, Wilhelm, 171
Blackwell, Barbara, 116, 258
Blake, John, 50
Blenkner, Margaret, 102
Bloch, Marc, 24, 139
Block, Werner, 44, 224, 229
Blohmke, Maria, 259
Blomquist, E. R., 170
Blum, R. H., 76
Blummer, Hugo, 203
Blyed-Prieto, H., 170
Blyth, James N., 183
Boase, T. S. R., 211
Boehlau, Volkmar, 97
Boinet, F., 183
Bok, Sissela, 126
Bolin, T. D., 254
Boll, Franz, 95
Boltanski, Luc, 103, 200, 257
Borgstrom, George, 253
Boros, Ladislaus, 236, 237
Borremans, Valentina, 7, 121,
231
Bosquet, Michel, 51
Bossuat, Robert, 208
Boulding, Kenneth, 271
Boyars, Marion, 7, 8
Boydén, S. V., 295
Bradshaw, Jonathan, 270
Braudel, Fernand, 24
Brauer, Ernst Hannes, 158
Brecher, Edward M., 84
Breggin, Peter R., 46
Bremner, Robert, 255
Brest, Albert N., 33
Briesenmeister, Dietrich, 210, 229
Brillat-Savarin, Anthelme, 238
Brim, Orville, 118, 237
Brook, Robert H., 259
Brooke, E., 251
Brown, E. Richard, 145
Brown, R. G. S., 251
Brunetti, P. M., 52
Brunn, Alice L., 76
Brunner, Heinrich, 217
Bryant, John, 59, 105
Bryce-Smith, D., 116
Buchheit, Gert, 210
Buck, Carl Darling, 164
Buddensieg, Hermann, 164
Bullogh, Vern L., 134
Bultmann, 173
Burack, Richard, 78, 81, 92
Burdett, Henry, 182
Burke, Richard M., 19
Burton, Robert, 170
Butterworth, Charles, 40
Buytendijk, F. J. J., 150, 153,
157
Byar, D. P., 33
Cäsar, Julius, 134
Cahill, Kathleen, 67

Cahn, J., 54, 164, 169
Cain, Harvey D., 33
Calland, C. H., 128
Campbell, Joseph, 211
Canguilhem, Georges, 190
Cannon, Walter B., 102, 138
Carpon, Alexandre, 119
Caputo, D., 67
Carlson, Rick, 18, 100
Carlyle, Thomas, 155
Carruthers, I. D., 24
Carson, Raoul, 198
Carstairs, G. M., 170
Cartwright, Ann, 77, 251
Cassel, Eric J., 234
Cassel, John, 22
Castro, Fidel, 30
Caxton, 112
Cermak, Ida, 158
Chadwick, Edwin, 22
Chamisso, A. von, 189
Chamoux, A., 25
Chapman, P. J., 113
Charpentier, J., 54, 164, 169
Chaucer, Geoffrey, 134, 207
Cheit, Earl F., 97
Christie, Niels, 52, 146
Clark, James M., 210
Classen, E., 205
Clements, Forrest E., 53
Clizer, E. E., 256
Clote, Paul D., 111
Cluff, Leighton E., 86
Coale, Ansley J., 25
Cochrane, A. L., 29, 31, 113
Cohen, Kathleen, 206
Cohen, Victor, 62
Cohn-Haft, Louis, 134
Coleman, Emily R., 25
Comte, Auguste, 192
Contenau, Georges, 198
Cooke, Robert E., 126
Cooper, Joseph, 117
Cooper, Michael H., 64, 263
Costanza, Mary, 32
Coulter, Harris L., 287
Coury, Charles, 218

Creve, 123
Croizier, Ralph C., 70
Crue, Benjamin L., 164
Danblon, Paul, 236
Danckert, Werner, 139, 205
D'Arcy, P. F., 34
da Silva Coreira, Fernando, 182
Dau, Wolfgang, 139
Daumier, Honoré, 44
Davies, J. E., 26
Davis, Adelle, 254, 256
Davis, A. E., 254
Davis, Fred, 110, 125
de Beauvoir, Simone, 98
de Félice, Philippe, 86
Deichmann, W. B., 256
de Kadt, Emanuel, 25, 277
de la Torre, Josephina Muriel,
182
del Favero, A., 80
Delooz, Pierre, 236
de Miguel, Jesús M., 271
Dengler, H. J., 88
Delpit-Morando, 22
Descartes, René, 176, 177, 186
de Solla Price, Derek J., 19
Des Pres, Terrence, 180
Dessaive, Jean-Paul, 25, 186
Dewar, Tom, 268
Dick-Read, Grantly, 161
Didron, A. N., 211
Dieppen, Paul, 154, 190
Dingle, John H., 97
Dionysios von Fournas, 210
Djerassi, Carl, 70
Djukanovic, V., 258
Dodds, E. R., 298
Doll, Paul-J., 217
Dowling, Harry, 85
Doyle, James C., 37
Douglas, Mary, 153
Douglas-Wilson, Ian, 59
Dreitzel, H. P., 109, 249
Drucker, Ernest, 51
Dubos, Jean, 20

