

Irving Kenneth Zola

Im Namen von Gesundheit und Krankheit

Über einige sozialpolitische Konsequenzen des medizinischen Einflusses*

Zur Einleitung

Vor einigen Jahren hat ein populärer Satiriker den Raketenspezialisten ein Lied gewidmet.

„Once they are up who cares where they come down
That's not my department, says Wernher von Braun.“

Es handelt sich dabei um eine Aussage, die weit über das Raketengeschäft hinaus von Bedeutung ist. „Das ist nicht meine Sache“ („That's not my department“) wurde auch zu einer Schutzbehauptung für medizinische Wissenschaftler, zu einer Abwehr gegen die Überprüfung möglichen Gebrauchs und Mißbrauchs ihrer Techniken und Entdeckungen. Denn Medizin ist ihrer eigentlichen Natur nach kaum ein neutrales Unternehmen, wie Freidson feststellte: „Als angewandte Tätigkeit ist sie (die Medizin) entweder ausgesprochen amoralisch, was bedeutet, daß sie durch irgendeines anderen Moralität geleitet wird, oder sie ist aktiv moralisch durch ihre selektiven Eingriffe“¹. Kurz gesagt, wir werden einige „amoralische“ und „moralische“ Interventionen der Medizin bei der Auseinandersetzung mit Problemen der Gesellschaft illustrieren, einige der Gründe für ihre gegenwärtige Anziehungskraft als einer „sozialen Therapie“ aufzeigen und darlegen, warum sie für den Menschen des 20. Jahrhunderts eine solche Gefahr darstellt.

Die Neutralität der Mittel im Dienst an einem moralischen Zweck

Die Aufgabe der Medizin ist Diagnose und Behandlung von Krankheit. Das ist an sich eine edle und hoffentlich neutrale Aufgabe. Aber kann sie ohne Rücksicht auf die Situation, in der sie ausgeübt wird, als solche betrachtet werden? Beispielfhaft läßt sich die Belastung jener höchst morali-

* Ich möchte dankbar die redaktionelle und sachliche Durchsicht von Mara Sanadi erwähnen. Außerdem danke ich dem Netherlands Institute for Preventive Medicine, Leiden; denn während ich dort als Gastdozent tätig war, hatte ich Gelegenheit und erfuhr Ermutigung, den hier verhandelten Gegenstand systematisch zu behandeln.

Die Arbeit wurde zuerst anlässlich der 4. International Conference on Social Science and Medicine in Elsinore, Dänemark (11.—16. August 1974) vorgetragen und abgedruckt in: Social Science and Medicine, Vol. 9, pp. 83—87. Pergamon Press Oxford/England 1975 (Übersetzung aus dem Englischen von Johann Jürgen Rohde).

schen Situation bei der Verfolgung nationaler Ziele zu Kriegszeiten entdecken. Daß medizinisches Personal sein Bestes tun sollte, um Leben zu retten und die Verwundeten zu behandeln — innerhalb der Zivilbevölkerung, auf unserer Seite und auf der anderen Seite — ist ziemlich klar; aber danach wird die ganze Sache mulmig.

Beginnen wir bei der Rekrutierung von Angehörigen der kämpfenden Truppe. Schon lange gab es eine Debatte, ob Alkoholismus eine Krankheit sei oder nicht. Aufgrund eines von vielen begrüßten Vorstoßes machte die U.S.-Armee am 8. März 1971 einen Schritt nach vorn. An diesem Tage verkündete das Pentagon einen Wandel seiner Politik in bezug auf Alkoholismus. Von da an handelte es sich nach seinen Maßstäben um eine behandelbare Krankheit. Ein Alkoholiker wurde als solcher nicht mehr physisch für untauglich zum Militärdienst befunden. Kann aber eine solche Entscheidung von politischen Nebentönen freibleiben, in diesem unpopulärsten Krieg, den die Vereinigten Staaten je riskierten, wenn doch psychiatrische Behinderung einschließlich Alkoholismus eine der verbreitetsten Verfahren der Disqualifikation und der Entlassung aus der Armee waren? Man kann sich nur fragen, welche anderen Zustände noch als „behandelbare“ und daher für den Militärdienst nicht disqualifizierende Krankheiten angesehen werden könnten.

Während des tatsächlichen Kampfgeschehens steigern sich die moralischen Dilemmata. Eine Betrachtung der medizinischen Tätigkeit in Kriegszeiten zeigt oft, daß dem Arzt eine Entscheidung zwischen den besten Behandlungszielen und Rehabilitation einerseits und den „Kriegsanstrengungen“ andererseits auferlegt wurde. Nur zu oft kam es praktizierenden Ärzten zu Bewußtsein, daß sie die langfristige Gesundheit ihrer Patienten den kurzfristigen Zielen des Armeekommandanten opfern könnten. Vor einigen Jahren gab es den bemerkenswerten Fall eines Arztes, der sich veranlaßt fühlte, einen Schritt über die Grenzlinie zu tun, den Fall des Dr. Howard Levy, der vor ein Kriegsgericht gestellt und ins Gefängnis geworfen wurde, weil er es ablehnte, die Elitetruppe der „Green Berets“ in Erster Hilfe und anderen medizinischen Behandlungsformen zu unterweisen. Er machte geltend, daß solch eine Unterweisung primär einen politischen Zweck habe, nämlich den, das Vertrauen und die Unterstützung der jeweils örtlichen Population für den Kampf gegen den Vietcong zu gewinnen.

