

1st Austrian

Health Economics Forum 2008

**Trends, Herausforderungen und Entwicklungen am europäischen
Gesundheitsmarkt**

**Trends, Challenges and Changes on the European
Healthcare Market**

Herausgegeben von Peter Granig

Klagenfurt, 2008

© AHEF Austrian Health Economics Forum, 2008
Herstellung: Hermagoras Druckerei / Mohorjeva tiskarna
Verlag: Hermagoras-Verlag / Mohorjeva založba
Cover: planetsisa
Layout: Peter Granig, Kriemhild Leitner
Redaktion: Peter Granig, Kriemhild Leitner
Fotovermerk: Fachhochschule Kärnten, Wolfgang Wagner
ISBN: 978-3-7086-0442-8

Inhalt

<i>Peter Kaiser</i> Gesundheit muss leistbar bleiben!	18
<i>Andrea Kdolsky</i> Rede zur Eröffnung des 1 st Austrian Health Economics Forum.....	22
<i>Blaž Župarić</i> Das Gesundheits- und Pflegesystem im Kanton Posavina	27
<i>Martin McKee</i> Health Systems, health and wealth	30
<i>Luigi Bertinato</i> Marketing the Veneto Healthcare Model: Health Tourism, Cross-border Healthcare and More	36
<i>Gerhard Zednik</i> Strategische Ansätze zu einigen Herausforderungen für das europäische Gesundheitswesen	48
<i>Erich Laminger</i> Nachhaltige Sicherstellung von Versorgungsstrukturen durch überregionale Zusammenarbeit.....	54
<i>Alfred Wurzer</i> Zugang zu Gesundheitsleistungen am Beispiel der Versorgungsstrukturen in Kärnten	58
<i>Karl Wulz</i> Grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen am Beispiel des LKH Villach	67
<i>Bernhard J. Güntert</i> Betriebliches Gesundheitsmanagement: Personalmarketingmaßnahmen oder notwendiges und effektives Instrument des Personalmanagements	74
<i>Ulrich Frick</i> „Prävention geht vor Kuration“ ...stimmt das eigentlich?	83
<i>Klaus Ropin</i> Betriebliche Gesundheitsförderung – Kosten und Nutzen für Unternehmen, Arbeitnehmer/innen und Gesellschaft	104
<i>Othmar Haas</i> Wahrnehmung der Verantwortung für das österreichische Gesundheitssystem aus der Sicht von Akteuren.....	110
<i>Maria M. Hofmarcher-Holzhacker</i> From „cure“ to „cure with care“: Issues and challenges for improved health system performance	122
<i>Peter Heintel</i> Warum gibt es nur eine Gesundheit und so viele Krankheiten?	134

Workshop 1: Melanie Deutmeyer, Harald Seider

Die pflegerische Versorgung alter Menschen zwischen Wunsch und Wirklichkeit: gesellschaftliche Wünsche, politische Forderungen und ökonomische Machbarkeit 186

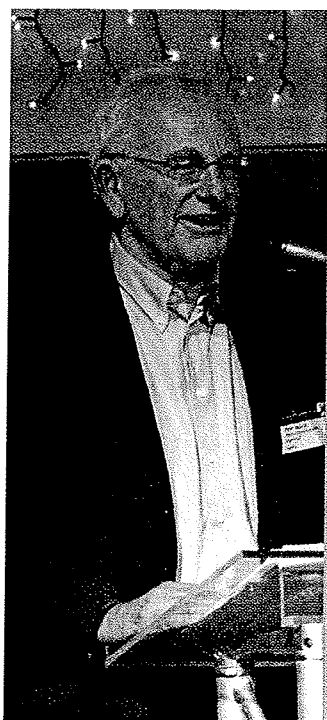
Workshop 2: Holger Penz, Gerhard Stadtschreiber

Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung..... 204

Workshop 3: Ines Krenn

Gesundheitsförderung und Prävention als Kernaufgabe von Public Health..... 218

✦



O.Univ.Prof. Dr.

Peter Heintel

Philosoph

Alpen Adria Universität Klagenfurt

Österreich

Warum gibt es nur eine Gesundheit und so viele Krankheiten?

(Eine Skizze)

„Je mehr wir uns der Wahrheit nähern, desto mehr entfernen wir uns von der Wirklichkeit“.

(J.S. Lec)

Die meisten Menschen, mit dieser Frage konfrontiert, fanden sie verwunderlich bis blöd, wenige gutwillige waren überrascht und begannen, wie ich vor einiger Zeit, darüber nachzudenken. Es scheint zunächst so selbstverständlich zu sein, dass gesund eben gesund ist, während sich Krankheit in vielen Erscheinungsformen und Facetten äußern. Dennoch fällt auf, dass es von Jahr zu Jahr immer „mehr“ Krankheiten gibt, dass ihre Anzahl nach oben hin anscheinend nicht begrenzt ist und Mediziner in der gefürchteten „Patho“ immer mehr „Stoff“ dazubekommen. Gerade dort, wo man aber die „neuen“ Krankheiten entdeckt, wächst auch beständig die Lebenserwartung. Dies ließe ja den Schluss zu: Je mehr Krankheiten entdeckt und erforscht werden, umso leichter, den kranken Menschen spezifisch zu

behandeln, umso schneller wird er wieder gesund. Dem widerspricht allerdings der Befund, dass Menschen mit hoher Lebenserwartung eher weniger krank gewesen sind; zwar scheint unser versichertes Gesundheitssystem, unterstützt durch ökonomische und beschäftigungspolitische Rücksichten, dafür zu sorgen, dass man Krankheiten „pflegt“ (sie einmal diagnostiziert, nicht mehr „auslässt“, dass statistisch gesehen es daher auch immer mehr „Krankheitsfälle“ gibt gegenüber früheren Zeiten; auf diese Tatsache allerdings höhere Lebenserwartung zu beziehen, ist zumindest ein kühner Schluss. Im Gegenteil, es wird oft bemerkt, dass gerade diejenigen, die einmal „in die Mühle“ spezialistischer „Diagnosensyndrome“ hineingeraten sind, so leicht auch nicht wieder herauskommen. Vielleicht ist daher ein Umkehrschluss angebe-

racht; vielleicht handelt es sich im Sammeln, Entdecken, Festhalten und Aufzeichnen von Krankheiten um die Fortsetzung uralter Beschwörungsrituale und „Besprechungszauber“, angepasst an unser „quantitatives Zeitalter“. Die vielen Krankheiten, die man benennen kann, dienen dann weniger dem „wirklich“ Kranken, sondern dem Gesunden, der weiß, dass im Notfall andere wissen, was mit ihm zu tun ist. Im Bewussten über alle Möglichkeiten an Hinfälligkeit und Ausgesetztheit unseres endlichen Lebens brauchen wir offensichtlich Hintergrundsicherheiten. Wir können „freier“ (gesunder) leben, mehr wagen und unternehmen, wenn wir wissen, dass wir in den Gefahren, die damit verbunden sind, nicht umkommen. Denn eigentlich lauern sie überall (Zwangsneurotiker können darüber Auskunft geben). Vielleicht geht es also um Angst- und Unsicherheitsminimierung. Paradoxe Befund: Die „Kenntnis“ der Krankheiten hilft dem Gesunden, weniger dem Kranken. Denn zweifellos hält freies Leben und Handlungsfähigkeit auch gesünder, als ständig Angst haben müssen. Wir wissen: Eine große Risikoangst zieht das befürchtete Übel förmlich an.

Ich weiß, der naturwissenschaftlich orientierten Medizin mit Zauberei zu kommen, ist unangebracht und ärgerlich. Meint sie sich von diesen, ihren jahrtausendalten Ursprüngen (immerhin generell bis ins aufgeklärte Zeitalter durchaus wirksam) doch weit entfernt. Ihr ist klar, warum es viele Krankheiten, aber nur eine Gesundheit gibt. Die Wissenschaft hat von normierten „Normalwerten“ auszugehen (Gesundheit ist ein

„Puzzle“ solcher Normwerte) und alles, was von ihnen mehr oder weniger abweicht, ist Krankheit. Zwischen Gesundheit und Tod tut sich nun anscheinend ein unendlich teilbares (infinitesimales) Kontinuum und Feld auf. In dem Abweichungen vom Zentrum, den Normwerten immer genauer und detaillierter bestimmt und beschrieben werden können. Es ist daher völlig einleuchtend und klar, dass es früher weniger Krankheiten gegeben hat - nicht weil sie nicht schon da waren, sondern weil sie noch nicht entdeckt waren. Forschung ist eben eine Entdeckungsreise, und je intensiver und mehr geforscht wird, umso mehr muss man zwangsläufig entdecken. Zwar mag unbestritten sein, dass auch „neue“ Krankheiten in die Menschheitsgeschichte treten („Sternstunden“ der Forschung ähnlich der Situation, wenn ein neuer „Komet“ in der Astronomie am Himmel auftaucht); zunächst geht es aber um die „Bestellung“ des vorhandenen Feldes. Die gewöhnlichen, alltäglichen und „unrespektablen“ Abweichungen, das „bestehende“ Krankheitsszenario muss möglichst genau erfasst werden; auch wenn es hier manchmal „eng“ wird für den forschenden Ehrgeiz.

Da unsere Technik unser „Diagnoseinstrumentarium“ immer mehr „verfeinert“, immer genauer und differenzierter macht, muss es auch zu immer spezifischeren Erkenntnissen kommen und dieser Prozess scheint noch lange nicht zu Ende zu sein. Wer könnte auch leugnen, dass die medizinische Wissenschaft in diesem Sinn in den letzten hundert Jahren einen ungeheuren „Fortschritt“ erzielt hat. Also gibt es eine ganz „natürliche“ Erklärung

für unser Phänomen: Die Tatsache, dass es so viele und immer mehr Krankheiten gibt, ist einzig Resultat wissenschaftlichen Erfolgs und Fortschritts. Die „weißen Flecken“ auf der Landkarte sollen weniger werden und diese Leistung „beschert“ uns eben mehr Krankheiten. Dafür sollten wir eigentlich dankbar sein und wir sind es auch weitgehend, wenn da nicht drei Dinge wären, die uns zu denken geben: erstens sind so manche Krankheiten nicht einfach da, sondern „iatrogen“, d.h. allgemeiner gesagt, durch das System selbst „erzeugt“, zumindest hervorgerufen. Zweitens geht immer mehr der Zusammenhang verloren (die Krankheits-spezialisten verstehen sich untereinander oft nicht mehr). Drittens „kostet“ die Angelegenheit immer mehr und ist bald an allgemeinen Finanzierungsgrenzen angelangt (was eigentlich einleuchten muss: Immer mehr Krankheiten fordern in unserem System immer mehr Kosten, so sie „behandelt“ werden; und darauf hat schließlich jeder sein Recht).

Vermutungen und Fragen

1. Ob die Medizin eine Naturwissenschaft ist oder nicht, darüber wurde bereits viel gestritten. Vielleicht ist das Resultat dieser Auseinandersetzung in eine einfache paradoxe Formel zu fassen: Obwohl sie nie bloß Naturwissenschaft sein kann, versucht sie doch unermüdlich immer wieder, es zu sein. Eine unvermittelte Spaltung geht quer durch: Man forscht und behandelt nach naturwissenschaftlichem Modell, verwendet Technik und denkt Heilung als kausales Ursache-Wirkungsverhältnis (- man muss dieses Me-

dikament nehmen, um diese Krankheit wirksam zu bekämpfen); ebenso aber weiß man von der „Mithilfe des Patienten“, von der Bedeutung des Überlebenswillen und des Todeswunsches, der Wirkung von Umgebung, Pflegeart, Ortsveränderung etc. Es gibt also viele "weiche Faktoren", die mit gängigen naturwissenschaftlichen Methoden nicht erforschbar sind. Weil dies aber so ist, weiß man letztlich auch nicht, was wirksamer ist, eine ständige Kränkung für Forschung, Wissenschaft und Praxis. Modellkonsequent hat man lange Zeit versucht, die Bedeutung der "weichen Faktoren" herabzumindern, bzw. sie überhaupt außer Betracht zu lassen. Daran hat sich in den letzten Jahren viel geändert; spätestens die Anerkennung der Psychosomatik hat dafür gesorgt. Mancherorts begibt sie sich aber selbst auf den Weg „unendlicher Differenzialdiagnose“ wieder hinein ins alte Modell oder dreht linear die Kausalitäten einfach um. Was früher „organisch“ bedingt war, ist eben jetzt „psychisch“ bedingt. So wird, wie vorher der „Körper“, die Psyche „verdinglicht“, zum „Seelensack“. So stark ist das alte Modell.

2. Erfahrene Mediziner sehen diese Situation klar und versuchen ein anderes Bild naturwissenschaftlichen Vorgehens zu entwerfen: Naturwissenschaft ist nur ein „Hilfsmittel“, man verwendet sie, wo man sie braucht, wo sie nützlich ist, sonst eher nicht (wer würde leugnen, dass die naturwissenschaftlich-technische Entwicklung nicht ungeheuer brauchbar war für die Chirurgie und ihre „operationskulturelle“ Entwicklung?). Eine neue Schwierigkeit stellt sich ein: Sie liegt in

Vermittlung, Verhältnis, Bezug, Verflechtung. Wann ist was angebracht? über die eine Seite kann man „exakt“ Auskunft geben. Hier bieten Wissenschaft, Tradition, Übung, Sicherheit. Anders bei den „weichen Faktoren“. Hier scheint jeder auf sich, seine Einschätzung und „Kunst“ zurückgeworfen. Sicherheit gibt es nie und wenig weiß man von den „inneren“ Zusammenhängen beider Seiten. Wie sollen sie dann fruchtbar miteinander verflochten werden?

3. Zum naturwissenschaftlichen Modell gehört seit Anbeginn die bekannte Subjekt-Objekt-Spaltung. Und auch wenn die eigentlich „exakte“ naturwissenschaftliche „Leitwissenschaft“ spätestens seit Einstein und Heisenberg diese Spaltung relativierte (die Unschärferelation ist heute bereits Allgemeingut), wirkt sie in anderen Wissenschaften noch kräftig nach. So vermittelt auch die naturwissenschaftliche Medizin das Bild einer „objektiven“ Wissenschaft mit klaren Befunden und Wissensbeständen. Normwerte, Diagnosen beziehen sich auf klar abgegrenzte „Gegenstände“ (z.B. Organe), sind ihnen „inhärent“. Die Wissenschaft tut so, als erkenne sie die Wirklichkeit, so wie sie eben ist, und wenn schon nicht als Ganzes, so doch in den wichtigsten Teilen. Forschung ist „asymptotische“ Annäherung an die ganze Wirklichkeit. Krankheiten sind „draußen“ feststellbare objektiv erkennbare „Zustände“ von Organen, Körperteilen etc. (Als selbst Kranker kommt man hier immer in eine seltsame Situation: Man wird dazu veranlagt, sich seine Krankheit sozusagen „von außen“ zu betrachten, als objektives Faktum; dies ist

aber etwas anderes, als das, was ich als Kranker bin. Die Spaltung setzt sich in den Patienten hinein fort. Auf der einen Seite bringt diese „Veräußerlichung“ sicher Entlastung - man weiß sich im „Allgemeinen“ aufgehoben und ist nicht mehr allein mit seiner Krankheit - auf der anderen Seite löst sie aber auch das subjektiv-innere Verhältnis zur eigenen Krankheit auf und läuft damit Gefahr, die mit diesem Verhältnis verbundenen Heilpotentiale zu deaktivieren). In der angewandten Naturwissenschaft ist man inzwischen von oben beschriebenem Erkenntnis- und Wahrheitsmodell weitgehend abgekommen. Kaum wird mehr ernstlich geleugnet, dass man sich die sogenannte Wirklichkeit immer wieder so zurecht gerichtet hat, dass sie auf die Denkmodelle passte. Jedes „Experiment“ - Basis neuzeitlicher Naturwissenschaft - ist gezielter Eingriff in die Wirklichkeit und reduziert sie zu „idealen Bedingungen“, und jeder Eingriff ist somit Veränderung der bestehenden Wirklichkeit. Objektive Erkenntnis ist damit eben keineswegs Erkenntnis vorhandener Wirklichkeit, die sie belässt, so wie sie ist, sondern Festschreibung einer „Relationen zwischen dem Erkennenden und dem Erkannten. Nur im Verändern des Ursprünglichen - indem wir es uns sozusagen „mundgerecht“ machen - findet Erkenntnis statt. Was heißt das für unser Thema? In aller Radikalität: Krankheiten sind nie Befunde über wirkliche „Zustände“, sondern Relationsbegriffe zwischen diesen und der Wissenschaft Medizin mit all ihren Methoden, Begriffen und Denkformen. Die bestimmten, diagnostizierten Krankheiten sind daher, insofern sie den ursprünglichen

Wirklichkeitszustand verändern, allesamt von der Medizin (mit)gemacht. Natürlich auf der Basis eines vorhandenen Zustandes. Wie weit dieser aber in seiner Komplexität, Geschichte, subjektiven Bedeutung etc. in die Diagnose mit eingeht, überhaupt eingehen kann, liegt nicht in ihm, sondern in der Entscheidung des medizinischen Systems. Also sind eigentlich alle bestimmten Krankheiten „iatrogen“. Ihr „natürlicher“ Zustand wird z.B. so „hergerichtet“, dass er behandelbar wird; Reduktionen sind hier unumgänglich.

4. Also müsste man sich über die nicht geringe Zahl der iatrogenen Krankheitsursachen doch gar nicht beunruhigen. Im Gegenteil: Erst durch die „Verursachung“ seitens der Medizin werden Krankheiten erst behandelbar. Man meint aber offensichtlich noch ein Zweites; dies könnte mit einem „praktizierten Missverständnis“ des Erkenntnismodells zusammenhängen. Wenn man vorerst nämlich meint, Wirklichkeit zu erkennen und zu beschreiben und nicht weiß, wie viel man dabei in sie verändernd eingreift, fallen einem später die dadurch ausgelösten Wirkungen auf den Kopf: Veränderungen, Eingriffe, Reduktionen gehen nämlich nicht harmlos am Gegenstand vorbei; sie wirken selbst und oft unvorhergesehen. Was am Beispiel der Nebenwirkungen von Medikamenten allgemein bekannt und anerkannt ist, lässt sich gewissermaßen generalisieren. Eigentlich ist nämlich schon jede Diagnose ein höchst komplexer systemvermittelter Eingriff, der Wirkungen nach sich zieht und den ursprünglichen Zustand verändert. Diese

Tatsache ist weder ehrenrührig, noch gar ein Verbrechen. Menschen können „von außen“ gar nichts anders erkennen. Warum wird sie also so verheimlicht und fast nur im esoterischen Bereich der medizinischen Wissenschaftstheorie abgehandelt? Offensichtlich handelt es sich hier um ein altes Muster: Eingriffe - vor allem in Bezirke des Lebens - waren immer mit Schuldgefühlen und „Hybrisangst“ verbunden. Dürfen Menschen überhaupt in das Werk, die Schöpfung der „Götter“ oder Gottes verändernd eingreifen? Und wenn, mit welchem Maß? Das „naive“ Erkenntnismodell ist entlastend. Wenn es die Wirklichkeit selbst ist, die über das „Medium“ unserer Erkenntnis sich ihre Gesetze vorschreibt, sind wir außer Obligo. Rechtfertigungsbedarf gibt es nur für „Stümper“, die schlecht oder falsch erkennen. Nun geht es in der Medizin nicht um Eingriffe in irgendetwas, sondern um solche in uns selbst. Dies verschärft die Situation, zumal in unserem System Verantwortung vielfach individualisiert ist. Ich glaube, dass jeder Mediziner, obwohl abgesichert durch das System, genau weiß, was von ihm abhängt. Der Druck ist groß, und die Schuldanfälligkeit oft nur mit Zynismus abzuwehren. So ist es zumindest vordergründig angenehmer, mit Patienten die Illusion zu teilen, man richte sich streng am Leitfaden der Wirklichkeit aus und nicht an einem zumindest in Teilen „selbsterschaffenen“ Produkt.