- Dubos, René, 18, 20, 45, 74, 185, 294, 295
 Duchesnay, Guy, 34
 Dubruck, Edelgard, 209
 Dudley, Edward, 184
 Duff, Raymond, S., 257
 Dumont, René, 253
 Dunaye, Thomas M., 292
 Dunlop, D. M., 84
 Dunn, F. L., 152
 Dunn, J., 152
 Dunnell, Karen, 77, 251
 Dupuy, Jean-Pierre, 7, 75, 92, 130, 259
 Durand, P., 211
 Durling, Sheila, 200
- Eardley, A., 103
 Eaton, Leonard K., 185
 Ebstein, E., 20, 224
 Echeverria, José, 202
 Edelstein, Ludwig, 50, 125, 154
 Eden, Murray, 114
 Edmundson, W. F., 26
 Edwards, P., 202
 Eggebert, Friedrich-Wilhelm, 219
 Egilsrud, J. S., 206
 Ehrenreich, Barbara, 269
 Ehrenreich, John, 269
 Ehrlich, Anne H., 256
 Ehrlich, Paul R., 256
 Eichbron, Reinhart von, 75
 Eissler, R. S., 136
 Elias, Norbert, 183, 194
 Elkinton, J. R., 124
 Ellul, Jacques, 144
 Elsässer, Günter, 154
 Engel, George L., 293
 Engelhardt, K., 198
 Enterline, P. E., 265
 Entralgo, Pedro Lain, 190, 192
 Epstein, Samuel, 256
 Erdmann, Heinrich, 39
 Erikson, Erik, 120
 Esterson, A., 194
 Etzioni, Amitai, 280
 Eulner, Hans-Heinz, 278
- Evans, K. T., 32
 Evans-Pritchard, E. E., 95, 151
 Exton-Smith, A. N., 99, 127
- Fagnani, F., 22
 Fallopius, 218
 Farvar, M. Taghi, 29, 31, 252
 Fausböll, Annie J., 298
 Febvre, Lucien, 24, 154
 Fehr, H., 217
 Feifel, Hermann, 124, 202
 Fein, Rashi, 275
 Feldstein, Martin S., 58, 60, 61, 62
 Fenner, Friedrich, 174
 Ferber, Christian von, 202
 Ferber, Liselotte von, 257
 Ferguson, John, 171
 Ferrero, C., 25
 Ferry-Pierret, Janine, 193
 Festinger, Leon, 290
 Field, Mark G., 54, 65, 66
 Firestone, John M., 84
 Fischer, Paul, 217
 Fish, Barbara, 115
 Fisher, Erzbischof von Canterbury, 236
 Fitzpatrick, J. P., 76
 Flandrin, J.-L., 25
 Fletcher, Joseph F., 236
 Flinn, M. W., 22
 Foester, Heinz von, 74
 Forbes, W. A., 62
 Forster, Merlin H., 214
 Fosseyeux, Marcel, 183
 Foucault, Michel, 47, 144, 149, 181, 183, 184, 189, 191
 Fox, Renée, 45, 52, 144
 Franke, Charles ●, 142
 Frank, J. P., 22
 Frankl, Victor E., 178
 Fraser, J. T., 211
 Frazer, James George, 208
 Frederick, William L., 279
 Freedman Alfred M., 89
 Freeman, Howard, 278
 Freeman, John M., 126
- Freeman, Roger D., 115
 Frei, Edoardo, 69
 Freidson, Eliot, 23, 53, 54, 56, 64, 79, 80, 108, 111, 193, 283, 290
 Freitag, Elisabeth, 83
 Franzen, W., 164
 Freud, Sigmund, 208
 Freund, Paul A., 45, 46, 287
 Frey, John, 66
 Freybe, Albert, 207, 215
 Freyer, Hans, 192
 Friebel, H., 88
 Fromm, Erich, 121
 Fuchs, Victor R., 61, 63, 69, 74, 91, 281
 Fuchs, Werner, 204, 232
 Fülöp-Miller, René, 192
 Fulton, Robert, 202
 Furtmüller, Carl, 229
- Gabaldón, Arnaldo, 272
 Gaglio, Massimo, 286
 Galen, 161
 Galilei, 186, 187, 302
 Garb, Solomon, 36
 Garfinkel, Harold, 53
 Garland, L. H., 113
 Gamaud, F., 159
 Garrison, Fielding H., 202
 Gebattel, Victor E. von, 161, 164
 Geddes, J. S., 98
 Geertz, Clifford, 153
 Gehlen, Arnold, 152
 Geiger, Paul, 207, 215, 217
 Georgopoulos, B. S., 34, 35
 Gerson, Jean Charlier de, 218
 Geyer, T., 39
 Gibert, François, 28
 Giedion, Siegfried, 24, 211, 228
 Gilb, Corinne Lathrop, 283
 Gilfillan, S. 274
 Gilman, Alfred, 77
 Gimlette, John D., 53
 Gish, ●scar, 68, 281
 Glaser, Robert J., 118
 Glaser, William A., 63
- Glasser, Richard, 211
 Glazer, Nathan, 270
 Glixelli, Stephan, 206
 Gluckman, Max, 132
 Goddard, James L., 82, 84
 Godin, André, 236
 Goffmann, Erving, 109, 194
 Goffmann, John W., 39
 Goltz, Dietlinde, 199
 Goode, William J., 55, 80, 131, 280
 Goodfield, June, 56
 Goodman, Louis S., 77
 Goodman, Paul, 7
 Goossens, N., 34
 Gordon, John E., 21
 Gorer, Geoffrey, 232
 Görres, Albert, 159, 196
 Gortvay, G., 27
 Gorz, André, 7
 Gougaud, L., 205
 Goya, Francisco, 45
 Grabner, Elfriede, 152
 Grapow, Hermann, 198
 Graystone, Peter, 171
 Greenberg, Daniel, 18
 Greenberg, Selig, 88
 Greene, David, 298
 Greverus, Ina-Maria, 152
 Griffin, J. P., 34
 Grmek, Mirko D., 190
 Grossman, Michael, 264
 Gruber, G. B., 190
 Grubser, A. W., 154
 Guerra, Francisco, 156
 Guillemard, Anne-Marie, 102
 Gusfield, Joseph R., 55
 Gussow, Joan Dye, 274
 Gryphius, Andreas, 219
- Habenstein, Robert W., 232
 Haggerty, Robert J., 268
 Hahn, Alois, 211
 Hallan, J. B., 85
 Hardy, James D., 162
 Harmsen, H., 100
 Harris, B. S. H., 85