Schließlich gibt es unmittelbare Beiträge der Medizin zu den Kriegsanstrengungen in Form sozial-psychiatrischer Unterstützung bei der Unterminierung des Kampfwillens einer Bevölkerung oder bei der Befragung von Gefangenen oder in Form von biomedizinischen Bemühungen bei bakteriologischer Kriegsführung. Im Herbst 1971 kam ein besonders unangenehmer Fall der Vermischung nationaler Ziele und medizinischer Forschung ans Licht. Das war das Beispiel der Krebsforscher, die, beim U.S.-Verteidigungsministerium unter Vertrag, es zuließen, daß ihre sterbenden Patienten massiven Strahlendosen ausgesetzt wurden, um die psychologischen und physischen Folgen eines derart simulierten nuklearen Fallout analysieren zu können. Als die Experimente schließlich eingestellt wurden, hatten sie bereits über elf Jahre hinweg ange dauert.

Es ist vielleicht angebracht, diese Diskussion über die „Neutralität der Mittel“ mit zwei anscheinend unschädlichen und nur technischen medizinischen Verfahren zu beenden: automatischer mehrstufiger Siebttest (Automatic Multiphasic Testing) und periodische Gesundheitsüberprüfungen. Das Automatic Multiphasic Testing wurde als segensreiche Unterstützung des Arztes, wenn nicht gar als Weg zu seiner totalen Entlastung begrüßt. Während einige die wirkliche Effizienz und Validität all dieser Testresultate in Frage gestellt haben und andere befürchten, daß das Verfahren zu einer zweitklassigen Medizin für ohnehin schon unterprivilegierte Bevölkerungsschichten führt, bestand seine bisherige Wirkung nicht in der Förderung von Gesundheit oder in der Entdeckung von Krankheitsanzeichen, um die eigentliche Krankheit zu verhindern. Drei große Institutionen benutzen daher diese Methode, nicht um Menschen zu behandeln, sondern um sie „auszujäten“: die Streitkräfte, um physisch und geistig Untaugliche auszusondern, die Versicherungsgesellschaften, um „Unversicherbare“ zurückzuweisen, große Industriefirmen, um „hoch risikoträchtige Personen“ herauszupicken. Anläßlich einer Konferenz wurden Vertreter eben dieser Institutionen gefragt, welche Verantwortung sie denen gegenüber übernommen haben bzw. übernehmen würden, welche sie gerade darüber informiert haben, daß sie aufgrund irgendeiner physischen oder geistigen Anomalie „abgelehnt“ wurden. Die Repräsentanten äußerten ruhig und ohne Einschränkung: keine. Weder würden sie den Betroffenen irgendeine angemessene Hilfe zuteil werden lassen noch sich dessen versichern, daß die Betroffenen Hilfe erhalten oder mit Hilfsmöglichkeiten in Berührung gebracht werden.

Das zweite Verfahren, periodische Gesundheitsüberprüfungen (Periodic Health Examinations), wurde ebenfalls wegen seines präventiven Nutzens begrüßt. Aber auch hier haben die aus solchen Check-ups gewonnenen Daten andere Dimensionen angenommen. Ein Beispiel dafür ist ihre Verwendung für eine herrschaftsmäßige Kontrolle von hochgestellten Geschäftsleuten nach dem Motto: „Wenn Sie nicht für Gewichtsabnahme sorgen, wenn Sie nicht um ihren Ulcus sich kümmern usw., dann . . .“. Ein weiteres Beispiel ist die Verwendung dieses Verfahrens im Zuge der Pensionierungspolitik. Ich habe Verträge älterer Professoren gesehen, bei denen das Alter, das als diskriminierendes Kriterium angesehen wird, ausgeklammert wurde und durch den Gesundheitszustand ersetzt wurde, von dem man annimmt, daß er ein faires und objektives Kriterium ist. Aber welche Krankheit oder welche Verfassung ist dazu geeignet, einen Professor für untauglich zu erklären, und wer entscheidet das?

Aus all dem geht hervor, es gibt keine Garantie dafür, daß die bloße Ausübung des „Heilberufs“ einen von der Betrachtung des Kontextes befreit, innerhalb dessen er ausgeübt wird. Und es ist wohl in der Tat gerade der Kontext der Berufsausübung, welcher die moralische Bedeutung eines scheinbar neutralen Akts verändern kann.

Die „moralischen“ Interventionen der Medizin

Nicht nur die Medizin, sondern auch ihre Verkündungen umgibt eine Aura von Objektivität und Ehrbarkeit. Da die medizinischen Meinungen

zu öffentlichen Fragen großes Gewicht haben, ist es wesentlich, einige der Situationen zu beschreiben, wo Medizin sehr viel aktiver Partei ergreift. Gerade weil es so viele sozialpolitische Sachverhalte gibt, gegenüber denen die Medizin bewußt sich zum Anwalt gemacht hat, sind es die den Lebensbeginn umgebenden Phänomene, bei denen dem persönlichen Standpunkt des Arztes und allzu oft auch der Zugkraft objektiver, wissenschaftlicher Daten Raum gegeben wird.