5. Vielleicht ist es andererseits aber auch entlastend, sich einzugestehen, dass die Illusion nicht stimmt. Dass es eben zur naturwissenschaftlichen Erkenntnis und ihrem

Modell gehört, dass sie wirksam nur sein kann, wenn sie ihren Gegenstand partiell verändert. So betrachtet lautet das neue Paradoxon: „Wirkliche“ Krankheiten kann eine naturwissenschaftlich orientierte Medizin gar nicht behandeln, wohl aber solche, die sie selbst definiert, wenn man will „schafft“. Wie weit diese „Schöpfungen“ von der vorausliegenden Wirklichkeit entfernt sind (noch dazu von der subjektiven, vom Patienten „empfundenen“) weiß sie nie genau, weil dies naturwissenschaftlich nicht erfassbar ist. Hier muss sie auf Reaktionen, auf „Feedback“ warten und diese fallen oft recht unterschiedlich und unvorhergesehen aus. Es besteht dem Modell nach die Neigung, diese Reaktionen entweder zu leugnen oder sie als neue Krankheit zu definieren. Hier erreichen wir dann das Feld iatrogener Ursachen im spezifischen Sinn.

6. Eine erste Antwort auf unsere Ausgangsfrage kann hier versucht werden: Das naturwissenschaftlich orientierte medizinische System muss aus zwei Ursachenkomplexen heraus dafür „sorgen“, dass es immer mehr Krankheiten, aber nur eine Gesundheit gibt: Der erste liegt im Modell selbst und seiner Ausdifferenzierung, der zweite in seiner „naiven“, illusionären Anwendung. Das naturwissenschaftliche Modell erprobt sich (Experiment) in immer neuen Relationen zwischen dem Menschen (seiner Wissenschaft) und seinen Forschungsgegenständen. Wie viele hier möglich sind, kann man nie wissen; die Zahl lässt sich höchstens aus außerwissenschaftlichen Zusammenhängen (religiösen, ethischen) festsetzen. Prinzipiell

geht „empirische“ Wissenschaft daher ins „Unendliche“. Dies auch deshalb, weil jede neue Erkenntnis als Veränderung, in ihrer Anwendung stets auch neue „Wirklichkeiten“ produziert, die wiederum neue Relationen ermöglichen, ja erforderlich machen. Neue Relationen setzen aber nicht immer die alten außer Kraft; zum Teil spezifizieren sie sie nur. D.h., dass ihre Anzahl ständig steigt. Was hier von der Quantität aus betrachtet wurde, zeigt sich von der anderen Seite her gesehen als unendlicher Spezialisierungsprozess. über ihn gibt es aus der Modellillusion heraus ebenso viele schiefe Vorstellungen. Man tut weitgehend so, als wäre Spezialisierung dazu da (und daher entstanden), um die Wirklichkeit im Detail immer genauer, immer besser zu erkennen, zu erfassen. Wenn die Wirklichkeit schon zugegebenermaßen komplex ist, muss es doch ihr „Abbild“, die Wissenschaft, auch sein. Etwas Wahres ist wohl an dieser Vorstellung, auch wenn sie dieses nicht meint: Eben, weil wir die vorausgesetzte, vorgegebene Wirklichkeit in ihrer Komplexität gar nicht erfassen können, sondern sie reduktiv verändern müssen, um sie uns zugänglich zu machen, deshalb wird auch unsere Wissenschaft immer komplexer. Nicht also, weil sie asymptotisch immer mehr von der komplexen Wirklichkeit erfasst, sondern, weil sie ständig am „Nicht-Erfassen“ zu Gange ist. So könnte man die Spezialisierung auch als ständigen „Heilungsversuch“ verstehen, dem es darum geht, die Folgen notwendig eingeschränkter Erkenntnis abzumildern; eine „Selbsttröstung“ über notwendigen und unaufhebbaren Mangel, über unsere grobklotzigen Reduktionen und Verallgemeine-

rungen. Zweifellos liegt aber auch hier ein unversiegbarer Quell für weitere Differenzierung und Spezialisierung; ab einer gewissen Veränderungsdichte braucht wahrscheinlich das System gar keine „Wirklichkeit“ mehr; es ist sich selbst genug und sorgt in selbstverkomplizierender Komplexitätserweiterung für die abgeleitete Wirklichkeit, die sie braucht, nämlich für „neue Krankheiten“. Wir sehen, eine Quelle der vielen neuen Krankheiten ist das Erkenntnismodell selbst und es ist aus sich heraus hier „maßlos“, und muss es sein. Andererseits wissen wir auch um die Mängel der Differenzierung und Spezialisierung.

7. Spezialisierung ist ein Wort für höchst unterschiedliche Geschehnisse. Dies wird klarer, wenn wir drei ihrer Ursachen betrachten. Spezialisierung ist nämlich erstens Konsequenz von Arbeitsteilung, welche in weltgeschichtlichem Maßstab individuelle und kollektive Konzentration ermöglichte (der Weg aus der Zerstreung des Universalismus). Sie ist zweitens Resultat einer hierarchischen Organisationsstruktur, der es im wesentlichen um Machtausübung, Beherrschung, Kontrolle geht und unfähige Veränderung in Bezug auf die jeweils ausgewählten Gegenstände; und sie ist schließlich drittens verursacht durch das Bestreben, Folgen eigener Reduktionen (Verletzungen von Wirklichkeit) mit den gleichen Mitteln zu „heilen“. Vom Anfang unserer Organisationsgeschichte an (der „neolithischen Revolution“) waren alle drei Ursachenketten wirksam, wurden aber bis zu Beginn unserer „Neuzeit“ durch Religion (Tabus), unmittel-

bare Sitte und Überlieferung kontrolliert, im Zaum gehalten und an ihrer Entfaltung gehindert. Machtentfaltungen wurden durch kosmologische, theologische, heilsgeschichtliche Weltkonstruktionen beschränkt. Säkularisierung und Aufklärung haben nun die Ursachen „zu sich selbst“ und ihrem rationalen Kern „befreit“. Dies hat uns eine Verdichtung und Beschleunigung von Entwicklung und Fortschritt beschert, an deren Grenze wir heute zu gelangen scheinen. Die Spezialisierung ist „explodiert“ und sorgt für Unübersichtlichkeiten, hinter denen der eigentliche „Gegenstand“ (z.B. der kranke Mensch) immer mehr verschwindet. Zu beobachten ist darüber hinaus ein innerer Motor der beschleunigten Differenzierung. Indem man eine immer größere Macht über immer kleinere Gebiete (die infinitesimale Methode, die in der Physik zu den „Elementarteilchen“ geführt hat) anstrebt, ist man dabei gezwungen, immer mehr zu reduzieren und auszuschließen (man sieht nur mehr sein Organ, dieses aber nicht mehr in „gesamtkörperlicher“ Umgebung). Diese Reduktionen müssen umso „gewaltsamer“ sein, je kleineren „Realitätsausschnitten“ sie sich zuwenden. Damit erzeugen sie immer mehr „unbeabsichtigte“ Zusatzwirkungen, die selbst wiederum diagnostiziert und behandelt werden müssen. Hinzu zu diesem methodisch begründeten „gegenseitigem Aufschaukeln“ kommt noch die entsprechende hierarchische Organisation, die von sich aus diesen Vorgang unterstützt: Ihre Stärke ist es nämlich, für neue Probleme, die dafür geeigneten Organisationsformen anzubieten; für jede „neue“ Krankheit einen neuen Bereich, ein

eigenes Departement, eine eigene Abteilung. Nun können aber diese Subeinheiten nur bis zu einer gewissen Größe funktionieren, wird sie überschritten, müssen sie sich „spalten“. Anlass dafür müssen nicht immer „neue“ Krankheiten sein, wenngleich dies der „angenehmste“ Grund ist. Es genügt auch, wenn die Anzahl der Fachleute unerwartet wächst; sie werden durch die Struktur förmlich dazu gezwungen, neue Krankheitsgebiete für ihr zukünftiges Tätigkeitsgebiet zu definieren; oft ist auch „Karriere“ an diesen Vorgang gebunden: Es darf also nicht wundern, wenn die Zahl der Krankheiten „exponentiell“ wächst; es liegt dies im „säkularisierten“ inneren Motor der Spezialisierung selbst.

8. Der Nachteil der Spezialisierung liegt nicht nur in der genannten Unübersichtlichkeit, dem damit verbundenen innerwissenschaftlichen Kommunikationsverlust und die Tendenz, sich gegenseitig abzuschließen und abzumauern. (Hier kann die Formel gelten: je größer die Spezialisierung, umso kleiner das „beherrschte“ Gebiet und die damit verbundenen größer werdenden Reduktionen sind, umso größer die Tendenz, sich gegenseitig abzuschotten; sie ist sowohl begründet im gegenseitigen Unverständnis - man weiß immer weniger, was der andere macht - als auch in der Angst, auf seine Reduktionen aufmerksam gemacht zu werden). Es liegt zusätzlich in der Nichtadäquatheit des naturwissenschaftlich-spezialistischen Modells in Bezug auf seinen Gegenstand, dem kranken Menschen. Bevor wir uns diesem Thema zuwenden noch ein Hinweis, der gerade von dieser Seite her das beschriebene Vorgehen

unterstützt. Der Reduktion auf wissenschaftlicher Seite entspricht nämlich diejenige auf Seiten des Patienten, des kranken Menschen. Er fühlt sich selbst reduziert, „unganz“, gestört in seinen sonst „normalen“ Lebensprozessen. Er empfindet Schmerz an einer bestimmten Stelle, die ihn nicht loslässt, fühlt sich in sich „zerfallen“, entfremdet, „außer sich“. Er trennt sich sozusagen auf in ein Subjekt, das sich seiner ehemaligen Gesundheit erinnert und in einen „objektiv“ gestörten „körperlichen“ Zustand. Gegen letzteren suchen wir Hilfe und sind als selbstreduzierte offen und annehmend für Reduktionen von außen, die uns den von uns „abgespaltenen“ Teil erklären und uns Sicherheit geben, nämlich darin, dass er eigentlich etwas uns „Äußerliches“ nicht zu uns Gehöriges ist. Krankheiten haben mit uns als ganze, gesunde Person eigentlich nichts zu tun. Sie sind „Feinde“, die von außen kommen, uns bekämpfen und überwältigen. Diese Feinde müssen „benannt“ werden können, damit man gegen sie die geeigneten Waffen und Strategien entwickeln und verwenden kann. (Chirurgische Instrumente, Medizintechnologie bis hin zu „Kobaltbomben“, Zäpfchen, die wie Patronen aussehen, Spritzen, mit denen man zielgenau den Punkt trifft, etc. repräsentieren sozusagen alle „Waffengattungen“).

Es ist nicht leicht, Sinn und Grenzen dieser inneren Spaltung auf Patientenseite abzuschätzen; einerseits wird sie wohl „technisch-praktisch“ als auch psychisch notwendig sein. Das erstere, weil machtausübende Spezialisierungen auf diese Spaltung angewiesen ist; sie muss davon überzeugt sein, dass Eingriffe

in objektivierte Bezirke sinnvoll sind und dafür die nötigen „Instrumente“ entwickeln. Wahrscheinlich beruht Einiges an Wirkung und Heilerfolg auf dem „Entgegenkommen“ des Patienten, der selbst schon eine gewisse versachlichende Gegnerschaft zu seinem schmerzenden Organ entwickelt hat. Wahrscheinlich gibt es in manchen Phasen des Krankheitsprozesses auch Stadien, wo die Spaltung auch psychisch hilft; wo sie dazu dienen kann, dass man sich mit seinem „Fremden“ auseinandersetzt, mit etwas also, mit dem man nichts zu tun haben will; wo man vielleicht im „Restbereich“ Kraft sammeln lernt und Willen aktiviert. So mögen auch die vielen Krankheiten eine zusätzlich entlastende Wirkung haben. Sie suggerieren die manchmal vielleicht hilfreiche Vorstellung, dass eben nur ein womöglich kleiner Teil von uns krank ist, während wir sonst insgesamt doch gesund sind. Auf der anderen Seite sind wir aber krank und es tröstet wenig, wenn wir sagen, wir haben diese oder jene Krankheit. Eigentlich ist es in dieser Hinsicht mit Krankheit ähnlich, wie mit Gesundheit: Wir fühlen uns insgesamt krank, selten nur in Teilen. Daher ist die Spaltung in anderen Phasen des Krankheits- und Heilungsprozesses nicht nützlich, eher gene-sungsverhindernd.

Hier ginge es nämlich darum, die Krankheit als eigene zu akzeptieren, als besondere Form und als Ausdruck seiner Subjektivität, als nachhaltigen Hinweis auf sich selbst. "Dauerhaft" kann man nämlich niemals von außen geheilt werden; man muss sich selbst heilen wollen; hiezu gehört aber die Herein-

nahme der Krankheit in sich, in Leib und Seele. Für letzteres hat unsere klassisch-naturwissenschaftlich orientierte Medizin wenig Sinn entwickelt. Man darf ihr dies nur dann zum Vorwurf machen, wenn man zugleich die Modellbedingtheit dieses Mangels sieht, bzw. andere Modelle zur Verfügung stellt. Dies geschieht in letzter Zeit in zunehmendem Maße.

9. In der Chirurgie, die ich als die Leitdisziplin unserer Medizin betrachte, die trotz aller Abschottungsversuche auch alle anderen „durchdringt“, vereinen sich nun beide Seiten: Die Abspaltungswünsche der Patienten mit der naturwissenschaftlich-technischen Modellbildung. Ich meine auch, dass in dieser Disziplin und ihren analogen Formen (hiezu zähle ich z. B. auch medikamentöse Seuchenbekämpfung, in der man sich sozusagen gegen ein Heer von bakteriellen Eindringlingen zur Wehr setzt) in Europa und den Westen die meisten Erfolge erzielt wurden. Hier geht es eben auch um Teile, die entfernt oder solche, die wieder „angenäht“ werden sollen; hier verändert man Zustände durch äußeren Eingriff und dies zweifellos mit Erfolg. Die Chirurgie und alles mit ihr Verwandte entspricht somit am „lupenreinsten“ dem beschriebenen Modell und seinen Ursachen: Arbeitsteilung und Spezialisierung sind schon aus „handwerklichen“ Gründen äußerst sinnvoll, hierarchische Organisation zumindest insofern geboten, als es wie in der alten „Zunft“ um ein Meister-Schüler Verhältnis geht, aber auch, weil man sich der „Macht“ des Eingriffs voll auszuliefern hat, man ist ja meist nicht einmal bei Bewuss-

tsein; schließlich ist sie immer auch bestrebt, eigene Reduktion wieder zu teilen, was Neues an die Stelle des Alten zu setzen usw. Zusätzlich kann, unterstützt durch technologischen Fortschritt, immer weiter in den "Mikrokosmos" vorgestoßen werden, was Operationen, Eingriffe immer „punktgenauer“ und für den Patienten weniger aufwendig macht. Die Chirurgie hat in ihrer realen Existenz das zugrundeliegende Erkenntnismodell auch nie verdrängen oder leugnen müssen. Ihr Sinn ist Eingriff, Operation. Dafür muss sie die Stellen wissen, dafür muss sie den Patienten „herrichten“. Die Diagnose steckt das Operationsfeld ab und dies kann in vielfältiger Art passieren. Die Chirurgie begann mit der sezierenden Anatomie; vom Anfang an ging es darum, das (tote) Ganze in Teile zu zerlegen und die Teile dann separat zu behandeln. So viele Teile, so viele Krankheitsmöglichkeiten. Unbeantwortbar aus diesem Modell heraus ist allerdings die Frage: Wo wird weitere Unterteilung sinnlos und richtet sich gegen sich selbst; und die andere Frage: Wo soll man der auch vom Patienten gewünschten Abspaltung (Operation) entsprechen, wo nicht. Es wird zwar natürlich diese Frage in der Praxis ständig beantwortet und entschieden, die Grundlagen dafür muss man sich aber von wo anders herholen; sie sind nicht aus dem naturwissenschaftlichen Modell deduzierbar.

10. „Ganzheitsmedizin“, Homöopathie“, „Akupunktur“ etc. richten sich nun aus den verschiedensten Gründen gegen die fortschreitende Spezialisierung. In ihnen werden

plötzlich auch die Krankheiten „weniger“: Nicht weil sie der Schulmedizin nachweisen, dass es die von ihnen diagnostizierten gar nicht gibt - dies ließe sich ja nur wieder im gleichen System nachweisen - sondern weil sie auf einem anderen Krankheitsbegriff ihr Fundament aufzurichten versuchen. Sicherlich gibt es auch für sie verschiedene Krankheiten, sie können sogar gleichlautende diagnostische Bezeichnungen haben, wie die der Schulmedizin. Sie verlieren aber ihren eigenständigen, „substanziellen“, eingrenz- baren und lokalisierbaren Charakter; sie werden eher zu „Symptomen“ eines verletzten weiteren und größeren Zusammenhan- ges. Pointiert gesagt: Wenn es nur eine Ge- sundheit gibt, so ebenfalls nur eine Krankheit mit vielen Erscheinungsformen.

Gesund sein ist ein Zustand, krank sein der andere; beide sind „umfassend“ und lassen sich nicht auf Teilerscheinungen reduzieren. In den Zuständen selbst mag es zweifellos Unterschiede geben; aber auch sie lassen sich nicht in Symptomen erfassen. Und anzunehmen ist, da es ebenso, wie es „ernstere“ Krankheitszustände gibt, es auch „gesündere“ Gesundheitszustände gibt, von normaler „Funktionstüchtigkeit“ bis hin zu erfülltem Glücksempfinden. Nun mag es zwar notwendig und sinnvoll sein, in wissenschaftlich methodischem Vorgehen Normal- und Normwerte festzusetzen und zum Ausgangspunkt für die Bestimmung von Abweichungen zu machen. Man muss aber wissen, dass damit bereits der erste Schritt zur Spaltung in die eine Gesundheit und die vielen Krankheiten getan wird. Da dann hauptsächlich die

Abweichungen Thema sind, verliert man den Zugang zur Differenzierung der anderen Seite. Man beschäftigt sich nicht mehr mit der Frage unterschiedlicher Gesundheitszustände, d. h. „vieler Gesundheitsen“. Damit gerät aber das Heilungspotential dieser außer Sicht.