Harris, Robert, 296
Harris, Richard, 73
Harris, Seymour E., 58
Hart, H. L., 126
Hartland, E. S., 208
Hartlaub, G. F., 207
Hartmann, Fritz, 192
Hartmann, Robert S., 165
Hauff, W., 189
Hayter, Alethea, 177
Hein, Wolfgang-Hagen, 79
Heintz, R., 34
Hellerger, John F., 82
Henderson, Lawrence J., 143
Hentig, Hans von, 128, 217
Hermardinquer, J., 254
Hershey, Nathan, 264, 281
Hertz, Robert, 208
Herzhaft, G., 138
Herzog, Edgar, 207
Hetherington, Robert W., 58
Heyer-Grote, L., 154
Hiestand, Dale L., 61
Hill, Harris, 161
Hinton, John, 127
Hippokrates, 53, 97, 173, 186,
287
Hirsch, Erna, 209
Hirshfield, Daniel S., 250
Hoch, E. M., 171
Hoffmann, Allan, 290
Hoffmann, E. T. A., 189
Höfler, Max, 199
Hofmannsthal, Hugo von, 209
Holbein, Hans, der Jüngere, 209,
219
Holder, Angela, 35
Holländer, Eugen, 186
Hollingshead, August B., 257
Holmes, Oliver, Wendell, 172
Homstedt, B., 169
Hopkins, Carl E., 58
Horn, H., 36
Horn, Joshua S., 70
Hornung, J. P., 206
Huebschmann, H., 148
Hufeland, C. W., 123, 192

Hughes, Charles C., 252
Hughes, Everett, 159
Huizinga, Johan, 205
Hunter, John Melton, 23, 96,
252
Huntford, Ronald, 72
Huntley, R. R., 41
Hyde, David R., 72

Illich, Ivan, 49, 94, 121, 286
Iltis, Hugh, 293
Imbert, Jean, 182, 189
Inglis, David Rittenhouse, 290
Israel, Joachim, 66
Israel, S., 251

Jaco, E. Gartly, 169
Jakob, Wolfgang, 43, 186, 192
Jaeger, Werner, 154
Jakobovitz, Immanuel, 174
Jankelevitch, Vladimir, 202
Jarvik, M. E., 160
Jetter, Dieter, 182
Jewkes, John, 63
Jewkes, Sylvia, 63
Jonas, Hans, 287, 303
Jonas, Stephen, 255
Johnson, Albert, 84
Jores, A., 101
Jutman, David, 99, 101

Kadushin, Charles, 257, 271
Kalish, Richard A., 118, 232
Karier, Clarence, 145
Karsenty, Serge, 75, 130, 193
Kass, Leon R., 119
Kaulfuß-Diesch, 206
Keele, Kenneth D., 164
Keerlo, Joost A. M., 211
Keith, Thomas, 161
Kellner, H., 152
Kelman, S., 73, 283
Kelsen, Hans, 208
Kennedy, Edward M., 254
Keys, Thomas, 164
Khaldun, Ibn, 134, 155
Kiefer, Karl, 159