Es hat natürlich seit langer Zeit Experimente mit unterschiedlichen Methoden der Geburtenkontrolle gegeben. Heutzutage aber ist es allein die Medizin, welche das ausschließliche Recht besitzt, die Verfahren weiterzugeben, zumal dann, wenn Frauen betroffen sind. Als medizinisches Verfahren ist das Geburtenkontrollverfahren jedoch nicht gleichermaßen allen erreichbar. Die besser gebildeten, die höhergestellten sozialökonomischen Schichten haben keine Schwierigkeiten, solche Hilfeleistungen zu bekommen, aber eigenartigerweise fühlt der Ärztestand nur wenig Verantwortung dafür, diese „präventive Medizin“ der gesamten und gewöhnlichen Bevölkerung verfügbar zu machen. Vielmehr agiert der Arzt, indem er Information über Geburtenkontrolle verbreitet, oft aus moralischer Zuständigkeit heraus. Eigene Erfahrung wie auch die Literatur über Frauenemanzipation (female liberation) sind reich an Fällen von jungen alleinstehenden Frauen, welche, wenn sie einen Arzt „der Pille“, eines Intrauterinpessars oder eines Diaphragmas wegen angingen, belehrt, gescholten, lächerlich gemacht, verängstigt wurden und denen Hilfe oder auch nur eine Überweisung verweigert wurde.

Bei der Abtreibung kommen die Werte des Arztes noch stärker ins Spiel. Hern, selber Gynäkologe, fördert in seiner bemerkenswerten Analyse der „klinischen Perspektive“ die Dominanz des männlichen Gesichtspunktes darüber zutage, wo Frauen ihren Platz haben sollten.

Die Verwendung des Ausdrucks „normale Schwangerschaft“ in der geburtshelferischen Praxis ist eine Verlängerung des allgemeineren kulturellen Einflusses in den professionellen Bereich hinein. Der Ausdruck ist nützlich in dem speziellen Sinne der Bezeichnung von Routineschwangerschaften. Unglücklicherweise hat der ständige Gebrauch dieses Ausdrucks durch Ärzte seine Rückwirkung auf nicht-professionelle Zusammenhänge gehabt und die Volksmeinung bestätigt, daß Schwangerschaft „normaler“ ist als Nicht-Schwangerschaft. Seine Verwendung innerhalb der ärztlichen Profession läuft auf gewisse schwerwiegende Dilemmata hinaus, besonders dann, wenn die Schwangerschaft unerwünscht ist.

Das rührt an den Kern unserer gegenwärtigen Schwierigkeiten und Kontroversen hinsichtlich der Abtreibung, da Schwangerschaft in der westlichen Kultur traditionalerweise als „normal“ definiert wurde; und daher ist der Wunsch, die Schwangerschaft abzuberechnen, als „pathologisch“ definiert. Daraus folgt, daß jede Frau, die nach einer Abtreibung verlangt, gründlich auf ihren Geisteszustand hin untersucht werden muß; und das ist genau das, was geschehen ist. Die Liberalisierung der Abtreibungsgesetze in einigen Staaten hat zu der Situation geführt, daß psychiatrische Konsultation für Frauen verpflichtend ist, die nach einer legalen Abtreibung im Krankenhaus verlangen; und Krankenhausträger wie auch die Ärzteschaft erhalten mancherorts dieses Ritual aufrecht, selbst dann, wenn keine gesetzlichen Gründe für seine Aufrechterhaltung bestehen².

Darüber hinaus ist, wenn wir die Unterlagen vom Hearing über das englische Abtreibungsgesetz (English Abortion Act) von 1969 lesen, deutlich, daß viele „ärztliche Wissenschaftler“ sich sehr entschieden mit nicht gerade sehr wissenschaftlichen Ansichten über Frauen äußerten, die Abtreibung verlangen. Eingeschlossen waren dabei solche erleuchtenden und objektiven Beobachtungen über „unerwünschte Schwangerschaften“ wie: die Erwähnung der Ermutigung zu Promiskuität durch die Belohnung gewisser Fehlritte; die Behauptung, daß Mütter bei der Geburt eines Kindes stets voller Freude seien und daher der Arzt „die Frau während ihrer Schwangerschaft stützen müsse, bis ihre Courage wiedergewonnen sei“; oder die Verdammung solcher Frauen, „bei denen allein der Grund der Ungelegenheit zur Ablehnung der Schwangerschaft führt“³.