Die Normgesundheit ist zunächst ein wissenschaftlich abstrakter Begriff; manche fühlen sich in ihm tatsächlich gesund, manche nicht; ebenso fühlen sich manche „Kranke“ gesünder als manche für gesund Erklärte. In Heilungsprozessen „operiert“ kein vernünftiger Mediziner, auch wenn er noch so naturwissenschaftlich orientiert ist, ausschließlich mit Normwerten und deren Veränderung. Selbst wenn er letztere in den Vordergrund stellt, versucht er mit ihrer Bekanntgabe Menschen zu motivieren, zu ermuntern etc. Appelle an „Lebenswille“, an zukünftige Chancen und Aussichten „arbeiten“ auf einer ganz anderen Ebene, argumentieren eigentlich mit unterschiedlich benennbaren Gesundheitszuständen. Wir bemerken eine seltsame Umkehr: In dem Moment, da von einem („ganzheitlichen“) Krankheitsbegriff ausgegangen wird (wobei ich mir im klaren bin, dass Ganzheitlichkeit kein konkret bestimmbarer Begriff ist, dass er einmal „Kontroversbegriff“ zur „infinitesimalen“ Spezialisierung ist, zum anderen Aufforderung zur „Aufmerksamkeitserweiterung“ beinhaltet. Denn schließlich ist ein Zellsystem ebenso ein Ganzes, wie der ganze Körper oder die Sozialsysteme, in denen er lebt usw. Irgendwo muss man aufhören und Grenzen setzen. Es ist aber ein großer Unterschied, ob man die Grenzen für

immer kleinere Bereiche zieht - Weg der Reduktion - oder ob man sich in die „Systemerweiterung“ vorwagt - Weg der „Anpassung“ an lebendige, vorgegebene Zusammenhänge), gibt es plötzlich viele „Gesundheiten“, mit denen sich gerade auch zur Krankheitsbekämpfung arbeiten lässt. Das Ideal der „klassischen“ Reduktion ist es, wenn sozusagen Krankheit (Diagnose), Symptom und Ursache in eins zusammenfallen; an einem Ort lokalisierbar sind. Auf ihn kann man sich dann mit Maßnahmen konzentrieren, die man „von außen“ einsetzt. Unterschiedliche Gesundheitszustände sind als „Medikation“ hier relativ peripher. Der Eingriff von außen ist ja gerade umso wirksamer, je weniger er von Einflüssen der „Ortsumgebung“ tangiert wird. Im Grunde versucht man sich „ideale“ Experimentbedingungen herzustellen. Das Ideal der „Ganzheit“, der Berücksichtigung komplexer Lebenszusammenhänge (z. B. biokybernetischer Rückkoppelungen oder psychophysischer Wechselwirkungen) hat den universellen Glauben an die Macht äußerer Eingriffe verloren und ist daher nicht so sehr auf das lokalisierbar reduzierte Detail aus. Damit fallen Einzeldiagnose und „Gesamtkrankheit“, Symptom und Ursachenzusammenhang auseinander. Dies schafft jenen Perspektivenwechsel, der unterschiedliche Gesundheitszustände entdecken lässt. Sein Problem ist aber die „Unendlichkeit“ nach der anderen Seite. Während die Spezialisierung ins „unendliche Detail“ fortschreitet, begibt sich jede Art von „Ganzheitsmedizin“ - ich fasse in diesem Wort hier ungenau alle Bestrebungen zusammen, die der Schulmedi-

zin ein anderes Paradigma entgegenzustellen versuchen - in die prinzipielle Unabschließbarkeit von Ursachenkomplexen. Wenn nämlich Symptom und Gesamtkrankheit tatsächlich auseinanderfallen, ist letztere grundsätzlich nicht mehr ursächlich lokalisierbar. Damit aber Therapien möglich sind, müssen Grenzziehungen vorgenommen werden. Diese sind in einem Teil immer willkürlich gesetzt. (Hier liegt übrigens der Hauptgrund des „Scharlatanerievorwurfs“: Mit welchem Grund und Recht erweitern „Ganzheitler“ ihre Systeme und ziehen dann doch wieder Grenzen, die vielleicht wesentliche Ursachenkomplexe ausschließen. Im Grunde ist dieses Spiel natürlich eine „Haltet den Dieb“-Angelegenheit; klassische Spezialisierungen und Gegenstandsabgrenzungen sind mindestens ebenso willkürlich). Irgendwo muss man aufhören weiterzufragen und schauen, was geht. In anderem Sinn ist daher „angewandte Ganzheit“ immer auch Experiment, aber nicht ein solches, das sich ideale Laborbedingungen zurechtzumachen versucht, sondern eines, das sich im Bestehenden sozusagen gewisse Umordnungen, Umschichtungen zu arrangieren bemüht und aufmerksam auf die Rückmeldungen wartet. Das klassisch-hierarchische Modell der Machtausübung über das Detail, des autorisierten und wissenschaftlich abgesicherten Eingriffs von außen, der sich seine Anwendungswirklichkeit immer „herrichten“ muss, passt hier nicht mehr. Wenn man mit „Energien“, elektrischen Körperströmen und Magnetismus, mit Nervenpunkten und Nervenbahnen, mit „dosiertem Gift“, mit einem „Umarrangement“ des Familiensystems, in

dem man lebt usw. arbeitet, versucht man „globalere“ Zusammenhänge zu sehen, mit ihnen zurechtzukommen, Störungen in ihnen mit ihnen selbst zu beheben. Es geht sozusagen um „immanente Steuerung“, nicht um Eingriff von außen.

11. Dies kommt freilich sehr oft dem „Spaltungsbedürfnis“ der Patienten nicht sehr entgegen. Es ist weder angenehm, so klipp und klar „als Ganzer“ für krank erklärt zu werden - das Symptom und die Einzelkrankheit ließen sich so schön „nach außen setzen“ - noch die Unsicherheit in Kauf zu nehmen, die mit dieser Art „Experiment“ verbunden ist. Hier liegt nämlich ein entscheidender Unterschied zwischen den Paradigmen. Gelingt es der klassisch-naturwissenschaftlichen Medizin nämlich, ideale Laborbedingungen herzustellen, kann sie recht gut Prognosen abgeben. Mit geringen Ausnahmen ist dies bei jeder „Routineoperation“ möglich. Prognosen sind wahrscheinlich das sicherheitsbringende Element. Insofern lassen sich auch viele Menschen lieber operieren, als dass sie sich auf längerfristige vage Therapien einlassen. Anders ist es aber, wenn man auf die „Perfektionierung“ der Laborbedingungen verzichten muss; von bestehenden und vorhandenen „Ganzheiten“ und Systemen ausgehen will. Plötzlich fällt die Prognostizierbarkeit in sich zusammen und damit die erhoffte Sicherheit. Zwar kann auch hier aus „Erfahrung“, Übung einiges vorausgesagt werden, es kommt aber vielmehr auf das jeweilige System an, ob es die steuernden Eingriffe wahrnimmt und aufnimmt, oder ob man vielleicht bei einer

„falschen Ganzheit" angesetzt hat; d. h. eine zu weite oder zu enge Systemgrenze gezogen hat. Mit dieser Unsicherheit sind offenbar viele Kranke überfordert. (Zur „Paramedizin" geht man daher oft erst, wenn die Schulmedizin „am Ende" ist). Angewandte Ganzheit setzt nämlich sofort „Mitarbeit" voraus; d. h., es wird ein „Subjekt" der Krankheit gefordert, das aber gerade durch die Krankheit geschwächt ist, sich oft ohnmächtig fühlt. Es ist daher auch diese Medizin zumindest anfänglich daher oft gut beraten, wenn sie den Autoritäts- und Sicherheitsbedürfnissen der „Geschwächten" entgegenkommt. Allerdings ist dies selbst ein „Moment" im Krankheits- und Heilungsprozess, das sich im Laufe der Zeit zu verändern hat. So hat der Arzt in Therapieprozessen höchst unterschiedliches Verhalten anzubieten, weil dieses selbst in das Arrangement der Ganzheit hineingehört. Er kommt nicht mehr als ewige, sich immer gleichbleibende Autorität von außen, sondern er lebt in einem Teil mit. Es ist freilich die Frage, ob hier einzelne Menschen und Therapeuten nicht ständig überfordert sind.

12. Naturwissenschaft gilt weltweit. Es gehört zum großen Vorteil naturwissenschaftlich orientierter Medizin, dass ihre Verallgemeinerungen, Festsetzungen und Reduktionen überall stattfinden können. Egal, wo ein Krankheitsbild beschrieben und in eine Diagnose gefasst wurde, es gilt überall dort, wo Schulmedizin ist. Diese Tatsache kommt unseren Sicherheitsbedürfnissen natürlich enorm entgegen. Die vielen Krankheiten, die es hier gibt, gibt es anderswo auch, man kennt sie und kann sie behandeln. Wir kön-

nen sie also „unbesorgt" auf unsere Reisen mitnehmen, müssen nur darauf achten, uns nicht zu weit von einer „Außenstelle" der Wissenschaft zu entfernen. Freilich gibt es unterschiedliche „Ausbildungsstände", unterschiedliche Positionen in medizinischer Fortgeschrittenheit. Dennoch, ein Blinddarm hier ist auch einer in Brasilien und Japan; Diagnosen unterliegen keiner geographischen oder historisch-kulturellen Veränderung. Anders in der „Ganzheitlichkeit".

Hier kommt es darauf an, wo Systemgrenzen gesetzt werden, was aus der „Symptomumgebung" zugelassen wird. Hier gibt es gewaltige Unterschiede nach Land, Kultur, Geschichte, soziale Normen etc. Wenn man diese zusätzlich nicht einmal kennt, wenn sie fremd sind, fühlt man sich leicht gestört, verunsichert und der „Zauberei" ausgeliefert. Diese Verunsicherung muss nicht immer heilsam sein. Sie kann auch zu Abwehr, Panzerung führen und die Therapie wirkungslos machen. Es sind in diesem Zusammenhang übrigens gegenwärtig zwei vorherrschende Tendenzen bemerkbar: das Steigen der „Rückholaktionen" (ein eigenes Versicherungsangebot) und ebenso ein solches eines „Krankheits- und Heiltourismus". Beide Bewegungen offenbaren unsere Ambivalenz. Einmal trauen wir offensichtlich nicht, so naturwissenschaftlich sie immer auch sein mag, der „fremden" Medizin in fremden Ländern. Offensichtlich finden wir, dass „vertraute Umgebung", eine gemeinsame Sprache, Besuche von Freunden und Anverwandten trotz aller diagnostischen und therapeutischen „Gleichbehandlung" doch auch

eine wichtige Rolle spielen. (Es müssen – in unserer Sprache - verschiedene „Gesundheiten“ erinnert und zur Unterstützung „aktiviert“ werden). Zum anderen trauen wir aber auch immer weniger der Schulmedizin und suchen Heilung außerhalb. (Bei Schamanen in Lateinamerika, in Zen-Klöstern, bei philippinischen Wunderheiler etc.). Wir scheinen zu bemerken, dass diagnostische Reduktionen, Spezialisierungen, die zur Verwechslung bzw. Identifikation von Symptom und Ursache führen, auf viele Krankheiten zu wenig Antwort sind. Oder besser, dass hinter den vielen bekannten Krankheiten offensichtlich noch die Krankheit als große Unbekannte steht. Indizien sind die bekannten Symptomverschiebungen: Kaum ist eine Krankheit an ihrem Ort „geheilt“, tritt eine andere an anderem Ort auf. Kaum ist ein Organ herausoperiert, wird das nächste befallen. Man tastet sich von einer Symptomatik zur anderen, bekommt die Krankheit aber nicht in den Griff.

13. Wahrscheinlich ist die „klassische“ Medizin auf diesem Feld auch heillos überfordert. Darf man dem Sozialwissenschaftler glauben, so sind die Anforderungen an das Individuum in den letzten Jahrzehnten enorm gestiegen. Nicht zufällig ist das sogenannte „Identitätsthema“ in letzter Zeit zentral geworden. Wir befinden uns in einem sich ständig verdichtenden Widerspruch zwischen „Individualisierungsschüben“ und Verlust traditionell abgesicherter Zugehörigkeiten mit Normselbstverständlichkeiten bei gleichzeitiger technisch-ökonomischer Disziplinierung. Wir sind - und nicht nur „ökologisch“ gegenüber

unserer Umwelt verunsichert - in ihr nicht mehr Zuhause. Dennoch strömt sie permanent und herausfordernd auf uns ein, lässt uns keine Ruhe, verlangt permanente (individualisierte) Verarbeitungskapazität.

Diese Situation macht Druck und krank. Die naturwissenschaftliche Medizin muss hier überfordert sein, weil es sich hier nicht so ohne weiteres um messbare und einordenbare Daten handelt und weil man überhaupt nicht so genau wissen kann, wie, wodurch, in welcher Verbindung und wo solche „Umweltfaktoren“ krankheitsverursachend sind. Diese Unwissenheit ist prinzipieller Natur und nicht durch (natur-)wissenschaftlichen Fortschritt aufholbar. Erstens deshalb, weil die „gesamtkulturelle“ Umwelt kein Gegenstand der Naturwissenschaft sein kann und zweitens, weil die „autonomen“ Verarbeitungsformen von einzelnen Individuen an Bedeutsamkeit gewinnen. Was aber dieses Individuum ist, konnte die Naturwissenschaft noch nie sagen, es wahr ihr immer „terra incognita.“

Man kann nun den „Krankheitstourismus“ als Fluchtversuch aus dieser Situation heraus interpretieren: Als Wunsch nach neuen „Zugehörigkeiten“, die uns besonders im Krankheitsfall hier eher verweigert werden (sieht man von der „Klinik“ und ihren „aufmunterndem Gemeinschaftscharakter“ ab), als Sehnsucht, Krankheit wiederum in gesamt-kulturellen Zusammenhängen verankert zu wissen, die nicht chaotisch, bedrohlich und überfordernd auf uns einströmen. Nur in der naturwissenschaftlichen Methode gelang es nämlich (jedenfalls teilweise), die Wissenschaft von der jeweiligen Kultur, Ideologie,

Religion abzutrennen. Dies hat zweifellos Vorteile nicht nur im Sinne transkultureller Verallgemeinerungsmöglichkeiten, wie beschrieben, sondern auch im Sinne der autonomen Ausdifferenzierung des eigenen Systems. Da alle Kulturen auch irgendwo Krankheitspotentiale in sich schaffen (z.B. Ausschluss von Nichtkonformem, Randgruppenbildung zur Systementlastung, Symptomträger für Verdrängtes etc.), kann es von Vorteil sein, wenn es Bezirke gibt, wo man sich aus bestehender Umgebung herausziehen kann. So mancher hat schon einen Klinikaufenthalt als ausgesprochen angenehm empfunden, weil er dadurch z. B. von seiner Familie eine Zeit befreit war. Allerdings lässt es sich nicht ewig in der Klinik leben. Einmal muss man raus und dann beginnt alles wieder von vorne, wie viele Mediziner bestätigen können.

Bei immer unsicher werdendem, offenem, permanentem Gestaltungsanspruch an Einzelne durch an sie herangetragene Umwelten verschärft sich die Situation. Aus dem benannten Vorteil wird ein Nachteil: Die Welten trennen sich nämlich immer mehr voneinander ab und haben weder innere Verbindung, noch Einfluss aufeinander. M. a. W.: Die krankheitsverursachende Welt und die krankheitsheilende Welt sind zwei voneinander völlig unabhängige Universa. Der Flucht in andere Heilungsmethoden anderer Länder und Kulturen, aber auch derjenigen bei uns in sogenannte „Paramedizin“, könnte somit das berechtigte Anliegen zugrunde liegen, die beiden „Universa“ wieder zu verknüpfen.

Nichtnaturwissenschaftlich orientierte „Medizin“ war nämlich immer eng mit der jeweiligen Kultur verbunden, mit ihren Normen, ihrer Religion und ihren „Zaubereien“. Ganzheitlich vorgehende „Mediziner“ können auch nicht so ohne weiteres auf diesen Kontext verzichten, insbesondere dann, wenn Krankheitsursachen in mannigfachen Umweltbedingungen anzusiedeln sind. Überhaupt ist hier ein Ansatz für „rationale“ Neuordnung: Nachdem uns Kultur, Religion und Norm in traditionellem Sinn abhanden gekommen sind, chaotische Umweltbedingungen und „neue Unübersichtlichkeiten“ aber ihrerseits „förmlich“ nach Ordnung schreien, die technisch-ökonomisch-naturwissenschaftliche Modellierung, die unsere Neuzeit dominiert, nicht mehr dafür ausreicht, wir aber auch nicht „künstlich naiv“ mit „rückwärtsgewandten Utopien“ uns alten unaufgeklärten „Zaubereien“ überlassen können, besteht neuer Denk- und Handlungsbedarf. Es wäre nicht das erste Mal in der Geschichte, dass über „Kultur- und Systemkrankheiten“ Veränderungen auf den Weg gebracht werden. Ganzheitliches Vorgehen muss das jeweils sinnvolle Umgebungspanorama miteinbeziehen. Leichter ist es, wenn dieses sich schön geordnet ganz normal verhält und man daher Störungen ganz leicht erkennen kann. Wenn aber die ganze Umgebung selbst gestört ist, turbulent ungeordnet über uns hereinbricht, kann man nicht mehr so ohne weiteres von Rhythmus- oder Fließgleichgewichts-Störungen sprechen; Wenn „alles“ gestört und durcheinander ist, sind die heilenden Berufe dazu aufgerufen, nicht nur Krankheiten zu heilen, sondern sich um die

Neuordnung ihrer Ursachen zu kümmern. Gegenüber letzteren bedeutet es nun Flucht nach der anderen Seite, wenn man in der Erforschung der vielen Krankheiten und der Erweiterung ihrer Anzahl tätig bleibt.

14. Bei aller „differenzialdiagnostischer“ Bemühung war es bei den sogenannten „Geisteskrankheiten“, bei psychischen Störungen, vom Anfang an schwieriger, den naturwissenschaftlichen Weg einzuschlagen. Der Weg in die „vielen“ Krankheiten wurde aber mit gleicher Vehemenz wie sonst überall in der Medizin beschritten. Klar, könnte man vorweg sagen, Geist ist eben nicht Natur und daher geht es nicht mit naturwissenschaftlichen Methoden. So einfach darf man es sich aber leider nicht machen. Denn erstens ist der Geist im Menschen nicht so ohne weiteres von seiner Natur abtrennbar - ohne zu einem abstrakten „Gespenst“ zu werden - und zweitens wäre mit dieser Aussage noch nichts getan in Richtung der Erfassung und Bestimmung dessen, was Geisteskrankheit ist. So darf es zunächst nicht wundern, wenn man auch den Geist naturwissenschaftlich zu bestimmen versuchte - ja ihn zeitweise auch überhaupt leugnete - z. B: indem man nach „organischen“ Ursachen zu suchen begann. Nun gibt es diese zweifelsohne in doppelter Hinsicht: Erstens können natürlich Gehirnveränderungen, vielleicht auch hormonelle Störungen zu psychischen Erkrankungen führen, zweitens ist es wahrscheinlich, dass „Geisteskrankheiten“ organische Veränderungen nach sich ziehen. Es gibt also sehr wohl eine Berechtigung für die naturwissenschaftliche Medizin,

sich um diese Erscheinungs- und Veränderungsbilder zu kümmern.

Schwieriger wird es bei der Ursachenfrage: Während das naturwissenschaftliche Kausaldenken dazu neigt, das „handfest“ Bemerkbare als Ursache zu setzen, in unserem Fall also Geisteskrankheiten in organischen Veränderungen zu begründen versucht, entgegenen die nicht so strikte an diesem Modell Festhaltenden, die Sache könnte sich genau umgekehrt verhalten: „Kränkungen“ der Seele und des Geistes führen zu Krankheiten im Organischen. Die bloße Umkehr der Kausalität hilft aber nicht sehr viel weiter. Geist und Seele lassen sich nämlich nicht so einfach in verursachende Segmente, Orte, einteilen. Es gibt in ihnen keine sichtbaren „Plätze“, keine wahrnehmbaren „Stellen“ (so wie im Körper z.B. Organe), die sich wenigstens ihrer Funktion nach voneinander abgrenzen ließen. Versuche, dies zu tun, sind daher im Grunde Fortsetzung des naturwissenschaftlichen Modells auf einer anderen Gegenstandsebene. Ursachensuche im Geistigen läuft stets Gefahr, dass Geist und Seele wie der „Körper“ vergegenständlicht, segmentiert, verdinglicht werden. Differenzialdiagnostik hier macht das im organischen Bereich oft verschwiegene Modell insbesondere in seiner „konstruktiven“ Seite deutlich. Geist und Seele sind ja gegenüber dem „vollsinnlich“ wahrnehmbaren Körper, trotz aller Betonung ihrer besonderen Bedeutung für den Menschen zunächst „nichts“, leer; zwar gibt es Ahnungen, Vorstellungen, Bilder, materialisierte Wunschträume, Gefühle, weltanschaulich geprägte Meinungen etc. zu

ihrem „Wesen“ scheint es aber gleichzeitig zu gehören, dass sie immer auch zugleich unfassbar negativ, abstrakt sind, sich jeder allgemein verbindlichen Bezeichnung entziehen. Kommt man aber so schwer an dieses „gesunde“ Wesen von Geist und Seele heran, vielleicht geht es über ihre Erkrankungen; vielleicht lässt sich aus Defizienzformen schließen, was das „heile Ganze“ ist. Dieses Vorgehen „bevölkert“ aber erst den Geist, der vorher „leer“ war. Differenzialdiagnostik zeichnet Landschaften ein, die es vorher gar nicht gegeben hat. Auf die Spitze getrieben: Der (wissenschaftliche) Geist schafft sich selbst, tut aber so, als würde er etwas bereits Vorhandenes entdecken.

Sieht man von der organischen Diagnostik ab, die „rein“ auf Geist und Seele gerichtet hat es aus obigen Betrachtungen heraus besonders schwer. Naturwissenschaftliche Modelle richten sich immer auf etwas in irgendeiner Art „Stoffliches“, auch wenn dieses erst durch Instrumente wahrnehmbar gemacht werden kann. Auch wenn manche Wissenschaftler hier eine Brücke zu bauen versuchen, indem sie Geist und Seele als das „Feinstofflichste“ bezeichnen, und damit sozusagen anbieten, bzw. in Aussicht stellen, dass wir es in Zukunft schon noch entdecken werden, es darf dennoch angenommen werden, dass sich Geist und Seele auf prinzipielle Weise dem Modell entziehen (philosophisch gesprochen schon deshalb, weil sie selbst bereits uneinholbar jeder inhaltlichen (Selbst)-Bestimmung vorausgesetzt – vorausliegend sind). Damit fallen aber auch die klassischen Methoden und die aus ihnen

entwickelten technischen Instrumente weitgehend aus.