Kienle, Gerhard, 90, 137
Kierkegaard, Sören, 180
King, S. H., 257
Kisch, Arnold I., 260
Kittel, Gerhard, 173
Klarman, Herbert E., 59
Klass, Eberhard, 213
Klein, L., 213
Kleinbach, G., 258
Klerman, G. L., 84
Klinger, Max, 230
Kluckhohn, Clyde, 143
Knatterud, G. L., 31
Knowles, John H., 61
Koch, Klaus, 233
Koch, Robert, 20, 192
König, Karl, 217
Kopernikus, 186
Korsch, M. B., 198
Kosa, John, 274
Kosaky, Stephen P., 210
Kotler, Milton, 183
Koty, John, 101, 222
Koyré, Alexandre, 190
Kreig, Margaret, 36
Kretzenbacher, Leopold, 214
Kriss-Rettenbeck, Lenz, 215
Kroll, J., 203
Kübler-Ross, Elisabeth, 235
Kudlien, Fridolf, 154
Kümmerle, H. P., 34
Kunstle, Karl, 206, 210
Künstler, Gustav, 213, 214
Kurtz, L. P., 209
Kutner, Ann G., 33
Kutscher, Austin H., 118, 232

La Barre, W., 170
Lacroix, H., 217
Ladner, Gerhart B., 205
Laënnec, René T. H., 188
Laing, R. D., 194
Lalonde, Marc, 17
Lampton, David, 71
Lancisi, Giovanni Maria, 123, 222
Landsberg, Paul L., 202

Lang, Cosmo Gordon, Erzbischof
von Canterbury, 236
Larson, William R., 255
Lasagna, Louis, 77
Laue, H., 187
Lave, Lester B., 25
Leach, Gerald, 289
Lebrun, François, 24
Leclerc, Lucien, 134
Legator, Marvin, 256
Leibniz, Gottfried Wilhelm, 176
Leibowitz, Joshua O., 216
Leibrand, Werner, 192
Leifer, Ronald, 194
Lenoir, René, 258
Leridon, M., 26
Lerner, Daniel, 188
Lerner, Monroe, 17, 122, 293
Lessa, William A., 139
Lester, David, 101, 236
Letourmy, Alain, 28, 92
Levine, Sol, 278
Levinson, Charles, 86
Lévi-Strauss, Claude, 95, 208
Lewin, Leonard, 121
Lewin, Louis, 53
Lewis, Charles E., 37
Lewison, Edwin F., 32
Liang, M. H., 70
Lifton, Robert J., 179, 180
Lin, Paul T. K., 70
Linder, Staffan B., 74
Lindheim, Roslyn, 7, 96, 101
Lindner, H., 209
Lindsay, Malcolm I., 33
Lippross, Otto, 137
Lipton, S. D., 136
Lisitsin, Y., 65
Logan, W. P. D., 251
Loiacono, G., 80
Longone, P., 62
Lorber, Judith, 54
Loucks, Orie, 293
Lowe, C. R., 258
Lowrey, George H., 41
Lucas, Alexander R., 115
Lucia, Salvatore P., 154, 170

Ludwig XIV., 221
Luther, Martin, 211, 212, 213,
264
Maccoby, Michel, 255
Macdonald, Duncan B., 171
Mach, E. P., 258
MacKinney, Loren C., 217
Maguire, Daniel, 237
Maitland, Frederic W., 220
Male, Émile, 210
Malinowski, Bronislav, 233, 303
Marcus, Jacob, 135
Marcuse, Herbert, 74
Maria Theresia, Kaiserin, 94
Marien, Michael, 278
Markson, Elisabeth, 101
Marx, Karl, 50, 180
Massman, H. F., 210
Mata, Leonardo J., 105
Mather, Cotton, 188
Mather, H. G., 33, 130
Mathews, Mitford M., 178
Mauzi, Robert, 177
Maxwell, R., 59
May, Jacques M., 23, 29
Mayer, J., 40
Mayeroff, Milton, 144
McCleery, Robert S., 81, 262
McGlashan, N. D., 23
McKeown, Thomas, 18, 22, 258
McKinnon, N. E., 32
McKnight, John, 7, 111, 232
McLachlan, Gordon, 18, 59, 259,
270
McLamb, J. T., 41
McLelland, Donna, 23
McRuer, James, 308
Mead, Margaret, 154
Meador, Clifton, 37
Mechanic, David, 142, 257
Medvedev, Roy A., 72
Medvedev, Zhores, 72
Meinert, C. L., 31
Meiss, Millard, 217
Mellanby, Keith, 30
Mellander, O., 105
Melzack, R., 161
Merleau-Ponty, M., 192
Merskey, M., 164
Messinger, Sheldon, 109
Meyler, L., 35
Michaelson, Michael, 255
Michaelis, 173
Michault, Pierre, 206
Michler, M., 154
Mick, Stephen S., 68
Millepierres, François, 185
Milton, John P., 29, 31, 252
Minogue, Kenneth, 178
Mintz, Morton, 36, 45, 81
Mitchel, Bruce, 31
Mitford, Jessica, 119
Mitscherlich, Alexander, 295
Modell, Hilary, 83
Moehle, H., 159
Molière, 185
Moll, Otto E., 199
Monegal, Emir Rodriguez, 214
Montaigne, Michel de, 220
Montesquieu, Charles de Secondat,
Baron de, 38
Moore, Francis D., 46
Moore, Wilbert, 55, 280
Morgan, John P., 77
Morin, Edgar, 202, 234
Morison, Robert S., 235, 236
Morrow, William, 296
Moscow, Alvin, 89
Moser, Robert H., 34
Moss, Rosalind, 208
Muehl, Max, 156
Muhlmann, W. E., 152
Mumford, Lewis, 73, 107
Muri, W., 187
Muriel, Josefina, 182
Murray, Henry, 143
Myerhoff, Barbara, 255
Nader, Ralph, 81, 255
Navarro, Vicente, 72, 83, 285,
286
Negrete, V. F., 198
Nelkin, Dorothy, 84