Wegen der „Gewissensklausel“ im britischen Gesetz (d. h.: der Arzt kann nicht gegen seine persönliche Überzeugung zur Ausführung der Operation gezwungen werden) und wegen allgemeiner Opposition anderswo besteht auch, sozusagen funktional, eine Klassenschranke, welche Frauen aus den niedrigen sozioökonomischen Schichten bezüglich des Zugangs zur Abtreibung trifft. Denn: obwohl die Abtreibung theoretisch an vielen Orten erlangbar ist, braucht man Geld, um dazu zu kommen. Wo aber Zeit von Gewicht ist, hat die „Gewissensklausel“ noch eine weitere verzögernde Implikation; denn sie gestattet es dem Arzt, zu anderer Meinung zu gelangen. Obwohl das, oberflächlich gesehen, vernünftig zu sein scheint, trägt es doch eine andere seltsame Erscheinung aus. Wenn im allgemeinen und sonst Patienten von der Notwendigkeit einer Operation informiert werden, werden sie auch gedrängt, sofort zuzustimmen. Wenn es sich aber um Abtreibung handelt, sogar um eine gewollte, ist kein Drängen von der anderen Seite her möglich. Hier nämlich, wo es „medizinisch“ wahr ist, daß sogar eine kurze Verzögerung die Verfassung der Frau genauso wie die Art des nötigen Eingriffs verändert, hat die Frau keinerlei Macht, eine schnelle Entscheidung zu erzwingen. Es ist ironischerweise der Arzt, der geschützt ist. Er ist derjenige, dem nicht nur Gelegenheit, wenn nicht die Ermutigung zuteil wird, die ganze Sache zu überdenken, der davon abgehalten wird, sich in die Angelegenheit hineinzustürzen usw. Eindeutig ist es der Arzt-Vater, von dem angenommen wird, daß er über solche delikaten Angelegenheiten am besten Bescheid weiß.

Ein vergleichbares Beispiel, wo persönliche Gesichtspunkte auf der Linie medizinischer Weisheit marschieren, läßt sich in der neuen Rolle genetischer Beratung sehen. Denn: „ob man einem Leben überhaupt seinen Beginn erlauben sollte“, kann nur zu einer anwachsenden Frage werden. Erst einmal, weil wir mehr und mehr über kongenitale und vererbte Schäden oder Dispositionen lernen und zweitens dann, wenn die Bevölkerungszahl, aus welchen Gründen auch immer, sich mehr und mehr einschränkt. In beiden Fällen wird es unausweichlich sein, zu versuchen, die Qualität der zu produzierenden Population zu verbessern. Anlässlich einer Konferenz, die sich mit dem etwas begrenzteren Thema befaßte, was zu tun sei, wenn eine festgelegte Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß der Nachkomme geschädigt sein werde, wurde der Standpunkt eingenommen, daß es nicht nötig sei, Gesetze zu erlassen oder Eheschließungen zu verbieten, aus denen möglicherweise solche Nachkommen hervorgehen könnten. Mit Rücksicht

auf die Macht und den Einfluß der Medizin und des Arztes argumentierte einer der Teilnehmer:

Es gibt keinen Grund, warum verständige Leute von der Heirat nicht abgehalten werden könnten, wenn sie wissen, daß eines von vier ihrer Kinder mit großer Wahrscheinlichkeit eine Krankheit erben wird⁴.

In dieser Feststellung werden verschiedene Wertannahmen hinsichtlich der Ehe gemacht, die möglicherweise populär sind, aber ganz gewiß nicht notwendigerweise von allen geteilt werden. Folglich müßte der Arzt seinen Argumenten gegen eine Heirat — wenn er überhaupt dem Problem sich widmen wollte — einige andere Alternativen hinzufügen:

1. Einige „Eltern“ könnten bereit sein, mit dem Risiko zu leben, daß von vier Kindern drei allein schließlich wohl geraten.
2. Im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden diagnostischen Verfahren könnten die Eltern das Risiko auf sich nehmen und, wenn die Anzeichen negativ sind, sogar eine Abtreibung riskieren wollen.
3. Wenn das Risiko zu hoch ist, aber der Wunsch, Kinder auszutragen, besteht, könnte in Abhängigkeit von der Art des Problems die künstliche Insemination eine Möglichkeit darstellen.
4. In Anbetracht all dessen, bei gleichzeitigem Wunsch, kein Risiko einzugehen, wäre die Adoption von Kindern eine Möglichkeit.
5. Schließlich gibt es auch noch den Entschluß, ohne Kinder verheiratet zu sein.

Wenn man gegenüber den Ärzten auf die Hauptmacht bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich solcher Angelegenheiten verzichtet, gestattet man ihnen, ihre persönlichen Werte und Moralvorstellungen voll zum Tragen zu bringen. Obwohl es objektive Erwägungen im Hinblick auf diese Fragen gibt (z. B. die medizinischen Risiken bei unterschiedlichen Zeitpunkten der Abtreibung), ist keine medizinische oder wissenschaftliche Antwort auf die Frage möglich, wann Leben beginnen sollte oder beendet werden sollte, wie man sein Leben leben sollte oder wie das Leben leben sollte. Es handelt sich hier um letzte sozialpolitische Fragen, unabhängig davon, wie sehr wir das gern anders haben möchten.