Zum Erkennen des Geistes und seiner Krankheiten bedarf es eines anderen Instrumentariums und dieses ist der „Geist“ selbst, „vertreten“ in den Menschen seien sie Patienten, Ärzte, Psychologen, anteilnehmende Angehörige und Freunde. Die „Instrumente“ sind Fragen, Zuhören, Begleiten, Mitleben, Stimmungen übernehmen, „Mitschwingen“, Stützen, Konfrontieren usw. Die kranke Seele kann in einer anderen Seele erkannt werden und wie wir wissen, ist dies ein höchst komplexer Vorgang, ein Prozess mit vielen „Zufällen“ und Unbekannten. Nun mögen hier durchaus Erscheinungen sich wiederholen, therapeutische Erfahrungen sich bündeln lassen, es mag auch ein „Stützkorsett“ Diagnostik hilfreich sein. Basis ist aber ein wie immer auch geartetes, arrangiertes organisiertes Verhältnis von Menschen zueinander, indem sozusagen Geist mit Geist und Seele mit Seele „sprechen“ kann.

Obwohl man von der Bedeutung dieser Arrangements und „Instrumente“ spätestens seit der klassisch-freudschen Psychoanalyse wusste (eigentlich schon seit der sokratischen Maieutik und Dialogik), kam sie öffentlich und auch „wissenschaftlich“ bis heute nicht zu einer ihr angemessenen Geltung. Weder ist unser Gesundheitssystem danach ausgerichtet, noch sind diejenigen wissenschaftlichen Arbeiten sehr zahlreich, die sich mit diesem Feld befassen. Wahrscheinlich ist es auch hier ein sich selbst missverstehendes naturwissenschaftliches Modelldenken, dass im Wege steht. In ihm wird immer noch

weiter „tradiert“, man müsse auf der Seele und dem Geist als vorgegebenem „Gegens-
tand“ beharren und sich seiner Erkenntnis
„asymptotisch“ annähern. Dieses Denken
führt in die Betonung einer Differenzierung
der Diagnostik, einer „Verobjektivierung“ von
Geisteskrankheiten analog der organischen
Medizin (auch wenn Organisches hier keine
Rolle mehr spielt, der Geist sozusagen „rein“
für sich betrachtet wird). Und dies führt auch
hier zu den vielen Krankheiten gegenüber
einer Gesundheit. Der Ehrgeiz des forschen-
den Wissenschaftlers kann nur befriedigt
werden, wenn er hier eine neue Krankheits-
facette entdeckt, ein neues Syndrom be-
schreibt.

Es ist viel schwerer und undankbarer, sich
mit dem Instrumentarium, den Arrange-
ments, diesen „weichen“, fliegenden, schwer
zu erfassenden und abzugrenzenden „Fakto-
ren“ zu beschäftigen. Man müsste dabei
auch das eingeübte, klassische Modellden-
ken aufgeben. Ja, man müsste intensiver
über seine Person, seine Subjektivität, seine
Grenzen und Möglichkeiten berichten.

Es fällt schwer, dies als Forschungs- und
Wissenschaftsbereich anzuerkennen. Letz-
tlich muss man nämlich damit zugeben, dass
sein eigenes Subjekt als solches (als Arzt,
Patient, Therapeut) erkenntnis* und hei-
lungskonstitutiv ist und mit dieser Art Sub-
jektivität hat es die objektiv-exakte Wissen-
schaft immer schwer gehabt. Denn auch die
Geisteskrankheiten sollen überall, wo Diag-
nosen getroffen und anerkannt werden,
weltweit gleich behandelt werden können.
Auch hier soll unser Sicherheitsbedürfnis

befriedigt werden können. Wenn aber dem
Subjekt, dem Arrangement, der Organisation
eine so große Bedeutung zukommt, so ist
zumindest der Wert der Diagnose stark rela-
tiviert. Aus klinischer Praxis weiß man zwar
um dieses Faktum; der Umgang mit ihm ist
aber ein „verschwiegener“.

Dies hängt freilich auch mit unserem hierar-
chisch strukturierten Konkurrenz- und Rivali-
tätssystem zusammen. Hier wird es aus
Selbstschutzgründen meist peinlich vermie-
den, über dieses Thema zu reden. In ihm
werden nämlich nicht nur Diagnosen, Verfah-
ren, Therapien so im allgemeinen erörtert
und betrachtet, es geht immer auch um
einen Vergleich der Personen (Subjekte).
Wenn es richtig ist, dass nur „Geist zu Geist“
sprechen kann und dieser immer in Personen
„auftritt“, kann man sich nicht auf allgemein
„Abgesichertes“, nach außen Objektiviertes
beschränken. Es wird direkt und indirekt
immer auch die eigene Person „angerührt“.
Mit diesem „Element“ ergibt sich aber für die
klassische Wissenschaft etwas „Schreckli-
ches“: Die angestrebte Objektivität ist dahin,
ja man muss zugeben, dass es durchaus von
den Subjekten abhängt, von ihrer Lebensge-
schichte, Ausbildung, Selbsterkenntnis, ihren
Prägungen und „blinden Flecken“, was an
„Geist“ rekonstruiert, was für Therapien
relevant wird, womit „mitgelebt“ werden
kann, womit nicht.

Natürlich gilt dies in manchen Hinsichten
auch für den „klassischen“ Mediziner. Es
sollte aber keine so große Bedeutung haben.
In der Behandlung und Diagnose von Geis-
teskrankheiten ist dieses „Instrument“ mit all

seinen Grenzen aber unverzichtbar. Ist in der naturwissenschaftlich orientierten Diagnostik dieses immer zugleich mit einem „Deduktionschema“ verbunden - aus der Diagnose „ergibt“ sich exakt die Therapie, vielleicht mit ein, zwei kleineren Alternativen -. muss bei Seelenleiden und Geisteskrankheit die Diagnose oft erst mühsam rekonstruiert werden. Oft meint man, man hätte schon den „Punkt“ erwischt, im nächsten Gespräch wird alles wieder „übern Haufen“ geworfen. Wieder auf die Spitze getrieben: Das differentialdiagnostische Instrumentarium hilft hier zu Beginn nur im Sinne einer „Aufmerksamkeitserweiterung“: Man soll wissen, was alles möglich ist; sich auch nicht zu früh auf eine Diagnose „draufsetzen“ und den Patienten dorthin „trimmen“. Seine Seele ist „Partner“ der meinen und erst was sie anerkennen kann, gehört auch zu ihr. So kann es sein, dass zu diesem Zeitpunkt, da die Diagnose nun endlich gefunden ist, der Patient zugleich „geheilt“ ist.

Die oben beschriebene „Rekonstruktion des Geistes“ aus seiner „Krankheit“, sowie die damit verbundene Erstellung einer „Diagnose“, setzt das Arrangieren von Kommunikationsverhältnissen voraus. Natürlich ist auch das Abnehmen von Blut, das Bestimmen von Laborwerten und deren befundliche Rückgabe an Patienten eine Art von Kommunikation; der „reine Akt“ wird ja meist auch irgendwie kommentiert, von einer „Metaebene“ begleitet.

Dennoch ist diese sekundär und eher dem Belieben von Einzelindividuen überlassen. Damit wird demonstriert, was im Vorder-

grund steht, worauf es ankommt, und zugleich vermittelt, was weniger wichtig ist. Letztlich kann auf „Metakommunikation“ auch verzichtet werden (siehe: „stumme Medizin“). Unsere „Kultur“ ist nun insgesamt technisch-ökonomisch geprägt. Dies dürfte u. a. dazu führen, dass wir auch „Leiden der Seele“ der Materie, dem Körper „einpflanzen“, weil wir sie unserem Modell entsprechend dort besser „aufgehoben“ finden. Dort gibt es Namen, Diagnosen, Instrumentarien, klare Therapien und orts- und zielgerichtete Maßnahmen. Unbestimmtes, diffuses Seelenleid kann sich manifestieren, sichtbar machen, veräußern und vor allem vereinzeln. Hier geschieht ein seltsamer Transformationsprozess, der sich für eine nähere forschende Betrachtung eignen sollte; der, wie ich meine, auch seinen Anteil an der Steigerung der Krankheit hat.

15. Man könnte sich die Transformation etwa so vorstellen: Seelenleid entspringt wahrscheinlich nicht allein einem jeweils von außen, anderen Menschen, der Gesellschaft und ihren Normen zugefügtem Leid. Diese Vorstellung wäre zu einfach. Sie entspricht übrigens den „mechanistisch“ hierarchischen Vorstellungen, die im naturwissenschaftlich gedachten Therapieprozess wiederholt werden - hier ein verdinglichtes Individuum, dort „Außenwelteinflüsse“. Seelenleid könnte einen wichtigen Grund in der inneren Widersprüchlichkeit unserer Seele, unseres Geistes selbst haben. Dies beginnt schon damit, dass wir Körper und Seele und Geist sind, was nichts anderes bedeutet, als dass eine prinzipielle Spaltung, Differenz durch uns hin-

durchgeht. Es scheint zu unserem Wesen zu gehören, dass wir nie „ganz“ sein können, da es offensichtlich nur „punktueller“ Übereinstimmungen in uns mit uns selbst gibt. Zwischen „Gott und Tier“ angesiedelt, gibt es kein „kontinuierliches“ Leben. Brüche in ihm sind - trotz aller Versuche, sie moralisch einzuordnen und beherrschbar zu machen - nicht Resultat individueller Schuld oder persönlichen Versagens, sie sind „Erbsünde“ des Menschen, der nur überleben kann, wenn er die durch ihn durchgehende Differenz (sie hat viele Namen: Leib-Seele, Körper-Geist, Trieb-Vernunft, Natur-Freiheit etc.) akzeptiert, sie verwendet und zugleich bekämpft. Diese innere Differenz der Seele wird zeitweise als Leid, zeitweise als Quell von Möglichkeit und Freude empfunden. Nach beiden Seiten hin gibt es „Aufhebungsphantasien“. Die eine träumt von Naturunmittelbarkeit, vom verlorenen Paradies und preist die weise Natur, die für alle anderen Geschöpfe alles so „weise“ eingerichtet hat. Sie entdeckt und lobt „Primitivkulturen“, die sich hier ein für allemal arrangiert zu haben, die an der Differenz und ihrer Unruhe nicht mehr zu leiden scheinen. Die andere phantasiert von Gotteseben- und Unmittelbarkeit, von „mystischen Unionen“, von „Verschmelzungen“ mit dem Absoluten, der Ewigkeit etc. Auch wenn diese Träume sich auch partielles Leben schaffen, dann doch nicht ein für allemal. Man muss immer wieder „auftauchen“, handeln, entscheiden, reduzieren, irren usw.

Unaufhebbar ist aber der Riss, die Differenz, die durch uns hindurchgehen (verstärkt

übrigens durch das dem Menschen eigene „Todesbewusstsein“), dauerhafter die „Identitäten“, die wir in uns immer wieder mühsam aufbauen. Leid kommt so gesehen schon aus der inneren Struktur unserer selbst und ist daher grundsätzlicher zu betrachten, als einzelne Krankheiten; andere Kulturen wissen mehr davon zu berichten als unsere. Wir stehen eher auf der Seite des Kampfes, einer Flucht nach vorne (Fortschritt) als dass wir es, so wie es ist, zulassen können. Unser ganzes neuzeitliches Zivilisationsprogramm ist auf die Überwindung von Leid und Tod ausgerichtet; wenn aber beide zum inneren Wesen des Menschen gehören, kann man es nicht nur nicht überwinden, man müsste den Menschen selbst zerstören, um diesem „metaphysischen“ Programm zum Erfolg zu verhelfen. Es gehört zur methodischen Seite dieses Programms, „große Brocken“ in übersichtliche Details zu zerlegen, um wenigstens diese zu „beherrschen“. An den Tod selbst oder das prinzipielle Seelenleid kommt man ohnehin nicht heran; sie sind keine verobjektivierbaren Gegenstände und entziehen sich allem linearen Begreifen. Also sucht man nach Erscheinungsformen, nach „Ausdrücken“, einzelnen Fassbarkeiten; so als würde sich Leid und Tod aus der Akkumulation all dieser Erscheinungen zusammensetzen lassen. Gelingt es, so das Muster, eine Erscheinung (Krankheit) nach der anderen zu beherrschen, kann man schließlich auch den Tod überwinden, zu dem man sich auf diesem Weg vortastet. Diese hoffnungsvolle Vorstellung wird aber durch die Realität ständig enttäuscht; das Gegenteil scheint wirklicher: Trotz höherer Lebenserwartung

ist uns der Tod „kollektiv“ sogar näher gerückt. Seine Unerfassbarkeit führt im beschriebenen Muster zu einer bekannten Reaktion: „Mehr vom Gleichen“. Wenn er, der Tod, immer noch ist, werden wir wohl noch nicht alle seine Erscheinungsformen und Vorboten (Krankheiten) in ausreichendem Ausmaß erkannt haben. Also gehen wir weiter auf die Suche: auf diese Art „entdecken“ wir zwar immer mehr Krankheiten, der Tod bleibt aber immer etwas anderes als seine einzelnen „Vorboten“. Im Gegenteil, er „verspottet“ uns gleichsam, indem er zeigt, dass ihn überwinden zu wollen dazu führt, dass wir immer mehr Krankheiten „brauchen“ („unendliche Diagnostik“), uns auf einen Weg begeben, der ins Uferlose führt. Schließlich steht zwischen ihm und uns ein Universum an Krankheiten, das uns zwar als „Zwischenwelt der Hoffnung“ beruhigen mag, ihn aber immer nur noch weiterwegrückt und ihn zugleich „näher“ macht.

Es kann hier keine abgerundete Anthropologie geboten werden. Unser Thema bleibt die im Titel bezeichnete Gegenüberstellung. Daher nur noch eine Facette des Widerspruchs:

16. Die besagte Differenz gehört zwar zum Wesen des Menschen, dieses ist aber als einzelnes vorhanden. Der Riss durchzieht daher jedes Individuum als von anderen abgrenzbarer Leib. Seelenleid gehört also kollektiv zum Wesen des Menschen und ist aber zugleich „Schicksal“ jedes einzelnen. Gesellschaften, Kulturen bestimmen nun das Verhältnis zwischen beiden Polen. Es gibt „kollektiv“ ausgerichtetere Kulturen, in de-

nen sozusagen die gesamte Gemeinschaft an der Differenz arbeitet, wo das „Ich“ kaum vorkommt, also als Individuum gleichsam untergeht, als einzelner allerdings von der Selbstbewältigung seines Schicksals weitgehend entlastet ist. Es gibt aber auch Kulturen, die sich durch „Individualisierungsschübe“ auszeichnen, wo das Ich, die Autonomie, die Person und ihre Freiheit eine viel bedeutendere Rolle spielen, wo aus der Gesellschaft bedeutende Teile sozusagen an das Ich „zurückdelegiert“ werden. Wir gehören zu dieser Kultur. Nun gibt es natürlich auch bei uns kollektive Entlastungen im Rechtssystem, z. B. vor allem aber im technisch-wissenschaftlich-ökonomischen Bereich. Es gibt aber auch vieles, was uns (den Privaten) überlassen wird und dies wird nach dem Zurückweichen der alten Institutionen und Autoritäten immer mehr. Wir wollen das auch, halten uns für eine individuelle moralisch vernünftige Instanz, als unumgebar, pochen auf unser Gewissen und unsere Pflicht zur „Selbstverwirklichung“. Wenn aber gerade auch diese Möglichkeit in Individualisierung keine kollektive Form und Organisation bekommt (kein „Ritual“, nicht die nötige Zeit sich zu üben, keinen gesellschaftlichen Rückhalt), so führt dies wohl zu einer individuellen Überlastung. Das Leid, das allen zukommt, muss sozusagen allein bewältigt werden - übrigens auch die Freude. Die Vermutung liegt nahe, dass das Individuum ein zu kleines „Gefäß“ ist, dies Allgemeine auszuhalten. Es reagiert mit Leid und Krankheit. So könnte es durchaus sein, dass einiges an Seelenleid seine Ursache in der Spaltung zwischen öffentlichen Entlastungsformen,

die nur Teilbezirke menschlicher Existenz betreffen und privat-individuellen Überforderung hat. Daraus ergibt sich eine neue Sichtweise für unser Thema: Man könnte einmal alle jene Bereiche studieren, die der individuellen Freiheit und Autonomie zugewiesen wurden, ohne dass dafür äquivalente „Kollektive“ geschaffen wurden, in denen diese Freiheiten „verbindlich“ ausgeübt werden konnten. Vielleicht findet man hier ein weites Ursachenfeld zur Differenzierung von Seelenleid und seinen „Somatisierungen“. Dann wäre es allerdings so, da die Krankheiten jener „Kompensationsort“ (defizient natürlich) sind, auf dem die sonst mangelnde Kollektivität durch eine gängige ersetzt wird. Kompensationen verlangen aber immer „Übersetzungsleistungen“. Es geht nicht mehr um die Wurzeln des Übels, sondern um deren Fassbarkeit in anderen Bezirken. Das Thema Überforderung im oben beschriebenen Sinn tritt zurück, man hält sich wiederum an Transformierungen, Differenzialdiagnostik, Wissenschaft überhaupt, wollen beweisen, dass man „Folgen“ im Griff hat. Es ist ein höchst beschwerlicher Weg, sich mit dem Grundmodell unserer Gesellschaft zu befassen, in dem es eben um diese ständige individuelle Überlastung und um deren komplexe Verdrängung geht.

17. Die Vereinzelung der Krankheit könnte der Vereinzelung der Individuen entsprechen. Diese Hypothese bietet sich dann an, wenn den „Individualisierungsschüben“, der Überlastung von Individuen, eine „materiell“-leibliche Basis zugeordnet werden soll. Es ist viel über die Entstehung des „europäischen

Subjekts“ und seine Entwicklung nachgedacht worden. Auch viel Kritisches findet sich hier. So wie aber schließlich das Subjekt, das Ich, nach wie vor etwas problematisch-unfassbares geblieben ist, eine Tatsache, die dazu führt, dass es die eine Seite überhaupt leugnet, die andere es emphatisch „feiern“ kann, so sind m. E. Affirmation und Kritik immer wieder der eigenen Tradition „aufgesessen“. In vielfältiger Gestalt tritt das Subjekt auf, als „denkende Substanz“ (res cogitans) als „Begleitung von Vorstellungen“, als Instanz für Autonomie, Zurechenbarkeit und Gewissen, als Identitätspunkt in Rollenvielfalt, als Organ der Willkür und des Egoismus, als „Single“; es gibt aber kaum Arbeiten, die sich darüber den Kopf zerbrechen, was diese „Subjektwerdung“ eigentlich für den Körper bedeuten mag. Ist er sozusagen „neutraler“ Träger eines Ichs, unberührt von seiner Entwicklung, seinen Prägungen, seinen „Kapriolen“. Oder ist er „Ausdruck“, Darstellung, Verleiblichung des besonderen Ichs“, oder gar beides? „Ab einem gewissen Alter ist jeder Mensch für seine Physiognomie verantwortlich“, sagt Musil und appelliert dabei wohl an die auch den Körper prägende Kraft des besonderen Subjekts. Wir wissen auch um Beeinflussbarkeiten, Disziplinierungen, also gezielte Umfangsformen, die ein Subjekt mit seinem Körper vornimmt. Und wir bemerken auch, dass letztlich keine Person der anderen vollständig gleicht. (Da letzteres bereits für die Natur gilt - bereits Leibniz fand keine zwei Blätter, die sich völlig gleichen - muss hier wohl zwischen einem allgemeinen „principium individuationis“ und einem „subjektbezogenen“ unterschieden werden:

Zwar gleicht keine Person der anderen, die Lebensentwicklung des Subjekts setzt aber wohl noch einiges an Unterscheidung hinzu).

Wie immer aber auch die Überlegungen in Hinsicht auf das Körper-Subjektverhältnis lauten, alle müssen von einer unaufhebbaren Differenz ausgehen, die gerade durch die neuzeitlich-europäische Entwicklung verschärft wurde. Früher sind „Geist“ und Körper (Natur) zueinander in Differenz gekommen. Der Geist war aber kollektiv „allgemein“, in unserem Sinne kein Ich. Heteronomie heißt zwar Fremdbestimmung und hat insofern für uns keinen guten Klang. Sie bedeutet aber auch Abgesichertheit des Subjekts in einem äußeren kollektiven Rahmen, den es nicht in Frage stellen kann, aber auch nicht muss. Nun kann man wohl der Meinung sein, dass es auch in unserer Neuzeit mit der Freiheit, Willkür und Autonomie des Subjekts nicht so weit her ist. So wird z.B. gesagt, dass insbesondere die „Erfindung“ des subjekt-zugeordneten Gewissens für jene innere Disziplinierung gesorgt hat, die nach Verlust der äußeren notwendig geworden war. So wird auch vertreten, dass das Ich nur dann sittlich handelt, wenn seine „Taten“ dem Aspekt ihrer Verallgemeinerbarkeit standhalten. Manche beweisen gar, dass es überhaupt Illusion ist zu meinen, wir handelten aus eigenem Antrieb, aus „freien Stücken“; aber wer oder was ist für diese Illusionsbildung zuständig und wofür wäre sie „funktional“?