Nelson, Henry, 283
Neuburger, Max, 97
Newell, Kenneth W., 258
Newman, John F., 273
Newton, M., 257
Nietzsche, Friedrich, 180
Nixon, Richard M., 266
Noin, Daniel, 23
Noonan, John Thomas, 26
North, Christopher R., 174
Novak, Maximilian E., 184
Oates, R. K., 106
O'Brien, Mary-Win, 262
Ocampo, Dora, 235
O'Connor, Mary Catherine, 213
Oepke, 173
Oeser, H., 32
Ohm, Thomas, 205
Oldham, P. D., 113
Olson, Robert G., 202
Onians, Richard B., 154
Opitz, B., 36
Osmond, Humphrey, 52, 56,
146
Ostrander, Sheila, 278
Otto II., 53
Overrath, Heinz-Günther, 39
Ozlak, O., 67
Paddock, Paul, 253
Paddock, William, 253
Page, Joseph, 262
Pappe, H. O., 150
Pappworth, Maurice, 114
Paracelsus, 216, 287
Pareto, 112
Parish, Henry J., 30
Parsons, Talcott, 52, 112, 139, 143,
144, 289
Partridge, J. F., 98
Patch, Howard R., 214
Paterson, T. T., 146
Paudler, Fritz, 101
Pauly-Wissowa, 154
Pazzini, Adalberto, 134
Pearsall, Marion, 152
Peignot, G., 220
Pekkanen, John, 87, 255
Pelagius, 206
Perneder, Andreas, 184
Peter, Jean-Pierre, 186
Petersdorf, Robert G., 37
Peterson, Osler, 114
Petit, Jules, 206
Petrie, Asenath, 160
Pettenkofer, Max von, 22
Peuckert, Will-Erich, 101, 222
Philibert, Michel, 97
Pitts, Jesse R., 147
Pius XII., 236
Plessner, Helmuth, 211
Plinius, Secundus, 38
Plüge, Herbert, 153, 176
Pogge, R. C., 138
Pointrineau, A., 24
Polack, Jean-Claude, 18
Polgar, Steven, 23, 152
Pollack, Herbert, 265
Pollard, Sydney, 156
Pollock, Frederic, 220
Porter, R. R., 21
Portmann, Adolf, 151
Powles, John, 18, 25, 130
Poynter, F. N. L., 155, 182, 263
Pradal, Henri, 80
Preuss, Julius, 174
Proger, Samuel, 76
Proskauer, Curt, 200
Puchta, H. G., 101
Pyle, Gerald F., 96
Querido, A., 29
Quinn, James B., 44
Quinn, Joseph, 72
Quinney, Earl R., 54
Quinney, Richard, 279
Radenac, 22
Radomski, J. L., 256
Rahner, Karl, 237
Rainwater, Lee, 257
Ramsey, Paul, 51, 235, 236
Ranulf, Svend, 298

Rayack, Elton, 73
Record, R. G., 22
Reeder, Leo G., 260, 278
Regis, 176
Rehm, Walter, 209
Reich, Walter, 125
Rembrandt, 218
Renoitre, Fernand, 49
Rhea, Buford, 79, 80
Rhode, Johann J., 193
Richet, Charles, 177
Richelieu, Kardinal, 191
Rieff, Philip, 117
Riese, Walther, 142
Riley, John, Jr., 232
Robert, Jean, 7, 74
Robins, A. H., 82
Robinson, David, 143
Robinson, James, 120
Rochaix, Maurice, 189
Rodenwaldt, E., 23
Roemer, Milton I., 58
Rolle, Catherine, 23
Ronaghy, Hossain, A., 67
Rondet, Henri, 215
Ronsard, Pierre, 213
Ronze, Bernard, 228
Rosenberg, Charles E., 20
Rosenblum, Gerald W., 55, 280
Rosenfeld, Hellmut, 209
Rosenhan, D. L., 194
Rosenthal, Franz, 135, 155
Rosier, Bernard, 253
Roth, Julius A., 136
Rothman, David, 183, 296
Rothschuh, Karl E., 164, 176,
192
Rotzler, Willy, 206
Rousseau, Jean-Jacques, 184
Rowley, H. H., 171
Rowley, Harold, 174
Roy, William R., 255
Rubel, Arthur, 69
Ruch, C., 215
Rudolf, Gerhard, 184
Rudolf der Stifter, Herzog, 214
Rüegg, Walter, 200