Das verführerische Versprechen der Medizin

Die sozialpolitische Wirkung der Medizin geht jedoch weit über die spezifischen Aktivitäten und Meinungen der praktizierenden Ärzte hinaus. Ein Bereich solcher Übergriffe und Anmaßungen läßt sich in dem zunehmenden Gebrauch der Metapher von Gesundheit und Krankheit als erklärende Variable, wenn nicht als Erklärung selber, für eine Menge von sozialen Problemen sehen. Ein Blick in die *New York Times* im letzten Jahr förderte medizinische und psychiatrische Kommentare über so verschiedene Probleme zutage wie Scheidungen, Rassenaufstände, Black Power, Jugendkriminalität, Heirat zwischen rassistisch und religiös unterschiedlichen Partnern, Gebrauch von Heroin, LSD und Marihuana, Hochschulversagern, unartigen Kindern, Hippies, Bürgerrechtsfanatikern, Proteststudenten, Kriegsgegnern, Nichtwählern, Kriegsdienstverweigerern und Angehörigen der Frauenbewegung. Ich habe keine Neigung, mich auf einen Streit darüber einzulassen, ob die Frauenemanzipatoren und die Protestierenden mit

klinischen Krankheiten behaftet sind. Ich befaße mich hier damit, was wohl geschieht, wenn ein Problem und seine Träger mit dem Etikett „Krankheit“ behaftet werden. Unausweichlich wird die Hervorkehrung des Krankheitsetiketts dazu führen, daß die Quellen des Ungemachs wie auch der Ort des Angriffspunkts für Behandlung vor allem in Individuen gesehen werden und zugleich die Entstehungsgeschichte des Ungemachs als unpersönlich (z. B. virulente Bakterien oder hormonelle Unausgeglichenheit) angesehen wird. Ein ziemlich typisches Beispiel dieses Vorgangs lief mir anlässlich einer Konferenz über den Weg, die sich mit Altenfürsorge befaßte. Dort stellte ein Sozialarbeiter den folgenden Fall vor:

Dieser 81jährige Mann behauptete, daß er systematisch aller seiner Besitztümer — Geld, Kleidung, schriftliche Unterlagen usw. — beraubt worden sei. Und wenn das alles abhanden gekommen ist, würde er sterben. Sein Mörder, jedoch, würde niemals gefangen genommen werden, denn es könne kein Beweis dafür erbracht werden, daß er (der alte Mann) jemals gelebt habe.

Die gesamte dieser Fallvorstellung folgende Diskussion kreiste um die geistigen Schwierigkeiten und Behinderungen beim Altern und um die Therapien, die dafür vorhanden sind. Es besteht wenig Zweifel, daß dieser Mann nach gängigen psychiatrischen Normen klinisch paranoid war. Aber war die Realität seines Altwerdens und vielleicht des Altwerdens überhaupt — das Gefühl des Verlusts, der Vernachlässigung, der Verlassenheit, deshalb weniger wahr, als es sich in seiner Fantasie darstellte? Wir waren so sehr in der psychiatrischen Perspektive gefangen, daß nicht einer bei der Tagung, einschließlich meiner selbst, in der Lage zu sein schien, diesen Punkt zu sehen, noch waren wir in der Lage, irgendeinen anderen sozialen, ökonomischen, politischen usw. Aspekt des Alterns zu diskutieren. Wir vergessen nur zu oft, daß das, was wir hinsichtlich eines bestimmten „Leidens“ tun können, davon abhängt, wohin wir zu schauen und was wir zu sehen und zu verändern bereit sind. Jedes Phänomen, es handele sich um eine physische Krankheit oder ein soziales Problem, hat eine geradezu unbegrenzte Menge von Ebenen der Analyse. Es gibt vermutlich so viele Ebenen, wie es Disziplinen gibt, die bereit oder fähig sind, ein Phänomen zu zerlegen (religiöse, ökonomische, soziale, psychologische, biochemische, zelluläre und neuerdings ernährungswissenschaftliche Ebenen). Jede analytische Ebene ist zugleich auch ein möglicher Angriffspunkt für Interventionen.

Manchmal hat die Konzentration auf individuelle Probleme nicht nur indirekte Auswirkungen auf die öffentliche Politik wie etwa in Programmen für alte Leute, die auf „Ergebnissen“ der oben erwähnten Konferenz basieren; vielmehr kann eine solche Konzentration auch einen viel direkteren Einfluß besitzen. Das läßt sich an den Worten eines Verwaltungsbeamten erkennen, der über die Armen und Benachteiligten sich Gedanken macht.

Der nächste Schritt in der öffentlichen Wohlfahrtspflege sollte die Entwicklung eines professionellen Programms hoher Qualität sein, das sich mit den Problemen der sozialen und emotionalen Anpassung an ökonomische Abhängigkeit befaßt⁵.

Ökonomische Abhängigkeit wird hier also als Feststehendes angenommen. Die sozialen und emotionalen Probleme, die daraus sich ergeben, sind der

Angriffspunkt für Veränderung. Solcher Gesichtspunkt könnte das grundlegende Problem der ökonomischen Abhängigkeit gleichsam als Gegebenes absegnen, indem seine Ursachen ignoriert und nur seine Folgen untersucht und behandelt werden. Höchst zynisch gesagt, könnte das bedeuten, daß man sich mit dem Vorhandensein von Millionen von Arbeitslosen zufriedengibt und dann herausfindet, wie wir diese Leute zu einem geringfügigeren Problem machen können.