All diese Theorieaspekte kommen aber m. E. um die verschärfte Differenzproblematik nicht herum. Körper und Subjekt sind nicht

dasselbe und zugleich untrennbar miteinander verbunden. Und wenn sich die Wissenschaft noch so sehr bemüht, diesen Widerspruch logisch entweder nach der einen oder nach der anderen Seite hin aufzulösen, zumindest ein hierarchisches Abhängigkeitsverhältnis zu konstruieren, nach dem einmal die eine Seite, dann wieder die andere dominiert, er bleibt existenziell bestehen und wird erst durch das Ende unserer Existenz, und hier im realen Sinn des Wortes, aufgelöst. Dies bedeutet aber, dass wir letztlich von außen kein Rezept, keine Anleitung bekommen können, die uns diesen Widerspruch ein für allemal bewältigen hilft. Der Riss, der „mitten“ durch uns durchgeht, muss jeweils von uns selbst „ertragen“, „geheilt“, neu „aufgerissen“ werden. Insofern sind wir als Ich nie ganz „heil“, was noch nicht unbedingt Krank-Sein heißt. Wenn dieser Unterschied aber gestattet ist, müsste man auch hier davon ausgehen, dass es verschiedene Gesundheit gibt.

Woraus aber entsteht hier möglicherweise Krankheit? Naheliegenderweise müsste man sagen, bei schlechter oder misslungener Differenzbewältigung. Schematisch: Entweder dann, wenn das Ich seinen Leib über- oder unterfordert oder wenn der Körper das Ich dominiert, es tendenziell auflöst. Für letzteres gibt es in der vorneuzeitlichen „Dämonologie“ unzählige Beispiele, aber auch wir können noch heute auch ohne Götter dafür zum Ursprung nehmen, von „Leidenschaften“ überwältigt zu werden. Fortschreitende Individualisierungsformen und die ihnen gegenüber forcierten Diszip-

linangebote haben aber wohl dem ersteren ein gewisses Übergewicht verschafft. Es hat den Anschein, als wäre das Ich ständig dazu veranlagt, seinen Körper zu überfordern. Damit sind nicht bloß die bekannten Syndrome wie Leistung, Stress, Prestigeanpassungen, Zeitdruck, Körperdisziplinierung gemeint. Wir bewegen uns auf einer allgemeineren, grundsätzlicheren Ebene. Es geht um die Individualisierung selbst, die natürlich auch dem Körper zugewendet wird, die er leiblich „auffangen“ muss. Autonomie kann auch überfordernd sein, nicht bloß für ein denkendes Ich, sondern einen Körper, in dem auch die Gesetze der Natur eingeschrieben wurden. Man kann nämlich nicht so tun wollen, als wäre es möglich, dass das Ich so im Geist und Denken mit sich herumspielt, während der Körper davon unbehelligt bleibt. Auch das Ich muss mit seinem Körper denken, und dieser „schwingt“ als ganzer dabei mit, formt sich zu einer „Entsprechung“.

18. Nach naturwissenschaftlicher Methode sollte Klarheit herrschen: Hier gibt es viele unterschiedliche Menschen, viele Subjekte, aber dort nicht ebenso viele Krankheiten. Es muss möglich sein, Krankheiten zu beschreiben und festzusetzen, die für alle unterschiedenen Menschen die gleichen sind. Bleibt man bei den symptomatischen Erscheinungsformen stehen, lässt sich dieser Weg gut gehen. Im „Sinnlichen“, zurecht gerichtet durch das wissenschaftliche Modell und seine „Laborbedingungen“, gleicht ein Organ dem anderen und auch seine Veränderungen sind vergleichbar. Es wäre unsin-

nig, hier nach dem Ich, dem besonderen Einfluss des Subjekts zu suchen. Selbst wenn man der Überzeugung ist, dass es eine mitbestimmende Rolle spielt, man wird es „materiell“ nirgends finden. Nichtsdestoweniger könnte auch hier eine Ursache für die vielen Krankheiten liegen. Von der Differenzbewältigungsthematik her gesehen muss nämlich angenommen werden, dass auch eine missglückte Bewältigung nicht die gleichen körperlichen Auswirkungen hat, sondern dass sie den Unterschieden der Individuen entsprechen. Dies hieße dann aber, dass letztlich keine Krankheit der anderen gleicht, nämlich in der Wirklichkeit und nicht im Modell. Lässt nun aber das Modell dort und da Konfrontation mit letzter zu, so könnte es dazu führen, dass immer wieder neue Krankheitsbilder bemerkbar sind, die nach neuen Bezeichnungen verlangen. So könnte man daraus folgern, dass die Vermehrung der Krankheiten vielleicht auch etwas mit „Individualisierungsschüben“ zu tun haben könnte. Denn: Auch in den Krankheiten und vielleicht gerade in ihnen, müsste sie sich doch irgendwie zeigen.

19. Neben dieser grundsätzlichen Ebene mag es auch noch eine banale geben. Auch wenn es beruhigt, eine Krankheit zu haben, die viele haben, bzw. schon gehabt haben, über die es verallgemeinernde Erfahrung und bekannte Heilverfahren gibt, für das besondere Subjekt ist dies zugleich eine Kränkung. Es muss zur Kenntnis nehmen, dass es nichts Besonderes ist, dass es in seinen Bedürfnissen und Hinfälligkeiten genauso ist wie viele (alle) anderen. Im Warenangebot unserer

Konsumwelt hat man Antworten auf diese Kränkungen versucht und daraus ist unsere höchst differenzierte Warenwelt entstanden (will ich mein besonderes Ich „einkleiden“, gehe ich in die Boutique und nicht ins Warenhaus). Letzteres hat übrigens rückwirkend von sich aus Individualisierung unterstützt. Eine ganz besondere Krankheit zu haben, kann also schon als „Auszeichnung“ verstanden werden, in der die Medizin Verständnis für mein besonderes Ich beweist. Nur muss sie im „Angebot“ vorhanden sein. Damit dieses aber nicht „abgebraucht“ wird, muss das Repertoire ständig erweitert werden.

20. In jedem Fall finden wir in diesen Zusammenhängen eine beachtenswerte Widersprüchlichkeit, die, weil sie gängig ist, gar nicht mehr auffällt. Es ist in der Praxis nämlich üblich, Krankheiten individuell zuzuordnen: Herr Mayer hat diese oder jene Krankheit; wenn man weiters sagt, er ist krank, so meint man auch den besonderen Zustand seiner Person, seines Ichs. Man kann daher sagen, Krankheiten treten nur „individualisiert“ auf und das hieße, da alle Individuen sich voneinander unterscheiden, so viele Individuen, so viele Krankheiten. Würde man aber von dieser Sichtweise ausgehen, wären wahrscheinlich Krankheiten unbehandelbar. Jedenfalls hieße Medizin studieren nicht allgemeine Krankheitsbilder auswendig lernen, sondern Menschen studieren, sich die Differenziertheit individueller Unterschiede aneignen. Dies ist nicht der Weg der Naturwissenschaften. Daher ist die andere Seite wichtiger: Krankheiten werden zwar individuell zugeordnet, denn wem sollte man

sonst behandeln, diese Zuordnung wird aber zugleich als Prozess der Entindividualisierung begriffen. Die Krankheit ist das Allgemeine (die erforschte Wahrheit) und der Patient ist ihr „besonderer“ Fall. Man sucht „Korrespondenzen“, die eine Subsumption ermöglichen. Dieses Vorgehen entspricht den alten klassischen logisch-hierarchischen Wahrheitstheorien. Das „All-Gemeine“ ist das Wahre, das unabhängig ist von den besonderen, zufälligen, partikularen Erscheinungsformen (das Wahrste ist das Allgemeinste, nämlich Gott, das Sein, das Eine usw.). Zu dieser Wahrheit kann der Mensch nur durch „Teilhabe“ gelangen, dort, wo er ihr eben entspricht. Und wenn die Wahrheit eben eine Krankheit ist, so ist nicht ihre Individualisierung wichtig, sondern die Teilhabe der Person an ihr. Wie aber schon der Name sagt, ermöglicht Teilhabe Teilung. Diese ist ganz wichtig für den Prozess der Entindividualisierung. Man muss sich nicht mehr um die „ganze“ Person kümmern, der individuellen Ausprägung und Facette der Krankheit nachgehen, man muss „nur“ Korrespondenzen in „Teilen“ der Person finden. Es hätte weder die Spezialisierung in unserem Sinn gegeben, noch wäre der Fortschritt in der Organmedizin möglich gewesen, wäre nicht nach diesem Wahrheits- und Erkenntnismodell vorgegangen worden.

Diese Art der Widerspruchslösung zwischen individueller Zuordnung und gleichzeitiger Entindividualisierung hat aber auch ihren Preis, und zwar in mehreren Hinsichten: Erstens verwehrt sie allgemeinere Zuordnungen. Wenn von einer „kranken Gesellschaft“,

einem kranken System, einer „pathologischen Institutionskultur“ etc. gesprochen wird, versteht man dies nur abstrakt-analog. Der naturwissenschaftlich orientierte Mediziner kann solche Aussagen in seiner Wissenschaft jedenfalls nicht unterbringen. Es findet nämlich eine „Metamorphose“ des Allgemeinen statt. Es ist nicht mehr die bestimmte Krankheit, der ein Individuum zugeordnet werden soll, es ist die Gestalt und die Struktur gesellschaftlich sozialer Zusammenhänge, die beschrieben wird, in denen der Patient lebt. Diese aber als eine Krankheit zu bezeichnen, widerspricht der oben beschriebenen Methode: zumal hier auf „Gesamtzusammenhänge“, die komplex und diffus genug sind, geschaut werden muss und nicht auf Einzelphänomene. Man versucht sich hier durch den bekannten Dualismus zu retten. Weil jeder weiß, dass beispielsweise Leistungsdruck und Distress zu diversen Krankheiten führen können, weil man auch zugeben muss, dass diese in einer bestimmten ökonomisch dominierten Gesellschaft beheimatet sind, rettet man sich in das auch sonst brauchbare Ursache- Wirkungsverhältnis und trennt Zuständigkeiten: Zwar sind Krankheiten Resultat (Wirkung) bestimmter gesellschaftlicher Konstellationen und deren Forderungen, man kann aber letztere nicht auch als Krankheit bezeichnen; sie verursachen nur Krankheiten. Für das eine ist die Politik oder die Wirtschaft zuständig, für das andere Medizin und Gesundheitswesen. Dieses Vorgehen gestattet es einerseits, die gesellschaftlichen Konstellationen vom Krankheitscharakter zu exkulpiieren, andererseits ihre Wirkungen, Krankheiten "für sich"

zu nehmen und abgetrennt zu behandeln. Ursachen sind eben nicht dasselbe, wie ihre Wirkungen. Dieses klassische Kausalitätsschema verhindert andere methodische Zugänge, partielle Aufhebungen von Arbeitsteilungen, dort wo es sinnvoll ist, etc. Vor allem aber verhindert es andere Sichtweisen auf das Problem: Schon längst ist nämlich in anderen Zusammenhängen bekannt, dass im organischen und sozialen Bereich lineare Kausalitäten schlicht nicht stattfinden; dass die Trennung von Ursache und Wirkung eine sehr willkürliche Angelegenheit ist, dass man hier von Wechselwirkungen, Rückkoppelungen etc. sprechen muss.

So hat auch der Dualismus und das beschriebene arbeitsteilige Modell seine Rückwirkungen: Die Medizin konzentriert sich auf die Folgen, d. h., sie bleibt kurativ und „lebt“ davon, dass die „Ursachen“ so bleiben, wie sie eben sind, Prophylaxe tritt in den Hintergrund. Politik und politisches Gesundheitswesen sehen auch keinen so zwingenden Grund, prophylaktisch ins Ursachenpaket, in die gesellschaftlichen Konstellationen einzugreifen.

Denn einmal gibt es ja die Medizin, die nachträglich repariert, zum anderen haben die Ursachen selbst ja keinen Krankheitscharakter. Schließlich weiß man, wie schwierig es ist, in gesellschaftliche Konstellationen von außen einzugreifen, wenn man in Demokratien auf Wählerstimmen angewiesen ist. Es wird aber immer fraglicher, ob man mit diesem Modell weiterkommt. Zumindest gibt es Finanzierungsprobleme. Es fragt sich eher, ob man nicht doch in Erwägung zu ziehen

hätte, bisherige Ursachen selbst als Krankheit zu bezeichnen. Auch „Gesellschaften“ sind „Systeme“ und es gibt doch so

etwas wie „Systemkrankheiten“. Würde dies zu einer weiteren Vervielfachung von Krankheiten führen? Ich glaube nicht. Im Gegenteil, es würde die immanente Ausdifferenzierung im gegenwärtigen Krankheitsbereich wahrscheinlich rückgängig machen.

Nicht nur, weil man prophylaktisch vorankommt, sondern, weil man lernt, einzelne Krankheiten als Erscheinungsformen einer oder mehrerer „Gesamtkrankheiten“ zu erkennen. Zweitens ist es wahrscheinlich, dass die notwendige Verallgemeinerung nie ganz diejenige Krankheit trifft, die das jeweilige Subjekt hat. Dies liegt einerseits an der bereits genannten Reduktion, zu der jede Verallgemeinerung gezwungen ist. Jede Diagnose „definiert“ die einzelne Krankheit, d. h., sie setzt Grenzen und schließt damit Umgebendes mit mehr oder weniger guten Gründen aus. Davon war ausführlicher schon die Rede. Hier wird aber noch ein zusätzlicher Aspekt wichtig: Es stellt sich nämlich mit aller Schärfe die Frage, ob und wie weit es überhaupt gelingen kann, Individuen zu verallgemeinern. Es könnte ja geradezu umgekehrt sein. Vielleicht ist in wesentlichen Anteilen jede Krankheit individuell, gehört zur Person, ist seine Krankheit, sein „Schicksal“, seine Form von Protest, seine Reaktion auf Kränkung, Depression etc. Viel zu rasch und oft unreflektiert wird auch hier getrennt. Das eine ist eben Ursache (das Individuum und seine „Verarbeitungsformen“), das andere Wirkung (die Krankheit). Letztere lässt

sich „rein“ für sich und abgelöst von ihrer Genese betrachten („Anamnese“ im üblichen Sinn bezieht sich daher weniger auf das Individuum und seine Lebensgeschichte, sondern eher auf das Erstellen einer „Krankheitsgeschichte“).

Dass und inwiefern diese Spaltung problematisch ist, haben wir schon gesagt. Hier ist aber noch über eine zusätzliche Annahme zu befinden, die stützend im Hintergrund steht: Es wird nämlich unterstellt, dass, so unterschiedlich die Individuen auch sein mögen, sie immer nur die gleichen, diagnostisch festgehaltenen Krankheiten produzieren können. Hier können zwar „neue“ auftreten, sobald sie aber ausreichend beschrieben sind, gilt das Gleiche wie oben. Nun könnte es aber doch wie bereits erwähnt so sein, dass die „Individualisierungsschübe“ unserer Neuzeit nicht spurlos an unserem Körper vorübergegangen sind. Auch nicht an seiner Krankheit. Zu vermuten ist daher eher, dass keine Krankheit der anderen gleicht, insofern diese auch eine Form individueller „Materialisierung“, Manifestation ist. Auf dieser Basis lässt sich allerdings keine Naturwissenschaft begründen; heißt dies, dass dieser immerhin mögliche Aspekt unberücksichtigt bleiben soll? Vielleicht spielt er für die „statische“ Diagnostik keine Rolle. Obwohl auch hier der Möglichkeit nachgegangen werden könnte, ob sich nicht doch Individualität in ein und derselben Krankheit recht unterschiedlich zeigt und dies auch am differenzierenden Erscheinungsbild der Krankheit zeigen ließe. Es besteht aber kein Zweifel darüber, dass er im Hinblick auf Krankheitsverlauf, Heilungs-

prozess eine große Rolle spielt. Diagnose und Therapie offenbaren sich jetzt als „zwei Welten“, in wieder die gleiche Spaltung. Diagnosen werden nach allen Regeln der Kunst nach Normwertbestimmungen naturwissenschaftlichen Ursprungs erstellt. Sie sind Voraussetzung für eine Therapie, die dann stattfinden soll. Nun gibt es natürlich auch - der deduktive Weg - Normtherapien, die „durchgezogen“ werden sollen. Es weiß aber jeder Mediziner, dass hier nicht alles so normal abläuft, wie erwünscht. Patienten können manchmal recht unerwartet reagieren, was „Zusatzmaßnahmen“ auf den Plan ruft (es gibt z. B. eine recht unterschiedliche „Medikamentenverträglichkeit“, unterschiedliche Abstoßungsreaktionen von Fremdeiweiß etc.). Es kann auf Grund sehr unterschiedlicher Therapieverläufe sogar geschehen, dass noch einige Krankheiten „dazukommen“, das sich die Ursprungsdiagnose erweitern, verändern muss. Welche Faktoren hierbei alles eine Rolle spielen, weiß man kaum; sicher ist, dass es sich nicht bloß um „körperliche“ handelt, dass das Individuum, seine Lebensgeschichte und damit verbundene „Prägungen“ Bedeutung haben, aber auch die Person des Arztes, das Pflegepersonal, die Klinikorganisation, Besuche etc. Von diesen „Zusatzfaktoren“ weiß jeder Arzt. Seine wissenschaftliche Ausbildung gestattet es ihm kaum, sie sich nutzbar zu machen. So bleibt es hier jedem persönlich überlassen, was er daraus macht, ob und wie er sie zur Kenntnis nimmt.