Rushmer, Robert, 61, 62, 128
Russell, Jeffrey B., 95
Russel, Louise, 59
Sahlins, Marshall, 26, 253
Salin, Edgar, 159
Sanger, William W., 93
Sarano, Jacques, 161, 172
Sartwell, P. E., 36
Sauer, K., 203
Sauerbruch, Ferdinand, 164
Saugnieux, J., 210
Savonarola, Girolamo, 213
Schadewaldt, H., 190
Schaefer, Hans, 259
Scharg, Peter, 115
Scheff, Thomas J., 108, 112
Scherer, Wilhelm, 158
Schimmel, A., 205
Schimmel, Elihu, 122
Schipperges, Heinrich, 19, 110,
135, 182
Schmid, Magnus, 216
Schmidt, Alfred, 78
Schmidt, Johanna, 154
Schreier, Herbert, 82
Schroeder, Lynn, 278
Schultz, Alfred, 310
Schulze-Maizier, Friedrich, 159
Schumacher, Charles F., 258
Schumacher, Joseph, 97
Schwartz, J., 111
Schwarz, Heinrich, 207
Scott, T. H., 161
Scott, Robert A., 100
Scrimshaw, N. S., 21
Sedgwick, Peter, 151, 196
Selby, Philip, 287
Sammelweis, I., 27
Sennett, Richard, 109
Seskin, Eugene P., 25
Sexau, Richard, 219
Shapiro, Arthur K., 90, 131, 137
Sharpston, M. J., 68
Sheldon, Donald R., 265
Shenkin, B., 72
Shental, J. E., 252

Shimanoff, G. M., 296
Shneidmann, Edwin, S., 54
Shrewsbury, J. F. D., 23
Shryock, Richard, 188, 200, 225
Sidel, Ruth, 70
Sidel, Victor, 51, 70, 267
Siegel, G. S., 110
Siegler, Miriam, 52, 56, 146
Sigerist, Henry E., 141, 151, 154,
250, 279, 288
Simmons, Henry, 90
Slack, Paul, 23
Smith, A. J., 70
Smith, B. Able, 59
Smith, G. Teeling, 251
Sofoluwe, G. O., 30
Sollito, Sharmon, 124
Souclairac, A., 54, 163, 169
Souques, A., 173
Souriac, Agnès, 23
Spain, David M., 34
Spanke, H., 205
Spear, F. G., 164
Spece, Roy G., Jr., 296
Speirs, A. L., 80
Spiekermann, Ralph, E., 33
Spock, Benjamin, 254
Stahlin, 173
Stallones, Reuel A., 28
Stamm, Stanley J., 38
Stammler, Wolfgang, 207
Stamp, L. D., 23
Steingießer, Hildegard, 226
Sternglass, Ernest J., 290
Steudel, Johannes, 199, 200
Stevens, Rosemary, 278
Stevens, S. S., 188
Stevenson, Robert, 259
Steward, Julian Haynes, 156
Steward, Kilton, 154
Stewart, Charles T., Jr., 27
Stolley, Paul, 77
Storper-Perez, Danielle, 155
Strickland, Stephen P., 129
Sudhoff, Karl, 216
Sudnow, David, 127, 238
Sussmann, M. B., 53

Sutherland, Edwin, 82
Sutherland, Robert, 32
Swazey, Judith P., 45
Szasz, Thomas, 54, 158, 164, 169,
194
Talmon, Yonina, 97
Tam, Billy, 171
Tam, Miriam, 171
Tamplin, Arthur R., 39
Tannenbaum, Frank, 55
Tawney, R. H., 120
Taylor, C. E., 21
Taylor, Jeremy, 213
Temkin, Lilian C., 154
Temkin, Owsei, 24, 154
Tenenti, Alberto, 209
Tenon, Jacques-René, 184
Teuteberg, Hans J., 23
Thissen, Rudolf, 157
Thompson, Morton, 27
Thomson, Elisabeth, 223
Thuillier, Guy, 24
Titmuss, Richard M., 133, 263
Toellner, Richard, 164, 192
Tolstoi, Leo, 219
Tomatis, Renzo, 122
Townsend, Peter, 102
Toynbee, Joselyn Mary Catherine,
203
Troels-Lund, T. F., 142
Turnbull, Frank, 252
Turner, James, 256
Turner, Victor W., 95
Ullmann, Manfred, 134
Urban VIII., Papst, 217
Uxküll, Thure, 39
Uxküll, Wolfgang, 39
Vahlquist, B., 105
Vaillant, G. E., 76
Vallin, J., 23
van Brock, Nadia, 198
van Gennep, Arnold, 95, 215
van Gulik, Robert H., 154
Van Belmont, J. B., 287