Was in all diesen Beispielen zum Tragen kommt, ist ein „Geh-nur-nicht-tiefer-Effekt“ und damit einer, der größtenteils jenem Aspekt der medizinischen Vorstellungswelt entstammt, bei dem die Quelle des Leidens wie auch der Ansatzpunkt der Behandlung primär in Individuen geortet wird. Während das bei der Handhabung von spezifisch organischen Schäden einen pragmatisch zureichenden Grund haben mag, hat die Lokalisierung eines sozialen Problems im Individuum oder in seinem unmittelbaren Umkreis die zusätzliche Funktion, uns gegenüber größeren und unbequemerem Wahrheiten blind zu machen. Slater nennt das das „Toiletten-Postulat“ (toilet-assumption).

Unsere Vorstellungen über die Anstaltsverwahrung von alten Leuten, Psychotikern, Zurückgebliebenen und Behinderten gründen sich auf ein Denkmuster, das wir ebenfalls als „Toiletten-Postulat“ bezeichnen können, dem die Annahme zugrunde liegt, daß unerwünschte Dinge, unerwünschte Schwierigkeiten, unerwünschte Komplexitäten und Widerständigkeiten dann verschwinden werden, wenn sie unserem unmittelbaren Gesichtsfeld entrückt worden sind. . . Unsere Annäherung an soziale Probleme besteht in der Verringerung ihrer Sichtbarkeit nach dem Motto: „aus den Augen, aus dem Sinn“. . . Das Ergebnis unserer sozialen Anstrengungen bestand darin, die Hintergrundprobleme unserer Gesellschaft weiter und weiter der täglichen Erfahrung und dem täglichen Bewußtsein zu entfernen und daher das Wissen, die Fähigkeit, die Ressourcen und die Motivationen, die für die Auseinandersetzung mit ihnen nötig sind, in der Masse der Bevölkerung abnehmen zu lassen⁶.

Die Spezifizierung irgendeines Problems als individuelle Krankheit oder sogar als Reflex auf diese ist nur eine Variation über dieses Thema. Da eine Krankheit per definitionem nicht sozial ist, ist zugleich auch die Ebene der erwarteten Intervention nicht gesellschaftlich. Wenn man ihr irgendwo beikommen muß¹ oder wenn irgendwer für sie verantwortlich gemacht werden muß, dann sind es die Individuen — üblicherweise die Problemträger — und gewiß nicht der verbleibende Rest oder die Gesellschaft als Ganzes. Es berührt natürlich sehr viel weniger, die Konzentrationslager und den Völkermord des 2. Weltkriegs der Verrücktheit einiger weniger Menschen zuzuschreiben, als dafür die banale Komplizenschaft von Millionen verantwortlich zu machen⁷. Denn Individuen sind theoretisch handhabbare Einheiten. Was für eine Pandora-Büchse würde geöffnet, wenn Senilität, Drogensucht, Alkoholismus, das Bedürfnis nach Abtreibung usw. als Anzeichen dafür betrachtet würden, daß in der Grundstruktur der Gesellschaft im ganzen eher etwas faul ist als (oder genauso wie) in der Grundstruktur einer relativ kleinen Kollektion von Einzelseelen.

Die moralische Neutralität des medizinischen Modells

Es gibt viele Gründe dafür, daß das medizinische Modell weithin dazu verwendet wurde, „die Übel der Gesellschaft“ zu verstehen, zu diagnostizieren, zu behandeln. Gewiß nicht der geringste unter diesen Gründen besteht in der Annahme der moralischen Neutralität eines solchen Modells. Doch liegt gerade darin die größte Gefahr, daß moralische Fragen abgeschafft oder verdunkelt werden. Krankheit, so unterstellt die medizinische Perspektive, ist etwas Schmerzliches und Unerwünschtes und damit etwas, das beseitigt werden kann und beseitigt werden sollte. Gerade wegen des letzteren Sachverhalts muß man große Vorsicht walten lassen, wenn soziale Probleme oder unangenehme gesellschaftliche Phänomene mit Krankheit gleichgesetzt werden. Der Gebrauch von Narkotika und Homosexualität vermittelt uns zwei aktuelle Beispiele dieses Vorgangs. In beiden Fällen handelt es sich um Verhaltensweisen, welche von vielen als moralisch anfechtbar betrachtet werden. In vielen Teilen der Welt sind beide Verhaltensweisen ein kriminelles Delikt. Jetzt aber, aufgrund moderner Aufklärung, verändert sich die Situation. Die Verhaltensweisen werden weniger oft als Strafrechtstatbestände und häufiger als Krankheitszeichen angesehen, wenn nicht als Krankheiten *ipso facto*. Obwohl das humanitärer und in höherem Maße therapeutisch sein mag, bringt es doch noch keine Antwort auf die dem allen zugrunde liegenden ethischen und moralischen Fragen. Folglich ist die Tatsache, daß es signifikante medizinische, psychologische und sogar physiologische Unterschiede zwischen Homosexuellen und Nicht-Homosexuellen, zwischen Rauschgiftbenutzern und Nicht-Benutzern gibt, noch keinen Beweis dafür, daß Homosexualität oder Rauschgiftgebrauch primär medizinisch-psychologische Probleme sind. Auch die Tatsache, daß Homosexuelle oder Rauschgiftbenutzer behandelt und gewandelt werden können, ist kein Argument dafür, daß sie zu solcher Wandlung gezwungen werden sollten. Genau das aber geschieht beständig im Zusammenhang mit dem medizinischen Modell. Populäre Zeitschriftenartikel haben sogar schon angefangen, derartige Erwägungen als Argument „gegen Homosexualität“ zu verwenden. Zumindest eine beispielhafte Äußerung über die „Besserung“ von Homosexuellen durch Psychotherapie kam zu dem Schluß, daß deshalb und nunmehr die Homosexuellen keine Ausrede dafür haben könnten, sich einer Behandlung nicht zu unterziehen. Innerhalb dieses Bezugsrahmens kann dann nicht einmal mehr danach gefragt werden, ob der Homosexuelle oder der Süchtige überhaupt eine Wandlung wünscht, wie es mit seiner Zufriedenheit mit der Situation aussieht und wie es um sein Recht steht, über seinen Körper in seiner Weise zu verfügen, wenn er anderen dabei kein Leid zufügt. Eine soziale Krankheit ist dann, genauso wie eine individuelle, ohne Rücksicht auf die Wünsche des Individuums zu eliminieren.