Im Allgemeinen sorgen der Klinikbetrieb und seine Organisation ohnehin dafür, dass er

kaum die Zeit hat, sich näher damit zu beschäftigen. Systeme neigen immer zu „Totalitätsausgriffen“: Das deduktiv naturwissenschaftliche Modell hat sich in der hierarchisch-strikten Klinikorganisation zweifellos seine unterstützende Entsprechung geschaffen (historisch geschehen war es wahrscheinlich umgekehrt; da bestand zuerst die Organisation und später auf ihrer Basis die ihr entsprechende Wissenschaft). Wenn man aber für alle möglichen Ursachenzusammenhänge nur ein Lösungsmodell zur Verfügung hat, d. h. letztlich alle „Zusatzfaktoren“ nur dann zur Kenntnis nehmen kann, wenn sie (mehr) wissenschaftlich greifbar gemacht werden können, liegt der Verdacht nahe, dass man dazu neigen muss, Faktoren entweder in ihrer Bedeutung zu ignorieren oder sie gewaltsam dem bestehenden Modell zu unterwerfen. In beiden Fällen nimmt man sich Möglichkeiten, die für Heilung konstitutiv sein könnten. Über den ersten Fall wurde das Nötige schon gesagt. Der zweite ist deshalb interessant, weil er maßgeblich an der Produktion der vielen Krankheiten mitbeteiligt ist, und dies ganz praktisch, bei ein und demselben Individuum. Wenn nämlich die Therapie nicht glatt nach Schema verläuft, so sieht man dies zunächst nur an Verzögerungen, Fehlreaktionen bzw. neuen „Zusatzkrankheiten“. Eigentlich muss man diese immer abwarten, bevor man die Therapie ändert, ergänzt, erweitert etc. Die „statische Diagnostik“ kommt immer „im Nachhinein“. Trotz zunächst eindeutiger Diagnose ist sie gezwungen, das „Syndrom“ zu erweitern, eben weil Faktoren eine Rolle spielen, die in Diagnose und Therapie als solche nicht vor-

kommen. Was ist nun dann die „wirkliche“ Krankheit des Patienten? Die erstellte Diagnose, das inzwischen „aufgedeckte“ Syndrom, oder die Tatsache, dass der Patient sich bewusst oder unbewusst weigert, gesund werden zu wollen? Systemtheoretisch gesprochen nenne ich das beschriebene Phänomen „die Selbstverkomplizierung linearer Systeme“. Sie entsteht, wie am Beispiel beschrieben, durch ein falsch „gelöstes“ Verhältnis von Allgemeinem (hier: Diagnose und Therapieschema) und Besonderem (hier: das Individuum Patient). Weil eine ganz wesentliche Sphäre von Krankheit und Gesundheit entweder ausgeklammert oder nach unpassenden Axiomen ins System eingeordnet wird, werden Nebenfolgen produziert, mit denen sich das System nun nach seinen Methoden herumzuraufen hat. Da dies nie gelingen kann, weil es sich um ganz unterschiedliche Ebenen handelt, die hier zusammengezogen werden, reagiert das geltende System mit „Mehr-vom-Gleichen“. In unserem Fall: Diagnostik und Syndrome werden erweitert. An der Vielzahl von Krankheiten könnte eben auch die systemeigene „Selbstverkomplizierung“ „schuld“ sein. Drittens läuft man ständig Gefahr, durch den Prozess der Entindividualisierung die Person als „Heilungsträger“ zu verlieren. In einer anderen Arbeit (Heintel in: Arztbilder) habe ich mich mit diesem Prozess genauer auseinandergesetzt. Was nämlich für den Patienten besonders schwierig ist, ist das meist ihm selbst überlassene „Managen“ einer permanenten doppelten Botschaft. Einerseits bedeutet man ihm in allen möglichen Zusammenhängen, dass er als eigene Person, als

selbständiges Subjekt nicht gefragt ist, eher stört. (Er wird zum „Fall“ gemacht, egal, ob in Diagnose und Therapie oder im Klinikbetrieb; besonders auffallend ist hier der Umgang mit „Scham“; dieses höchst „natürliche“ Gefühl „nackter Unzulänglichkeit“ wird fast immer ignoriert). Andererseits wird ihm gesagt, dass er mithelfen, sich anstrengen, brav verhalten, ja sogar über sich nachdenken soll, warum er krank ist. Hier ist plötzlich wiederum die Person gefragt; Selbständigkeit, Initiative, Einstellungen etc. Das Ganze ist ein permanentes „Wechselbade“ an Spaltungen, das nicht immer dem Heilungsprozess dienlich ist. Zu bemerken ist auch das „Ungleichgewicht“ der Kräfte: Während hinter der Entindividualisierung die ganze Wissenschaft, die Hierarchie und die Organisation steht, ist die „Resurrektion des Subjekts“ auf einzelne zufällige Äußerungen und Appelle beschränkt. Mag sein, dass sich hier in letzter Zeit etwas ändert. Veränderungen gibt es seit längerem schon im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich. Dennoch wird aber viel zu wenig zur Kenntnis genommen (oder gar methodisch wissenschaftlich beleuchtet), was diese Veränderung eigentlich bedeuten würde: Nicht nur einen radikalen Eingriff in das bestehende Wissenschaftsparadigma nämlich, sondern eine weitere in Ausbildung, Fortbildung, Klinikorganisation, Gesundheitswesen überhaupt. Was nützt es, wenn längst Probleme und Motive anerkannt werden, die organisatorischen Umwelten aber dafür sorgen, dass sie bloß „im Kopf“ der Kritiker bleiben.

21. Wir nehmen zum Abschluss dieser Gedanken einen Satz von vorhin auf, um ihn im Extrem noch einmal zu überprüfen. Es hieß dort: Die „Rekonstruktion des Geistes aus seiner Krankheit“, sowie die damit verbundene Erstellung einer „Diagnose“ setzt das Arrangieren von Kommunikationsverhältnissen voraus. Es wurde zwar bereits betont, dass jede Diagnose und Therapiesituation Kommunikationsverhältnisse setzt, dass diese sich nach Art, Zweck und Einsatzbedeutung aber sehr wohl voneinander unterscheiden. Insbesondere im Bereich psychischer und psychosomatischer Krankheiten wurden Kommunikationssettings unterschiedlicher Herkunft bewusst und methodisch eingesetzt; wie wir wissen, sind sie vielfach Voraussetzung dafür, dass Diagnosen überhaupt erst erstellt werden können. Dies bedeutet aber nicht mehr und nicht weniger, als dass sie in ihrer besonderen Beschaffenheit maßgeblich dafür sind, dass - über seine Krankheit - die Seele, der Geist erst "zu sich selber kommen". Hier gibt es durchaus eine Analogie zu „gesunden“ Situationen: Man kann über sich dieses und jenes denken, sich für alles mögliche halten, was man aber „wirklich“ ist, erfährt man von den anderen. Zwar können auch sie in Details irren. Dies ist aber irrelevant, zumal wenn es nicht gelingt, den Irrtum zu korrigieren. Sozial „wirklich“ ist die „Wirkung“, nicht meine „Einbildung“. Im Gegenteil, es gehört bereits zu einer Art „Ver-rückung“, wenn Selbstbild und Fremdbild ständig und eklatant auseinanderfallen. Nun kann es durchaus sein, dass die Umgebung nur wahrzunehmen gedenkt, was zu ihr passt. Hingegen das Individuum noch über

ganz andere Möglichkeiten und Fähigkeiten verfügt, die im Selbstbild aufbewahrt sind. Wichtig wird hier der Umgang mit der Diskrepanz; wo kann auch das Andere, Unangepasste in mir Anschluss an die vorhandene Umgebung finden. Finden wir ihn nämlich nicht, scheinen nur zwei Möglichkeiten zu bleiben: „Überangepasstheit“ und Verdrängung oder „Abspaltung“ und die Errichtung einer eigenen Welt. Geisteskrankheit wurde sehr oft letzterem Phänomen zugeordnet. Ja, es wurde sogar festgestellt, dass die hier entstehenden Welten in sich so verrückt nicht sind, innere Stringenz und Zusammenhang aufweisen, nur eben nicht in die Realität passen, für die sich Kollektive „gemeinverbindlich“ entschieden haben. Im „Normalzustand“ wird direkt und indirekt ständig an dieser möglichen Diskrepanz gearbeitet. Weite Teile unserer alltäglichen Kommunikation sind hier normierend, korrigierend aber auch ermöglichend - soweit Grundbestände des Systems nicht gefährdet werden - tätig. Wir befinden uns ständig in diesen Prozessen und merken es kaum. Die „Individualisierungsschübe“ und das Zurücktreten der Autorität normierender Institutionen haben hier allerdings die Situation „seliger Unmittelbarkeit“ verändert. Wir müssen uns immer mehr selbst „richten“. Dies führt dazu, dass auch der Alltag „kommunikationsbewusster“ wird; „Beziehungsarbeit“, „Familienkonferenzen“, „Feedback-Sitzungen“ in Arbeitsorganisationen usw. Die Befreiung des Individuums zu seiner Autonomie (Selbstbezüglichkeit und Selbstverantwortlichkeit) hat auf der anderen Seite das Leben anstrengender und mühsamer gemacht. Was früher durch

sozialen Konsens geregelt war, worin man „hinein gewöhnt“ wurde, muss heute in unterschiedlichen Formen und mit differierenden Resultaten erarbeitet werden. Diese Situation verlangt immer mehr „Metakommunikation“. Fehlt sie, läuft manches aus dem Ruder. Individuen werden gezwungen, sich immer mehr mit sich selbst (ohne soziale Rückkoppelungen) auszumachen, sich sozusagen eine immer komplexer werdende „Innenwelt“ anzulegen. Aber auch hier ist zu fragen: Ist das Individuum nicht ein zu enges Gefäß für ein solches Unternehmen? Ist es imstande, den „Zuspruch“ von anderen und „von außen“ durch die innere Entfaltung eigener „Gesprächswelten“ zu ersetzen? Ist es fähig, sich mit sich selbst in Widerspruch zu setzen zur Möglichkeit der Selbstkorrektur? Vermutlich ist dies alles bis zu einem gewissen Grad möglich, der Sozialverband und seine Kommunikationsmöglichkeiten können aber sicher nicht vollständig ersetzt werden. Im Gegenteil, es hat eher den Anschein, als würde die große Aufgabe, komplexe Innenwelten zu schaffen, über die Kraft des Individuums gehen, die damit verbundene Einsamkeit zur Depression und anderen seelischem Leid führen. So könnte es durchaus sein, dass der Mangel an Metakommunikation im Alltag zu psychischen Krankheiten führt, die in diesem reduzierten Alltag auch nicht mehr heilbar sind.

Das methodische Arrangieren metakommunikativer „Settings“ versucht hier „nachzuholen“, was im Alltag versäumt wurde. Allerdings gezielt, konzentriert, beispielhaft. Das bereits „versäumte“ Leben ist als solches

nicht mehr nachzuholen. Weichenstellungen, Brennpunkte und der Umgang mit ihnen können aber „fokussiert“ werden. Damit geht es um „Verdichtungen“ im Angebot sozial-kommunikativer Arrangements, die es dem seelisch Leidenden ermöglichen, „aus sich heraus zu gehen“, seine abgespaltene Innenwelt zu verlassen, und „Landschaften“ daraus zur Verfügung zu stellen. Dies gelingt aber nie durch die Verwendung eines methodischen Schemas von außen. Wie mit jedem Instrument, kann man mit ihm vielleicht Verschlüsse abschrauben oder Ventile lösen, was aber dann mit dem „befreiten“ Strom passiert, ist Sache anderer „Auffangbecken“. Um es noch deutlicher zu sagen: Wenn es nicht gelingt, kommunikative Arrangements zu setzen, in denen nicht auch der Therapeut und andere dabei Beteiligte mitleben, mitleiden, „übernehmen“, sich auch mitfreuen, wird es schwierig, seine Heilprozesse in Gang zu bringen und zum Erfolg zu führen. Es geht nämlich darum, das Individuum, dessen Leid es ja gerade ist, den Anschluss an eine Wirklichkeit verloren zu haben, wieder zu ihr zurückzuführen. Für diese „Vermittlung“ muss ein „stellvertretender Sozialkörper“ angeboten werden, in dem man aus sich herauskommen kann, der wieder erste Schritte zurück oder nach vorne, je nachdem, ermöglicht. Ich halte dies für die schwierigste Seite in der therapeutischen Arbeit mit seelischem Leid. Der Widerspruch zwischen Mitleben und Distanzierung verlangt ein Maß, das uns von nirgendwoher angeboten wird. Es muss sich jeweils und individuell auf Patient und Situation bezogen finden lassen; hier hilft kein Buch, kein

Schema, schon gar nicht „hierarchische Anweisungen“. Auch wenn hier langjährige Erfahrung vorliegt, Sicherheit gibt es nie, schon gar nicht im Individuum; dies ist nämlich der Ort unendlicher Grübeleien oder vorzeitiger Abwehr. So wie ein „Sozialkörper“ als Vermittlung zum Leben notwendig erscheint, so geht es auch um eine kollektive Absicherung des Maßes. D. h., es müssen die anderen helfen. (Supervisionen sind die notwendige Metakommunikation der hier Tätigen; ohne sie geht es den Therapeuten ähnlich wie jenen Patienten, die im Alltag davon zu wenig hatten):

22. Was heißt dies für unser Thema? Zunächst stoßen wir wiederum auf eine bekannte Dialektik. Psychische Krankheiten beanspruchen erstens (wie eben vorderründig somatische nicht) „Individualität“. Im eigentlichen Sinn gibt es so viele Krankheiten wie Krankheitsfälle, keine gleicht der anderen vollständig. Dies galt zwar allgemein auch für die somatisch definierten Krankheiten im Besonderen, es wird aber weitgehend davon abgesehen (Entindividualisierung). Hier geht das nicht, schon deshalb, weil man das Subjekt schon zur Erstellung der Diagnose braucht, weil jede therapeutische Situation „individuell“ ist, schließlich, weil es letztlich ja auch um die Heilung der „Subjektseite“ geht. Obwohl es so viele Krankheiten wie kranke Individuen und Therapiesituationen gibt, hat es wenig Sinn, diese Tatsache in ebenso vielen „Krankheitsbezeichnungen“ auszuweisen; dies ist eher der Weg klassisch-naturwissenschaftlichen Vorgehens. Im Gegenteil, es wird hier viel deutlicher, dass

es wenig Sinn hat, viele Namen zu „erfinden“, wo es doch um das eine Individuum geht, das mit seiner Seele als Ganzes verletzt ist. Seelenschmerz und Geisteskrankheiten sind ja in den meisten Fällen dadurch definiert, dass sie nicht lokalisierbar sind; so können bekanntlich „organisch“ völlig gesunde Menschen zugleich „völlig“ krank sein. Wie wir wissen, lebt aber Krankheitsbeschreibung und Spezialisierung von Lokalisierbarkeit. Wo diese fehlt, wird einer klassischen Diagnostik der Boden entzogen. Man hat sich in den Geisteskrankheiten dadurch zu helfen gewusst, dass man „neue Lokale“ errichtete. Man baute sozusagen eine zweite geistige Welt. So ist hier die Differenzialdiagnostik als die Architektur dieser Welt anzusprechen. Damit spiegelte man sich die Illusion vor, man könne mit dem Geist und der Seele ähnlich verfahren, wie mit dem Körper. (Ähnlich verfuhr man früher mit der Ausgestaltung des „Jenseits“). Auch wenn, wie bereits bemerkt, diese sich auch hier weiter ausdifferenzierende Architektur den wichtigen Charakter von Aufmerksamkeitserweiterung hat, der Geist ist niemals als eigene „körperanaloge“ Welt zu betrachten und in einer „Gespenstermetaphysik“ zu verdinglichen. Damit erhält hier die Diagnostik einen anderen „hermeneutisch-heuristischen“ Sinn. Sie ist „Sprachangebot“ für therapeutische Situationen, sie beschreibt mögliche Pfade, die man in einem Heilungsweg gemeinsam gehen kann. Was hier aber „gefasst“ werden soll, ist prinzipiell „unfassbar“, entzieht sich sprachlicher Fixierung. Man soll nicht meinen und hoffen, durch Krankheitsbezeichnungen den Geist bestimmen zu

können, wenn auch nur in seiner defizienten Seinsweise. Es geht auch gar nicht darum. Vielmehr geht es um Brücken, Krücken, Medien etc., die es einer individuell erkrankten Seele wieder ermöglicht, am Leben der anderen teilzunehmen. Fazit: obwohl es so viele Krankheiten gibt, wie erkrankte Individuen, hat es keinen Sinn, diese in differential-diagnostischer Unendlichkeit zu beschreiben und ihnen damit „ontologischen“ Charakter zu verleihen. Denn eigentlich ist die eine Krankheit als Ganzes wichtig. Diesem Ganzen kann aber kaum durch vereinzelte Festlegungen entsprochen werden.

23. Was wirklich „Geisteskrankheit“ ist, wurde ohnehin nie aus festgelegten Krankheitsbildern bestimmt, sondern de facto sozial, juristisch bestimmt und entschieden. Dies gilt grundsätzlich natürlich für alle Krankheiten, auch wenn die naturwissenschaftliche Diagnostik dies gerne vergessen macht. Die Normalwerte und die Abweichungen entscheiden schließlich auch im somatischen Bereich über Arbeitstauglichkeit, Invalidität, Frühpensionierung etc. Welcher Grad von Erkrankung hier ausschlaggebend ist, ist niemals eine bloß medizinische Entscheidung, wie übrigens auch der Zeitpunkt des Todes „willkürlich“ - im naturwissenschaftlichen Sinn natürlich – festgesetzt werden muss. Geisteskrankheiten machen diese Situation aber besonders deutlich. Hier werden nämlich trotz, entgegen, manchmal auch in Übereinstimmung mit medizinischen Diagnosen (Gutachten dienen hier sehr oft der reinen Verantwortungsentlastung), durch Ämter, Richter,

Sozialverbände, Entscheidungen (Urteile) getroffen, die sich aus der „Normalität“ eines Sozialverbandes und Abweichungen zu diesem herleiten wollen. Hier gibt es regionale, kulturelle, historische Unterschiede. Wissenschaft kann eigentlich nur sein, was diese berücksichtigt; damit verliert sie aber ihren gewohnten „objektiven“ Charakter; eigentlich wird sie zur „Selbstreflexion“ vorhandener Normalitätskriterien. Gutachten wären dann Reflexions- und Entscheidungsstützen für Richter, Ämter etc., sie hätten aber nicht die Autorität von „unverbrüchlichen wissenschaftlich abgesicherten Tatsachen“. Gegenwärtig bemerken wir hier aber einiges an Verwirrung. Sie entsteht auch daraus, dass hier zwei Ansätze und „Autoritäten“ zueinander in Konkurrenz gekommen sind. Die staatlich-gesellschaftliche Autorität, die versucht, gesellschaftliche Normalitätsvorstellung zu exekutieren und die medizinische und psychologische Autorität, die sich eine eigene „Normalitätswelt“ aufgebaut hat, die sich sogar in manchen Fällen kritisch gegen die erste wenden muss. So kann z. B. aus therapeutischen Gründen etwas geboten erscheinen, was rechtlich nicht statthaft ist. Nun wäre es m. E. falsch, so zu tun, als würde sich hier Gesellschaft (und Recht) und Wissenschaft gegenüberstehen; die erste als historisch gewachsen vertrete eben im Bestehenden abgesicherte Normen, während die zweite „die Wahrheit“ repräsentierte, überall dort nämlich, wo Wissenschaft mit Praxis zu tun hat, über sie entscheidet - und das ist in therapeutischen Zusammenhängen ganz eminent der Fall, entscheidet sie nach Kriterien (z.B. ethischen), die aus der Wissen-

schaft und ihren axiomatischen Grundlagen nicht abzuleiten sind (eines der hier zu nennenden Kriterien ist z. B. das „Vorurteil“, dass Menschen immer gesund sein wollen ...). Wenn z.B. aus therapeutischen Gründen einer Anzeigepflicht nicht nachgekommen wird, dann nicht deshalb, weil dies wissenschaftlich geboten ist, sondern weil man sich für andere Normen entschieden hat, als diejenigen, die das Recht vorschreibt (so kann man von „schlechten Familien“ immer noch mehr halten als von öffentlichen Heimen).

An diesen Beispielen und Gegenüberstellungen wird der Hintergrund aller Krankheitsbezeichnungen deutlich, sofern sie nicht somatisch lokalisierbar sind: Krankheiten repräsentieren Verweigerungszusammenhänge auf allgemeine gesellschaftlich-soziale Normativität. Sie werden als Abweichung von ihr wahrgenommen und es wird je nach „Grad“ über sie entschieden: Wenn es sich um eine stark ausgeprägte Abweichung handelt, muss rechtlich und medizinisch verfahren werden, wenn sie „schwächer“ ist, d. h. eigentlich „nur“ der betroffenen Individuen Leid ist, niemand anderer und damit Gesellschaft bedroht ist, dann darf der Psychologe tätig werden – sozusagen als „Zwischenweltverwalter“. Auch wenn diese traditionelle Arbeitsaufteilung heute immer mehr durchlöchert wird, zeigt sie indirekt die Dominanz unseres naturwissenschaftlichen Weltbildes. Wo es nämlich um Gesellschaftsgefährdung auf der einen und deshalb Ausschluss auf der anderen Seite geht, müssen „klare Verhältnisse“ bestehen. Die „weichen“ Daten der

Psychologie sind hier nicht brauchbar, weil sie zu viele Unwägbarkeiten, Höflichkeiten Alternativen, Interpretationsspielräume aufweist, die zu viele „Hintertüren“ offenlassen. Juristisch muss aber geurteilt werden, und das innerhalb einer bestimmten Zeit. Urteilen heißt aber Schluss der Debatte, kein „Wenn und Aber“ mehr. In der Logik ist der „Schluss“ die jeweils erreichte Wahrheit, und damit ist wirklich „Schluss“. „Logische“ Wahrheit im Sinne von Widerspruchsfreiheit kann aber die Psychologie, wenn sie sich richtig versteht, nie bieten; zu viel im Menschen ist widersprüchlich und ambivalent. So war und ist naturwissenschaftliche Psychologie stets gezwungen, den Menschen auf irgendeinen kleinen Ausschnitt zu reduzieren, mit dem sich dieser aber kaum je identifizieren konnte. Nun soll aber der juristische „Spruch“, der die gesellschaftliche Norm immer wieder zu schützen und in Erinnerung zu rufen hat, abgesichert werden; es soll der Anschein erweckt werden, dass er auf „höherer“ Wahrheit beruht. Da man sich angewöhnt hat, Wahrheit und (Natur)Wissenschaft zu identifizieren (eines der geschichtsleitenden Vorurteile unserer Zivilisation), versuchen sich Richter durch diese „abzusichern“ (Expertengutachtenwesen). Damit verlangen sie von der Wissenschaft jene Daten, die ihrer Normativität fehlen. Zweck ist nicht nur, diese zu stützen (Rechtfertigungsfunktion) und ihren (Vor)Urteils- und Entscheidungscharakter durch die Weihe höherer Einsicht in den Hintergrund treten zu lassen, indirekt wird immer die für uns so wichtige Brücke zwischen „wahr“ und „gut“ gebaut. Wenn die Wissenschaft sagt, es ist

etwas wahr, dann ist es gut, daraufhin diese oder jene Entscheidung zu treffen. Dieser Deduktionsweg ist aber zumindest problematisch, weil er förmlich in zwei Fehlentwicklungen hineinzwingt: Einmal „verlässt“ sich das Recht viel zu sehr auf Expertengutachten und verliert damit ihre eigene normbewusste Diskursbasis. Zum anderen wird die Wissenschaft immer mehr in eine „Wahrheitsautoritätsrolle“ hineingehievt, die meist ihrem Wesen überhaupt nicht entspricht. Sie wird zu einer „Letztinstanz“ und trifft damit indirekt diejenigen Entscheidungen, die einem ganz anderen (offensichtlich politischen) Bezirk vorbehalten sein müssten. Betrachtet man die Gutachterlandschaft und ihre Entwicklung im forensischen Bereich, so lassen sich zwei typische Verhaltensformen bemerken, Reaktionen von Wissenschaftler auf diese Situation: Die einen, von Juristen wenig geschätzt, „reden um den heißen Brei herum“; so kann es sein, aber auch anders. Sie entziehen sich mehr oder weniger geschickt der ihnen übertragenen Verantwortung. Souveräne Richter sind aufgefordert, sich herauszupflücken, was ihnen wichtig ist. Die anderen gehorchen voll dem Anspruch und lassen es an Eindeutigkeit und Sicherheit nicht fehlen. Sie könnten genauso gut die Richter selbst sein; ihre Sprache entbehrt daher meist nicht gewisser moralisch-pathetischer Wendungen. Ja, sie „legen noch zu“ und versuchen sprachlich auszumalen und zu begründen; dabei werden nicht selten neue „Syndrome“ geprägt (auch dies führt zur Erweiterung von Krankheitsbilder).