van Leur, J. C., 78
van Zijl, W. J., 20
Vayda, Eugene, 37
Veatch, Robert M., 124
Vernick, Joel J., 232
Vesalius, 219
Vien, Nguyen Khac, 30
Vilain, 22
Villon, François, 207
Virchow, R., 192
Voegelin, Eric, 132
Vogt, Evon Z., 139
Vogt, Helmut, 186, 200
Vovelle, G., 214
Vovelle, M., 214, 220

Wade, Nicholas, 37, 90
Waitzkin, Howard, 83
Wakefield, J., 103
Waldron, H. A., 116
Walton, Alice, 203
Wardell, William M., 91
Warthin, Alfred Scott, 224, 229
Wasson, R. G., 170
Watt, W. Montgomery, 171
Weber, Alfred, 159, 200, 229
Weber, Max, 120
Weinermann, Shirley B., 259
Weinreb, Friedrich, 174
Weintraub, Michael, 77
Westfert, J. N., 20
Weiss, Morris, 115
Weizsäcker, Viktor von, 151, 157,
159
Welch, Claude, 267
Weller, Thomas H., 37
Wellford, Harrison, 256
Wenke, Hans, 164

Westley, William A., 117
Wheeler, Walter S., 281
White, Elisabeth L., 273
White, L., 271
White, Robert W., 54
Whorf, B. L., 198
Wiegelmann, Günter, 23
Wilensky, Harold, 280
Willett, David E., 267
Williams, Kathleen N., 265, 266
Winkelstein, Warren J., 22
Winslow, Charles E. A., 250
Wirth, W., 88
Wisse, J., 102, 222
Wiswe, Hans, 76, 154
Witt, Fritz, 200
Wittgenstein, Ludwig, 167
Wolf, S., 138
Wolff, B. B., 160
Wolff, Harold G., 162
Wolff, Stewart, 162
Wolfram, Richard, 205
Wolton, Dominique, 141
Woolf, Harry, 188
Wright, Lawrence, 24, 183
Wyatt, Richard, 105
Wylie, C. M., 110

Yancey, W. L., 257
Young, James H., 81

Zald, M. N., 34
Zappert, Georg, 165
Zborowski, Mark, 169
Zilboorg, Gregory, 54
Zola, Irving Kenneth, 49, 298
Zoltan, I., 27
Zschok, Dieter, 69

Die Entzauberung der Fortschrittsmythen

Bücher von IVAN ILLICH
bei Rowohlt

«Werbung für Arkadien ist mir ebensowenig wünschenswert wie die Planung Utopiens. Durch vernakuläre Lebenskunst gestaltete Existenz betrachtete ich nicht als heile Welt, frei von Elend, Plage und Grausamkeit: ich werbe hier nicht für den Traum von neuen Hochkulturen, die in ihren ökologischen Nischen aus eigenem Reis, Rhythmus und Ritual gewoben werden sollen. Wer zurück will, den halte ich für einen Verführer, für den gerade in den achtziger Jahren weitere Kreise immer anfälliger werden.»

Ivan Illich: Vom Recht auf Gemeinheit



5343

5246

4425

4629



4834

C 856/14



4829



5131



5640

Industrie & Ökologie

Claus Biegert (Herausgeber)
Indianische Welten
Der Erde eine Stimme geben.
Lesebuch (5219) Juni '87

Mike Cooley
Produkte für das Leben statt Waffen für den Tod
Arbeitnehmerstrategien für eine andere Produktion. Das Beispiel Lucas Aerospace (4830)

Ivan Illich
Selbstbegrenzung
Eine politische Kritik der Technik (4629)
Fortschrittsmythen
Schöpferische Arbeitslosigkeit – Energie und Gerechtigkeit – Wider die Verschulung (5131)

Harald Schumann
Futtermittel und Welthunger
Agrargroßmacht Europa – Mastkuh der Dritten Welt (5742)

Ullrich Schwarz (Herausgeber)
Grünes Bauen
Ansätze einer Öko-Architektur
Technologie und Politik (5539)



5539



5640

Herausgegeben
von
Freimut Duve

aktuell
ro
roo

C 2266/3

Industrie & Ökologie

Joschka Fischer (Herausgeber)
**Der Ausstieg aus der Atomenergie
ist machbar**
Mit einem Beitrag von Otto Schily
(5923)

Cristina Perincioli
Die Frauen von Harrisburg
oder «Wir lassen uns die Angst nicht
ausreden» (frauen aktuell 4719)