Der Begriff „ohne Rücksicht“ ist ein Schlüsselwort. Im Prozeß, der ein soziales Problem als Krankheit etikettiert, gibt es eine Macht-Ungleichheit von beträchtlicher Bedeutung. Denn Krankheit darf nur von bestimmten, durch Sonderlizenzen und -mandate ausgestatteten Amtsträgern diagnostiziert und behandelt werden, vor allem von Ärzten. In einer derartigen Situation hat der potentielle Patient nur wenig Recht, gegen die Etikett-

Diagnose anzugehen. Im Grunde verschleiert die gesellschaftliche rhetorische Übereinkunft die Frage erneut, wenn ein Patient es tatsächlich wagt, dem entgegenzuwirken, was für ihn getan wird. Da er krank ist, weiß er nicht wirklich, was für ihn gut ist. Die Behandler-Diagnostiker glauben natürlich, daß sie dem Interesse des Patienten Rechnung tragen, da doch für sie „nichts drin ist“, nämlich für die Experten, die die Diagnose erstellen. Die bloße Expertise, als gesellschaftlich legitimierte, läßt das Urteil als moralisch neutral erscheinen. Gerade in diesem Gedankenzug liegt die am schwersten wiegende Täuschung. Selbst wenn wir zugeben, daß die Krankheit, die Diagnostiker und ihre Mittel moralisch neutral sein können (etwas, das ich ernsthaft bezweifle!), ist doch die Entscheidung, daß ein jegliches soziales Problem in ihren Zuständigkeitsbereich fällt, für die Gesellschaft nicht ohne moralische Folgen. Eine solche Entscheidung ist genau deshalb nicht moralisch neutral, weil bei der Begründung ihrer Relevanz als Schlüsseldimension für Handlung der moralischen Frage nicht ganz offen ins Auge gesehen wird, und gelegentlich wird sogar ihr Aufkommen verhindert. Dadurch, daß ein spezifisches Verhalten als eine Krankheit akzeptiert wird und die Definition von Krankheit im Sinne eines unerwünschten Zustands festgelegt wird, wird es nicht so sehr zur Frage, ob man mit einem bestimmten Problem sich auseinandersetzen muß, sondern nur noch wie und wann. Mithin konzentriert sich die Debatte über Homosexualität, Drogen, Abtreibung auf den Grad von Krankheit, der dem in Frage stehenden Phänomen zukommt, oder auf das Ausmaß eines darin enthaltenen „Gesundheitsrisikos“. Und die viel grundlegendere, bestürzendere oder sogar moralische Frage, welche Freiheit ein Individuum haben sollte über seinen Körper, wird beiseite geschoben.

Zum Schluß

Soweit mein Warnruf in bezug auf die Gefahren einer pauschalen Übernahme des medizinischen Modells in unsere Alltagswelt. Mit den bildhaften Beispielen wollte ich die sozialen, die politischen und kaum neutralen Ziele verdeutlichen, welche die Übernahme des medizinischen Modells unterstützen können. Es sollte hoffentlich deutlich geworden sein, daß Medizin nicht ein neutrales Unternehmen an sich ist, sondern vielmehr dazu geeignet ist, entweder für die Erreichung gewisser politischer Ziele (amoralische Interventionen) oder als Verschleierung für gewisse Wertvoraussetzungen (moralische Interventionen) verwendet zu werden. Der Einfluß der Medizin in der gegenwärtigen Gesellschaft geht noch weiter, wenn sie dazu verwendet wird, soziale Probleme zu erklären. Meine grundlegende Überzeugung besteht darin, daß der zunehmende Gebrauch von Krankheit als Schlüssel für das Verständnis sozialer Probleme keineswegs als entscheidende Verschiebung des moralischen oder rechtlichen Gesichtspunkts in Richtung auf einen neutralen betrachtet werden kann, sondern allenfalls als alternatives begriffliches Schema oder als Strategie für die Sicherung erwünschten sozialen Wandels. Das offenbart eindrucksvoll ein Kommentar des Dekans einer katholischen Universität zur Wiederbelebung von Hexenkünsten in studentischen Wohnbereichen.