Nun muss zur Kenntnis genommen werden, dass bestehende Normativität an ihrem Erhalt, ihrer Wahrheitsbegründung und ihrer Rechtfertigung interessiert sein muss. Ihr geht es, vorerst einmal, um Systemerhaltung und Ausschluss von Störungen. Ebenso muss man verstehen, dass es der Wissenschaft und ihrem Selbstwertgefühl schmeichelt, zum Apostel der Wahrheit gemacht zu werden. Es ist aber nicht zu leugnen, dass ein Zusammenspiel dieser Interessen, die tieferen Schichten des Problems unzugänglich macht. Was nämlich psychische Krankheit, Geisteskrankheit in diesem Systemzusammenhang wirklich sind, welche Funktion sie haben, was sie z. B. zur Systemerhaltung beitragen, diese Fragen kommen außer Blick. Auch hier hilft die vordergründige Konzentration auf die vielen, hier bereits entdeckten Krankheiten, die für sich genommen „ontologisiert“ werden, auch wenn sie nur „Erscheinungsformen“ sozial-gesellschaftlicher Normsetzung und deren „Verteidigung“ sind. Man könnte sogar vermuten, dass die Entdeckung von immer mehr einzelnen psychischen Krankheiten dazu führt, dass man, mit den Diagnosemöglichkeiten zufrieden, überhaupt nicht mehr wahrnimmt, dass es sich hierbei um indirekte Charakterisierung unserer Gesellschaft, ihrer Normen und ihrer Normverteidigungen handelt. Auch hier könnte ein Grund liegen, wieso es hier immer mehr Krankheiten und nur eine Gesundheit gibt: Gesund entspricht der „einen“ Norm, krank kann in vielfacher Weise davon abweichen.

Nun ist bekannt, dass jedes gesellschaftliche Normsystem notwendigerweise Komplexität

reduzieren muss, auch menschliche. D. h., es muss Seiten im Menschen unterdrücken, disziplinieren, ausschließen. Was geschieht mit diesen Teilen? Im Allgemeinen beruht die Wahrheit und Kraft eines gesellschaftlichen Normsystems darin, dass es für möglichst viele überlebenstauglich ist, für manche sogar Wünsche und Erwartungen darüber hinaus befriedigt (meistens sind diese besonders privilegiert). Dennoch gibt es einige, denen es nicht entsprechen kann und manchmal haben auch Angepasste die "Lust" auf "Ausbruch". Soziale Systeme sind umso stabiler, je besser es ihnen gelingt, den wenigen Unbefriedigten bzw. den Ausstiegswilligen eigene „Räume“ zur Verfügung zu stellen (wo sie sich sozusagen austoben können).

Hiezu gehören zweifellos auch der Bereich der Geisteskrankheiten und seine institutionalisierte Gestalt. Ab einer gewissen Zeit hat man sich bei uns angewöhnt, die Normalbezirke von den Ab-Normalbezirken fein säuberlich zu trennen. In anderen Kulturen und auch in unserer früheren Geschichte hielt man noch zusätzliche Aspekte für wichtig, die man „ausnützen“ wollte. Geisteskrankheit, Besessenheit, Epilepsie galten zeitweise als besondere göttliche oder teuflische "Erleuchtung", mit der sich das Normalsystem eingehend zu beschäftigen hätte. Damit war „realistischer“ erkannt, dass das Abweichende nicht etwas gänzlich „anderes“ ist, sondern eben das Abweichende zu dem Bestehenden, Vorhandenen und mit ihm daher einen inneren Zusammenhang haben muss. Die heutige "Systemtrennung" verhindert vielfach die Erforschung dieses Zusammenhangs, weil

sowohl Mediziner als auch Psychologen schon "äußerlich" (durch Organisation und Arbeitsablauf) zu "gesunden" Insassen der abgetrennten Welt gemacht werden. Ihr „Krankheitsgut“ sind eben die Kranken und eigentlich können sie nur durch sie den verlorenen Zusammenhang zu entschlüsseln versuchen.

24. Ein weiteres kommt hinzu: Normative Systeme brauchen ihre Opfer, sonst wäre ihr „Reduktionscharakter“ zu auffällig und ständig ein Problem. Dieser allgemein bekannten Tatsache wäre für unsere Zusammenhänge mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Sie ist nämlich für den Umgang mit seelischem Leid und mit Geisteskrankheit von großer Tragweite. Es gehört zu unseren klassisch-hierarchischen Organisationssystemen, an deren „Logik“ auch die naturwissenschaftlichen Methoden teilhaben, ein bestimmtes „Systemverhalten“, das insbesondere gegenüber den eigenen Reduktionen wirksam wird (es gibt übrigens kein Sozialsystem, das nicht durch notwendige verallgemeinernde Normierungen "Komplexität", d. h. Wirklichkeit, beim Menschen auch "Möglichkeit", reduzieren muss). Dieses ist zu beschreiben mit dem Kategorienpaar "Auffressen", Untereordnen oder Ausschließen, Vernichten. Es geht um den Umgang mit den durch die Reduktion geschaffenen notwendigen, d. h. selbstproduzierten Widersprüchen, wobei jedes System danach trachtet, die Tatsache der "Selbstproduktion" zu verschleiern, indem sie mit bestimmten Schemata die Widersprüche ontologisiert. Beispiele dafür: Das Gut-Böse-Schema. Als gut wird angese-

hen, wer sich innerhalb des Normbereichs des Systems bewegt (egal, ob es sich um rechtliche, sittliche, moralische oder informelle Normen handelt). Wer sie "verlässt" ist je nachdem ein "Abweichler", ein Verbrecher, ein Kranker, ein Amoralischer, Böser etc. Der Dualismus erlaubt Sauberkeit und Ordnung. Da nun einmal aber das Böse "zugeteilt" ist, in Personen und Personengruppen lokalisiert werden kann, erspart man sich die Ursachenfrage, die hier eben lauten müsste: Was an Verbrechen etc. produziert das System selbst durch seine Reduktionen (z. B. unterschiedliche Zuordnung ökonomischer Möglichkeiten).

Oder das Gesund-Krank-Schema: Wer in unserem System "arbeits- und liebesfähig" ist, d. h. sich den Vorstellungen über Arbeit und Liebe, wie sie eben bestehen, angepasst hat, ist gesund, wer nicht, ist krank. Krank sind aber meist Personen, Individuen (Verinselung, Personalisierung von „Schuld“ gehören mit in das hierarchische Systementlastungsverfahren); hat man sie einmal ausgemacht, muss man nicht mehr so intensiv danach fragen, welche Reduktionen förmlich Krankheiten produzieren. (So könnte man beispielsweise eine andere Vorstellung von „Liebesfähigkeit“ haben, als sie ein durchrationalisiertes-ökonomisch dominiertes System anbietet, in dem schon allein aus Zeitgründen einschränkende Dauerdisziplinierungen erfolgen).

Nun gibt es sicher ein „Böses“ und Krankheiten, die nicht eigenproduziert sind. Es fällt in der Anwendung dieser Schemata aber schwer zu unterscheiden, was woher kommt.

Gefördert wird dieses "Systemverhalten" durch das direkte und indirekte Beibehalten eines uralten Beschwörungs- und Versicherungszaubers. Dieser speist sich aus zwei Quellen: aus der Angst vor Kontinuitätsbrüchen (Kontingenzbewältigung) und der Notwendigkeit der ständigen Selbstdisziplinierung. Es war schon immer üblich, „den Göttern zu opfern“, um sie gnädig für das jeweilige System zu stimmen, dessen Kontinuität, dessen Fortbestand der durch es garantierten Sicherheit, sie schützen sollten. Opfer repräsentieren nun eine eigentümliche Dialektik: Sie sind einerseits "Bestechung" (magische „Beschwörungen“), andererseits aber auch die nach außen gesetzte eigene Schuld. Man opfert schließlich etwas von sich, gibt etwas Wichtiges her, um eigenes Verfehlen zu sühnen. In letzterem wird mehr, als diesem Verfahren bewusst ist, jeweils „Systemreduktion“ reflektiert. Die Opfer sind somit das nach außen gesetzte materialisierte Bewusstsein derselben und entlasten somit eigene „Schuld“. Diese Entlastung hat einsichtigerweise eine ungeheuer stabilisierende Funktion. Wenn nämlich „kollektive“ Schuld in Opfern nach außen gesetzt werden kann, braucht sich das System nicht mehr mit sich selbst zu beschäftigen. Damit werden aber auch alle, die nun dem Schicksal entgangen sind, Opfer zu sein, systemadäquat diszipliniert. In jedem Menschen steckt nämlich mehr als die Normen des jeweiligen Systems zulassen können. (Unsere Angst vor „Geisteskrankheit“ ist auch aus diesem Ursprung verständlich; sie „sitzt“ uns näher, als wir uns zuzugestehen gestatten). Was geschieht mit diesem „Restposten"? Er kann

nur mehr in Opfern „ausgelebt“ werden und deren Schicksal trägt dazu bei, dass man sich gut beraten weiß, diesen Anteil bei sich selbst nicht zum „Blühen“ bringen zu lassen. Unsere „humane“ und wissenschaftlich interessierte Gesellschaft verbietet es, Opfer in „klassischer Weise“ zu behandeln, d. h. durch wirklichen Ausschluss und Tötung (übrigens auch nicht überall; siehe „Verkehrsoffer“ oder den „schleichenden Tod“ sozialer Randgruppen). Wenn aber die Ausschluss- und Vernichtungsschemata nicht mehr entlastend zur Anwendung gebracht werden können, kommt das andere Kategorienpaar zur Anwendung: Man schafft sich für die selbstproduzierten Widersprüche neue hierarchische Organisationen, Institutionen, Abteilungen, Subsysteme. Diese sollen dafür sorgen, dass der Widerspruch beherrschbar wird. Man kann sogar zugeben, dass viele Abweichungen, Krankheiten etc. systemproduziert sind, zugleich aber darauf hinweisen, dass das gleiche System auch in ausreichendem Maße für die Behandlung seiner „Schäden“ aufkommt. Denn ohne Schäden geht's nun einmal nicht und das ist wahr. Man konzentriert damit viel Energie in kurativ tätige Subsysteme, die sich in ihrem Feld naturgemäß analog ihrer Herkunft entfalten; sie spezialisieren, differenzieren, ontologisieren; denn dies ist auch ihr Auftrag; sie werden dafür auch in manchen Berufen sogar überdurchschnittlich entlohnt. Ihre eigene Existenz wird von der Durchführung dieser Tätigkeit abhängig gemacht. Schmerzensgeld und Bestechung zugleich: Ersteres, weil sie unbemerkt zu „Mitopfern“ gemacht werden („Psychiater sein ist die

mildeste Form der Internierung“; was heißt es eigentlich, ständig mit Krankheit umgeben zu sein?). Letztere, weil sie durch ihre Kompetenz, Zuständigkeit, ihr Expertentum Beherrschung des ihnen zugewiesenen Gebietes demonstrieren und dieses daher als „selbständig-unabhängiges“ erscheinen lassen. Die „Bestechung“ besteht also darin, dass sie zu „privilegierten Opferpriestern“ alter Façon gemacht werden, die Rituale zu vollziehen haben, ohne viel zu fragen, wofür diese gut sind und wenn sie sich diese Frage schon selbst gestatten, zugleich dafür zu sorgen, dass sie nicht zu laut tönt, das Volk nicht beunruhigt wird. Da aber auf Grund des ausgeblendeten Zusammenhangs zu Systemreduktionen das Subsystem selbst zu Reduktion gezwungen ist, kann sie die ihr zugewiesene Wirklichkeit nur teilweise erfassen. Davon war schon ausführlich die Rede. In früheren, magischeren Zeiten antwortete man mit neuen und weiteren Ritualen - oft mit solchen, die nur mehr Spezialpriestern einsichtig und zugänglich waren. Wir vergleichen dies mit der „Entdeckung“ immer neuer Krankheiten.

Nach diesem kurzen Exkurs zum Thema Opfer sollten wir uns wieder der früheren Frage zuwenden.

25. Im Sinne des „Schuldgedankens“ stehen Krankheiten seit jeher in der beschriebenen Opfertradition. Wer nun ein Opfer ist, wurde und wird sozial (juristisch) entschieden. Insofern ist auch Krankheit (vor allem Geisteskrankheit) immer sozial entschieden worden. Nun lässt sich nicht leugnen, dass die neuzeitliche, naturwissenschaftliche

Medizin auch unter dem Imperativ angetreten ist, Krankheit von Schuld zu entkoppeln. Krankheit ist etwas „Natürliches“, Biologisch-Organisches, man wird von Bakterien überfallen, kurzum, man kann nichts dafür, krank zu sein. Auch wenn Gesellschaft und Ärzte in ihrem Verhalten oft andere Botschaften vermitteln („na, was haben wir denn wieder angestellt, gesündigt?“) und damit an alte Traditionen anschließen, naturwissenschaftlich ist Schuld irrelevant, so vordergründig im Modell. Was aber hier modell- und methodenentsprechend voneinander abgekoppelt wird, wächst durch System und Organisation wieder zusammen. Der Opfer-Schuldzusammenhang wird durch die Hintertür wieder eingeführt, nämlich dadurch, dass man die „Sozialentscheidung“ des Systems (Abweichung von sich zu trennen) methodisch indirekt billigt, sie aus sich heraus gar nicht mehr so ohne weiteres in Frage stellen kann. Im Gegenteil: Durch die isolierte Betrachtung von Krankheiten wird sie ständig affirmiert. Und so geht es Kranken doch auch sehr oft: Sie fühlen sich als Versager, unbrauchbar, schuldig, oft mehr als Schuldsühnende. Dies allein auf organische Insuffizienz zurückzuführen, greift zu kurz: Jeder Kranke spürt irgendwo das soziale Verdikt, das über ihn ausgesprochen wird und fühlt vielleicht auch, dass er für Dinge (des Systems) büßt, die mit naturwissenschaftlicher Medizin recht wenig zu tun haben.

Kann und soll nun die Medizin oder auch die Psychologie diese Situation berücksichtigen und wenn, dann wie? Auszugehen ist von der Bewältigung zweier unterschiedlicher Diffe-

renzen, bzw. Trennungen. Je nach Berücksichtigung der einen oder anderen hat die Wissenschaft einen anderen Charakter. Dazu einige abschließenden Worte:

26. Zu unterscheiden ist nämlich eine „systemarrangierte“ Differenz, die zu ebensolchen Abtrennungen führt, von der idealtypisch phantasierten Differenz, die aus wissenschaftlicher Erkenntnis folgen soll und sozusagen an der systemunabhängigen Differenz von Gesundheit und Krankheit orientiert ist. Auch wenn berechtigte Gründe dafür angeführt werden können, dass es letztere gar nicht geben kann - eben deshalb, weil es keine „reine“ Naturerkenntnis der „Dinge an sich“ gibt, wie auch deshalb, dass jede Normwertfestsetzung systeminterne Mitursachen hat - ist es doch sinnvoll, heuristisch von diesen zwei Differenzen auszugehen. Denn je nach ihrer Behandlung und vor allem Aufeinanderbeziehung, folgt sehr Unterschiedliches für Gesundheitssystem und Wissenschaft.

Wie schon gesagt, ist mir kein Gesellschaftssystem bekannt, das ohne Verallgemeinerungen und damit Reduktionen auskommt. Menschen unterschiedlicher Herkunft und sozialer Zugehörigkeit, verschiedenen Charakters, womöglich unterschiedlicher Ethnien und Kulturen zu organisieren, d. h. gemeinsamen Verbindlichkeiten zu unterstellen, erfordert Abstraktion, Verallgemeinerung, Disziplinierung, Zwang. Diese Seite ist nicht bloß als Einschränkung zu verstehen. Die Straßenverkehrsordnung zwingt uns zwar Gesetze und Regeln einzuhalten, zugleich ermöglicht sie aber Verkehr überhaupt.

Die Dialektik lautet auf die Spitze getrieben: Allgemeine, d.h. für möglichst viele Menschen geltende und mögliche Freiheit erfordert von diesen höchste Disziplin. Nun gibt es aber in fast allen unseren Systemen, weil sie hierarchisch strukturiert sind, zusätzlich das „Gleichverteilungsproblem“, bekannt unter dem Namen (System)Gerechtigkeit. In bestimmten, für alle geltenden Rahmen, werden nämlich Vorteile und Lasten ungleich zugeteilt (Problem der „Privilegierung“). Dies heißt für unsere Zusammenhänge: die einen genießen mehr Freiheiten auf Kosten der anderen, die mehr von der Lastenseite übernehmen. Für die einen sind eher die erreichten Möglichkeiten der Reduktionen spürbar und gebrauchbar, die anderen sorgen für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts durch Übernahme größerer Einschränkung und Disziplin. Ungleichgewichte schaffen Vergleichsmöglichkeiten, deren Resultate wiederum Erklärungs-, Rechtfertigungs- und Beschwichtigungsstrategien. Letztere sind auch für Kriterien des Ausschlusses und Abtrennens von Widersacher des Systems verantwortlich. Hier ist ein erster Ort, wo die affirmative Forderung an Wissenschaft herantritt. Sie soll gleichsam erklären und bestätigen, dass es sich bei Widersachern und Abweichler nicht um eigen(system)produzierte Reaktionen gegen Einschränkungen und Ungerechtigkeiten handelt (die Reaktionen können durchaus unbewusst sein, oder aus „der Vernunft des Leibes“ gesteuert werden), sondern um eigenständiges, individuelles Verhalten, das jeweils in Körper oder Seele des Patienten seinen Ursprung hat. Die sogenannte neutrale, objektive Differenz der

Wissenschaften wird dazu verwendet, das System zu exkulpiert. Dies geht deshalb so gut, weil sich die Wissenschaft traditionsgemäß auf speziell definierte Felder beschränkt, über die man nun tatsächlich nur etwas „wissen“ kann, wenn man die oben beschriebenen Ursachen unberücksichtigt lässt. Es zeigt sich also, dass aus ihrer angeblich objektiven „wertunabhängigen“ Methode - für außerwissenschaftliche Bereiche - das Gegenteil gemacht werden kann. Nichts kann sich normativ-gewaltsamer auswirken, wie undurchsauter Gebrauch wissenschaftlicher Objektivität.