Benno Splieth
Plutonium
Der giftigste Stoff der Welt (5927)

Jürgen Stellpflug
Der weltweite Atomtransport
GREENPEACE-REPORT 2
(5745) September 87

Jürgen Streich
Stoppt die Atomtests!
GREENPEACE-REPORT 1 (5926)

Klaus Traube
Plutonium-Wirtschaft?
Das Finanzdebakel von Brutreaktor und
Wiederaufbereitung (5444)



5921



5922

Herausgegeben
von
Freimut Duve



C 2266/3 a

Industrie & Ökologie

R. Griefshammer/F. Vahrenholt/F. Claus
Formaldehyd
Eine Nation wird gelemt
«Die große Vergiftung» – Folge 5
(5543)

A.-M. Hagerfors/Th. Michélsen
Giftexport
Pharmaka und Pestizide für die
Dritte Welt (5436)

I. Kerner/T. Maissen/D. Radek
Der Rhein
Die Vergiftung geht weiter.
Nach der Basler Katastrophe
(12231) Juli 87



5990



4731

Bedrohte Nutzpflanzen:
Weizen, Flachs, Raps, Hafer,
Reis, Gerste, Roggen, Hirse,
Baumwolle, Sojabohne,
Grüne Bohne, Erbse, Mais,
Kartoffel, Tomate u.a.

Herausgegeben
von
Freimut Duve



C 2266/3 b

rororo aktuell

aktuell
rororo

Herausgegeben von Freimut Duve im Rowohlt Taschenbuch Verlag

«Sich selbst zu verändern, glaubwürdig zu werden, Menschen zu überzeugen und den verschiedensten Formen von Ausbeutung und Terror entgegenzuwirken, das mag in manchen Augenblicken ungeheuer schwer erscheinen. Und dennoch gibt es dazu keine Alternative.»
Rudi Dutschke, 1977

Bücher über Rudi Dutschke bei Rowohlt aktuell
Herausgegeben von Gretchen Dutschke-Klotz,
Helmut Gollwitzer, Jürgen Treulieb
und Jürgen Miermeister



(4718)



(4935)

2073/1

Mittel- und Lateinamerika

Anneliese Lühring
Bei den Kindern von Concepción
Tagebuch einer deutschen Entwicklungshelferin in Bolivien (4060)

Joan Jara
Victor Jara
Chile, mein Land, offen und wild
Sein Leben erzählt von Joan Jara (5523)

«Informationsbüro Nicaragua»
(Herausgeber)
Nicaragua –
ein Volk im Familienbesitz
(4345)

Hermann Schulz
Nicaragua
Eine amerikanische Vision (5254)



5925



5438

Herausgegeben
von
Freimut Duve

aktuell
rororo

C 1099/9

Politische Atlanten im Großformat



rororo aktuell 5031
316 Karten



rororo aktuell 5237
40 vierfarbige Karten



rororo aktuell 4726
Über 60 vierfarbige Schaubilder



rororo aktuell 5445
57 vierfarbige Karten

aktuell
rororo

Herausgegeben von
Freimut Duve

C 2087/2

Bücher zum Frieden

Horst Afheldt
Defensive Verteidigung
(5345)

Till Bastian (Herausgeber)
Friedensnobelpreis für 140.000 Ärzte
Dokumente aus der medizinischen
Friedensbewegung (5817)

Anders Boserup/Andrew Mack
Krieg ohne Waffen?
Studie über Möglichkeiten und Erfolge
sozialer Verteidigung:
Kapp-Putsch 1920/Ruhrkampf 1923/
Algerien 1961/CSSR 1968 (1710)

Mike Cooley
**Produkte für das Leben
statt Waffen für den Tod**
Arbeitnehmerstrategien für eine andere
Produktion. Das Beispiel Lucas Aerospace
(4830)

Günter Gaus
Deutschland und die Nato
Drei Reden (5446)



5738



5919

Herausgegeben
von
Freimut Duve

aktuell
rororo

C 2041/10 b

Bücher zum Frieden

Erhard Eppler
Wege aus der Gefahr
(5643)

Johan Galtung
Strukturelle Gewalt
Beiträge zur Friedens- und Konflikt-
forschung (1877)

Bhupendra Jasani/Christopher Lee
SDI Waffen im Weltraum
Countdown zum Krieg der Sterne.
Ein SIPRI-Report (5554)

SIPRI (Herausgeber)
Waffenexport und Krieg
Rüstungsjahrbuch 4 (5432)
Gentechnik als Waffe
Rüstungsjahrbuch 5 (5636)
Waffenproduktion in der Dritten Welt
Rüstungsjahrbuch 6 (5917)

Dorothee Sölle
Im Hause des Menschenfressers
Texte zum Frieden (4848)



Großformat 5237



5926

Herausgegeben
von
Freimut Duve

aktuell
000

C 2041/10 a