Wir sind alle hier wirklich progressiv geworden. Ein paar Jahrhunderte früher hätten wir sie verbrannt. 25 Jahre früher hätte ich sie exmatrikuliert. Jetzt aber schicken wir sie einfach alle zu Psychiatern⁸.

Die Veränderung in der Handhabung derartiger sozialer Probleme liegt hauptsächlich bei denen, die es unternehmen, den Wandel herbeizuführen (Psychiatrie oder andere medizinische Fachrichtungen) und dort, wo der Wandel stattfinden soll (in Psyche und Leib des Individuums). Für die gesamte medizinische Sprachregelung ist das zu klärende Problem und die betroffene Person nicht weniger unmoralisch. Das Problem oder die Person sind gleichwohl „unser Problem“, obwohl die Sprachregelung uns davon überzeugen mag, daß der Betroffene und nicht die Gesellschaft verantwortlich ist und daß er, aber nicht die Gesellschaft verändert werden sollte. Selbst die moralischen Imperative bleiben dieselben im Zuge der Vorstellung, daß dann, wenn eine solche Problemperson medizinisch behandelt und geändert werden kann, eben dieses auch geschehen sollte.

Hier jedoch findet keineswegs eine imperialistische Eroberung der Geister und Urteile unserer Gesellschaft durch Medizin und Psychiatrie statt; es handelt sich wohl eher um ein heimtückisches und diffuses Phänomen, das in seiner Wirkungsmacht und in seiner Natur in aller Welt gegeben ist. Ich betrachte mit Sorge, daß die Gesellschaft in ihrem Bestreben, ihre Probleme durch eine Gesamtkur an allen zu beseitigen, dabei verharret, nach dem Rat von wissenschaftlichen Experten — in diesem Falle von Medizinern — verlangt, und daß Medizin (vielleicht arglos) nur allzu sehr bereit zu sein scheint, sich auf soziale Fragen einzulassen. Die Hauptgefahr besteht darin, daß beide Seiten nur allzu oft sich nicht dessen bewußt sind, was sie wirklich tun: nämlich daß sie die beständige und unausweichliche moralische (und zugleich auch sozialpolitische) Natur sozialer Probleme verschleiern. Dieser Beitrag ist also kein Angriff auf die Medizin, sondern eine Darstellung der Situation, in der wir uns selber im ausgehenden 20. Jahrhundert befinden. Ich bin davon überzeugt, daß die medizinischen Bereiche eine Bühne oder das Beispiel *par excellence* der heutigen Identitätskrise hinsichtlich der Frage sind, was ist der Mensch, und was wird aus ihm werden? Es handelt sich hier um ein Schlachtfeld, nicht weil es sichtbare Bedrohungen und Unterdrücker gäbe, sondern weil diese nahezu unsichtbar sind; nicht weil die Perspektive, die Mittel und die praktizierenden Ärzte und andere Hilfsberufe etwas Böses sind, sondern weil sie es nicht sind. Das Ganze ist so erschreckend, weil hier Elemente der Banalität des Bösen entdeckt werden können, über die Hannah Arendt so erschütternd geschrieben hat. Die Gefahr ist im vorgeführten Zusammenhang freilich größer, nicht weil der Prozeß als ein technischer und wissenschaftlich objektiver maskiert wird, sondern als einer, der unser aller Wohl im Auge hat.

Anmerkungen

1 Freidson, E.: *Profession of Medicine*, S. 346. Dodd & Mead, New York 1970.

2 Hern, W. M.: Is pregnancy really normal? *Family Planning Perspectives* 3, 5, 1971.

3 Hordern, A.: *Legal Abortion: The English Experience*, Pergamon Press, Oxford, 1971.

4 Berichtet in Eisenberg, L.: Genetics and the survival of the unfit. *Harper's Magazine*, 232, 57, 1966.

5 Kruse, A.: Implications for voluntary agencies. *The Social Welfare Forum*. National Conference on Social Welfare, New York, S. 109. Columbia University Press, 1957.

6 Slater, P.: *The Pursuit of Loneliness*, S. 15. Beacon Press, Boston, 1971.

7 Siehe z. B. Gilbert, G.: *The Psychology of Dictatorship*, Ronald Press, New York 1950 vs. Arendt, H.: *Eichmann in Jerusalem — A report on the Banality of Evil*, Viking Press, New York, 1963, oder Morse, A. D.: *While Six Million Died — A Chronicle of American Apathy*, Ace, New York, 1967.

8 Berichtet in der *New York Times*, 1969.