Nun wäre es sicher falsch, hier heute zu generalisieren. Fast alle einschlägigen Wissenschaften (insbesondere die Sozial- und Gesellschaftswissenschaften, immer mehr aber auch die Medizin und Rechtswissenschaften.), wissen um diese Tatsachen ihres „ideologischen“ Gebrauchs und wissen, wie Objektivität und Expertentum missbrauchbar sind. Sie wissen auch um die systembedingten gesellschaftlichen Ursachenzusammenhänge der Symptome, für die sie zuständig gemacht werden. Dennoch ist allgemeine Verlegenheit spürbar. Unsere traditionell hierarchisch-arbeitsteilige Gesellschafts- und Wissenschaftsorganisation verhindert das praktische Fruchtbarwerden dieses Wissens weitgehend. Damit bleibt es weitgehend kritisch raisonierend, konsequenzenlos oder es bekommt einen unangenehmen moralisch-ideologischen Touch. Letzterer bringt „in der Sache“ kaum weiter. Er erzeugt nur individuellen Druck, damit verbundene Schuldgefühle und deren Kompensation in

sektiererischen Lagerbildungen. Neben der beschriebenen inneren hierarchischen Systemungerechtigkeit, die immer Antworten produziert, die selbst defizienz- und krankheitsfördernd sind, gibt es aber noch ein generelles Problem, das in traditionellem Zugang überhaupt aus dem Blick gerät. Es geht ganz schlicht um das Maß und den Zweck der an sich notwendigen Systemverallgemeinerungen. Die Frage anders gestellt: Wie viel verallgemeinerbare Freiheitsmöglichkeiten sind für den Menschen um den Preis universeller Disziplinierungen eigentlich sinnvoll oder notwendig; wo kommen wir um weltweite Reduktionen nicht herum, wo lassen wir regionale, lokale Selbstbestimmungsfreiräume?

Unsere europäische Systementwicklung ist lange Zeit den Weg des sich universalisierenden Zentralismus gegangen, zuerst äußerlich politisch; vom Absolutismus und seinen Hegemoniebestrebungen über den Kolonialismus zum Imperialismus. Dann „innerlich“ über Wissenschaft, Technik und Ökonomie. Es ging um die „Gleichschaltung“ der Kulturen, die Aufhebung von Separatismen, ein zur Geltungbringen eines universalistischen Wissenschaftsmodells, die Durchsetzung eines geschichts- und regional unabhängigen Völker- und Menschenrechts. Letztere Entwicklung hat dafür gesorgt, dass (national)politisches Hegemoniebestreben vordergründig nicht mehr so wichtig ist. Die Welt wird ohnehin durch „technische Formation“ und ökonomische Grundgesetze bestimmt. Nun ist freilich zuzugeben, dass wir ohne gewisse „Weltmodelle“ die für uns

überlebensnotwendig gewordene weltweite Interdependenz nicht gewährleisten können. Wir jedenfalls, die sogenannte westliche Welt, zieht daraus enorme Vorteile, auf die sie auch nicht so ohne weiteres verzichten will. Wenn aber - und dies scheint ein immer wichtiger werdendes Problem zu sein - dieses „Weltmodell“ unser ganzes inneres und äußeres Leben „kolonialisiert“, die Macht der damit verbundenen Reduktionen sich über Bereiche legen, die primär mit diesem Modell gar nichts zu tun haben, dann wird die Situation prekär und verdient analytische Beachtung. Es könnte nämlich sein, dass manche körperlichen und seelischen Krankheiten mit dieser Kolonisation „intim“ zu tun haben. (Beispiele: „Managerkrankheiten“, Distresserkrankungen aus ökonomisch begründetem Zeitdruck überall, Ernährungserkrankungen, Mangelkrankungen, Hunger etc.; natürlich auch seelische Erkrankungen, die sich dagegen wehren, bzw. darunter leiden, hier nicht adäquat mitzukommen).

27. Es wäre nun ignorant zu behaupten, all diese Entwicklungen hätten nichts mit Wissenschaft zu tun. Im Gegenteil, ihr Modell, ihre Methode und ihre Ergebnisse haben diese überhaupt erst ermöglicht und aus ihr für sich wiederum den Vorteil zurückbekommen, sich forciert weiterentwickeln zu können. Der Anspruch neuzeitlicher Wissenschaft ist nämlich erstens, universell (überall zu gelten, wo gedacht wird, was immer dies auch zunächst heißen mag), und zweitens, auch deshalb überall in gleicher Weise anwendbar zu sein. Das erste erreicht man durch „axiomatische Vereinbarungen“ (Re-

duktionen), das zweite durch dem gemäß Konstruktionen von Wirklichkeit. D. h. unter anderem, wo Axiome nicht so ohne weiteres gelten und demgemäß die aus ihr folgenden Konstruktionen, muss die Wirklichkeit so hergerichtet werden, dass Geltung möglich ist. (Damit Weiße in für sie ungewohnten Klimata leben können, wird alles „vollklimatisiert“; damit ökonomische Gesetze befriedigt werden können, müssen durch den Urwald Straßen geschlagen werden, damit die Schulmedizin in Afrika wirken kann, müssen Medikamente eingeführt, Kliniken erbaut und alte „Zaubermedizin“ ausgerottet werden - man weiß mit welchen sozial destabilisierenden Folgen).

Was also vorhin „im Kleinen“ beschrieben wurde - die lokal affirmative Verwendung von Wissenschaft - gibt es auch im Großen. Der universelle Begriff in den Wissenschaften dient der Rechtfertigung der Universalisierung eines technisch-ökonomischen Weltmodells und der permanenten Verdeckung seiner Schäden. Krankheiten, die dieses Modell verursacht oder jedenfalls gefördert hat, werden durch „objektive“ Beschreibung von ihm abgetrennt, ontologisiert und wiederum dient diese „Verwissenschaftlichung“ einer Neutralisierung des universellen Systems selbst. Vielleicht wird sogar Verursachung in ihm gesehen und vermerkt, sie erscheint aber „schicksalhaft“; so gewaltig ist die Dominanz dieses Systems, dass, obwohl es von uns geschaffen wurde, seine Folgen wie Schicksal über uns hereinbrechen.

Heute wichtige Probleme mit großen Gefahren in sich, die alle auch medizinische Aus-

wirkungen haben, können mit diesem universalistischen Vorgehen aber nicht gelöst werden. Denn, so stellt sich heraus, es ist besser, auf die Besonderheiten von Klima, Kultur, soziale Normen und Traditionen, geschichtliche Entwicklungen und damit verbundene Heilungsgestalten usw. zu achten, als mit einem allgemeinen Begriff über sie hinwegzugehen. Denn, wenn es stimmt, dass Gesundheit und Krankheit immer auch sozial definiert sind, ist es falsch zu meinen, unsere Art von Sozialität sei überall hin exportierbar. Säuglingssterblichkeit zu senken ist sicher ein wichtiges humanes Ziel für unsere Gesellschaft; sie in agrarischen Stammesgesellschaften zu senken muss zumindest berücksichtigen, dass dies zu Schwierigkeiten dieser Gesellschaft führt, die „mitbehandelt“ werden müssten. Krankheiten, hervorgerufen durch „Tabuverletzungen“, mit westlichen Methoden zu behandeln, wird sich als weitgehend wirkungslos erweisen, wenn der Betroffene nicht auf Dauer seinen Sozialverband verlassen kann. Aids im puritanischen Amerika zu bekämpfen, heißt sicher etwas anderes als in Afrika; dies muss man zur Kenntnis nehmen, auch wenn der Virus dort und da der gleiche ist. Beispiele ließen sich hier beliebig fortsetzen. Und auch wenn die WHO in ihrer Gesundheitsdefinition diese „Umgebungsvariablen“ miteinbezieht, bleibt organisatorisch und institutionell diese Definition weitgehend wirkungslos. Unser Wissenschaftsmodell findet aus sich heraus kaum eine Brücke zu den genannten Unterschiedlichkeiten und affirmiert somit unsere (technisch-ökonomisch mitbedingte) Kultur- und Sozial-

entscheidung. (Dies muss „regional“ zur Vervielfachung von Krankheitsbildern führen).

28. Dennoch könnte sich die vorhin als heuristisch bezeichnete Unterscheidung von System- und Wissenschaftsdifferenz hier fruchtbar erweisen. Sie könnte neben der affirmativen eine kritische, praktische Funktion hervorbringen. Allerdings hieße dies ein methodisches Verlassen des „rein“ naturwissenschaftlichen Ausgangspunktes. Dieser soll und muss zwar für bestimmte Bereiche bestehen bleiben, gerade in Fragen der Trennung, des Ausschlusses (d. h. der Krankheitsdefinition überhaupt) muss er aber wesentlich erweitert werden. Damit könnte die Wissenschaft ihre Rolle verändern: Gegenüber der „Bestätigung“ sozial vorweg entschiedener Krankheitsdefinitionen, für die sie nur mehr eine (naturwissenschaftliche) Beschreibung nachzuliefern hat, ging es eher um eine ständige In-Frage-Stellung dieser Festlegungen. Expertentum hieße damit nicht aus eigenen Beschreibungen heraus autoritativ angenommene Korrespondenzen festzustellen, sondern für „Norm-Relativierungen“ gesellschaftlicher, juristischer etc. Vorentscheidungen zu sorgen. Nicht aus Besserwisserei oder weil man im Besitz „höherer“ Entscheidungen ist. Dies wäre dasselbe Verfahren. Sondern, weil es darum geht, das System selbst aus seiner Verantwortungsabschiebung und seinen Ursachenverschleierungen herauszuholen. Wissenschaftliches Expertentum hat damit gerade die gegenteilige Aufgabe, als die, die ihm jetzt meist zukommt. Nämlich nicht

Sicherheit zu geben, sondern die „Systemdogmatik“ permanent zu verunsichern. Entschieden werden muss ohnehin sozial, politisch und nicht in der Wissenschaft. Dabei kann jeweils vieles ungehört und unberücksichtigt bleiben. Darüber beleidigt zu sein, verwechselt wiederum die Zuständigkeiten. Der Wissenschaft sollte es wiederum Aufmerksamkeitserweiterung, Relativierung, Motiverweiterung, eigentlich „Systemreflexion“ gehen; sie soll aufzeigen, wo der Zusammenhang zwischen Symptom und reduktiver Vorentscheidung sein könnte. Sie soll weder das Resultat dieses Zusammenhangs als ontologische Eigenwirklichkeit verkünden (affirmativer, kurativer Weg), noch die Richtung umkehren wollen und glauben, man könnte aus seinem partiellen Wissen nun gesamtgesellschaftliche Konsequenzen deduzieren (der kritisch-moralische, deduktive Weg). Eigentlich geht es um das Angebot von Vermittlungen, Brücken, Übergängen, Zusammenhängen. Damit ändert sich das „klassische“ Krankheitsfeld: Es geht nicht mehr allein um die Beschreibung abgegrenzter und abgrenzbarer Krankheitsbilder (Einzeldiagnosen), sondern um die Beschreibung von „ganzheitlichen Syndromen“, in denen jeweils Verbindungen zwischen den einzelnen Krankheiten und den je möglichen Ursachenzusammenhängen in anderen Systemen und ihrer dort getroffenen Vorentscheidung hergestellt werden. Es ist aber klar, dass damit Medizin zur Sozialwissenschaft werden würde, was der Sache nach zwar schon jetzt vielfach zugegeben wird, was aber kaum wissenschaftsinterne methodische oder organisatorische Konsequenzen hat. Die

„Parallelführung“ zwischen einzelnen Krankheiten und Systementscheidungen und -definitionen wäre sicher auch ein Weg aus dem exponentiellen Wachstum der Einzelkrankheiten. Es wechselt auch die Forschungskonzentration. Man würde nämlich in den genannten „ganzheitlichen Syndromen“ bemerken, wie Entscheidungen für bestimmte „Gesundheiten“ („Normallebensformen“ der Gesellschaft), zugleich und durch sich ihre Krankheiten produzieren. Damit könnte sich die Perspektive umkehren, die vielen Krankheiten wären nur Indizien für unterschiedlich festgesetzte Gesundheiten und ihre reduktiven „Gleichgewichtsstörungen“.

29. Für die Heiler psychischer Krankheiten, seelischer Störungen und Geisteskrankheiten ist diese Perspektivenumkehr zwar immer relevant gewesen, sie konnten sich der naturwissenschaftlichen Dominanz, der systemaffirmativen Trennungspolitik aber auch nicht entziehen. Spezialisten sollten in abgetrennten Bezirken diese Art Krankheiten erforschen und in Analogie zu organischen Krankheitsbildern beschreiben. Auch wenn man organisch nichts Nennenswertes entdecken konnte, irgendetwas ließ sich schon beschreiben. Abweichende Verhaltensformen und „Gesten“, Mimisches, Physiognomisches, Erstarrungen, seltsame Bewegungsarten, Sprachstörungen, Kommunikationsverweigerungen etc. Das Problem war nur, dass ganz augenfällig Beschreibung (Diagnose), Ursache und Träger auseinanderfielen. Ein krankes Organ kann beschrieben und als solches behandelt werden. Eine abweichen-

de Verhaltensform deutet aber immer auf etwas anderes hin, ebenso Mimik, Gestik usw. Es nützt daher wenig, wenn man diese isoliert behandelt. Dieses „Andere“ als Seele oder Geist bezeichnet, ist selbst nie in gleicher Weise Beschreibungsobjekt und stellt trotzdem einen vereinigenden Bezugspunkt dar. Dieses ist schon deshalb nie Objekt, weil es sozusagen Ort des „Subjekts“ der Person ist, und Geisteskrankheit ja unter anderem besagen soll, dass die jeweilige Person in bestimmten Teilen seines Geistes, seiner nicht mächtig ist; dass sie z.B. „Handlungen“ ausführt, die sie gar nicht ausführen will usw.

Bleibt man nun im klassischen Sinn zu sehr „krankheitsorientiert“, bleibt man haften an der Beschreibung, Differenzierung und Kategorisierung von Erscheinungsbildern, kann zweierlei passieren: erstens verliert man den durch sie ausgedrückten Charakter der „Verweisung“, zweitens den möglichen Zugang zu dem dahinterliegenden „Geistsubjekt“. Damit geht aber der Umgang mit Geisteskrankheit den Weg aller klassischen naturwissenschaftlichen Therapien: Man findet immer mehr spezielle Einzelkrankheiten, die man als solche gezielt zu behandeln versucht; es verbindet sich damit jene Entindividualisierung, von der schon ausführlich die Rede war. Dafür sind abgetrennte Klinikbereiche natürlich auch die beste Organisationsform. Für sie kann durchaus gelten, dass sie - auch im Sinne der beschriebenen positiven Einzelmöglichkeiten - die Krankheiten schafft, die sie behandeln kann. Aber nicht alle psychischen Krankheiten werden in der Klinik geschaffen, jedenfalls haben die we-

nigsten dort ihren Ursprung. Meist sind sie Antworten auf die sogenannte „Normalumgebung“, bzw. deren aparte Verarbeitung. Nun gibt es zwar vielfache und immer mehr Bemühungen, diese Zusammenhänge zu bemerken und in Diagnose und Therapie einzubeziehen. Diesem Vorhaben stellen sich aber bedeutende Schwierigkeiten entgegen. Das Hängen am klassischen Wissenschaftsbegriff ist hier ebenso verhindernd, wie unsere auf Trennung und Spezialistentum ausgehende Gesellschaftsorganisation. Dies führt immer wieder zu Pseudoontologisierung und zu „Anschlussverlust“. Im Vordergrund steht die Einzeldiagnose, während das hier notwendige „ganzheitliche Syndrom“ in den Hintergrund tritt.

30. Zwischen unseren Normalsystemen und dem völligen Ausstieg aus ihnen (Tod oder Geisteskrankheit, die allein für sich nicht überlebensfähig wäre) liegt aber eine reiche, höchst komplexe und differenzierte „Zwischenwelt“. Übergänge sind fließend und so mancher subjektive Wahnsinn wird als normal toleriert, weil er z. B. ökonomisch verwertbar ist (Beispiele aus eklatanter Umweltschädigung gibt es hier genug), während manche harmlose Abweichung zu Daueraufenthalt in Kliniken führt. Seelenheiler, Psychologen, Psychotherapeuten könnten nun als Verwalter und Betreuer dieser Zwischenwelt betrachtet werden. Ihre Aufgabe ist es, zwischen Normalwelt und Krankheit zu vermitteln, dafür zu sorgen, dass Zusammenhang und Anschlussfähigkeit nicht abreißen. Indem sie die Krankheit als spezifischen „Ausdruck“ des Normalen nachweisen, zei-

gen sie dessen inhärente Krankheitsmöglichkeiten. Indem sie der Krankheit ihr spezifisches „Lebensrecht“ verschaffen, können sie zugleich mögliche Alternativen des Normalen ausmachen. Seelisches Leid und Geisteskrankheiten sind nämlich zum Teil auch der Spiegel der Insuffizienzen des „Normalen“, manifestierte unbewusste Selbstreflexion, die sich einem bedeutenden Formenreichtum eröffnen kann. Therapien lassen sich daher eigentlich nur von einem „ganzheitlichen Syndrom“ her betreiben, kaum von einer Einzeldiagnose her. Dieses ist aber zum Teil in der Therapie selbst erst zu erstellen. Dafür gibt es heute viele Methoden in unterschiedlichen Systemgrenzen. Wichtig bleibt aber der Perspektivenwechsel: Es geht weniger um die Heilung einer Krankheit, sondern um das Herstellen von Zusammenhängen und Anschlussfähigkeiten bestehender Abweichungen mit der Hoffnung, dass Seele und Geist des Patienten in ihnen wieder selbständig handlungsfähig werden. Es soll sozusagen eine der vielen Gesundheitigen, die das Normalsystem zulässt, erreichbar und lebbar gemacht werden. „Betreuer“ der Zwischenwelt sein, heißt aber in ihr mitleben. Es nützt hier wenig zu erkennen, und Erkenntnisse dem Patienten weiterzugeben. Heilungen laufen kaum über theoretische Einsichten. Auch wenn es sich um „Geistes“-Krankheiten handelt, müssen „Leib“ und „Seele“ angesprochen werden. Die Person des Therapeuten ist selbst „Medikament“, Droge, Instrument, Wegweiser im Labyrinth der Zwischenwelt; sie ist nur als Person, als bestimmtes - methodisch natürlich auch über sich geschultes – Subjekt sich einlassend und

auch ausliefernd imstande, diese Leistung zu vollbringen.

Nur ein „Grenzgänger“ kann Personen „jenseits“ wahrnehmen und sie zurückzurufen versuchen. Eben, als ich dies schrieb, fiel mir ein Bericht mit dem Titel: „Autonomie und Integration, Anmerkungen zur gemeindepsychiatrischen Praxis in der Toskana“, von Horst Gerhard (1992) in die Hand. In ihm findet sich ein Fallbeispiel, das ich an dieser Stelle wiedergeben möchte, weil es m. E. sehr schön illustriert, was ich eben sagen will: „Michele ist ein Findelkind, ein „abbandonato“, er wurde als Kind von seinen Eltern ausgesetzt und hat keine Angehörigen oder Freunde, die sich um ihn kümmern. Ihm fehlt im Grunde alles, was ein Mensch zum Leben braucht. „Ein besonders schwerer Fall“, sagen die italienischen Kollegen. Der Bezugspfleger von Michele entfaltete dessen Geschichte im Gespräch auf der Basis des persönlichen, biographischen Hintergrunds; psychiatrische Diagnosen waren für ihn nicht wichtig. Darin spiegelt sich eine generelle Haltung, die mit zentralen Orientierungen der Psychiatriereform zusammenhängt. Der Blick konzentriert sich auf die sozialen Konsequenzen des „Wahnsinns“, nicht auf dessen psychiatrisch-nosologische Einordnung. Es wird danach gefragt, welche Hilfe der psychisch Leidende zu einem gegebenen Zeitpunkt und unter gegebenen bzw. erst noch zu schaffenden institutionellen Bedingungen benötigt. Das institutionelle Arrangement soll sich an den jeweiligen Bedürfnissen orientieren und nicht umgekehrt. Vor dem Hintergrund akuter Notwendigkeiten

wird äußerst „undogmatisch“ gehandelt, wie die Odyssee der Unterbringung von Michele zeigt. Ein anderes Beispiel ist, dass dieser bei einem notwendig gewordenen stationären Aufenthalt Tag und Nacht von dem Pfleger des psychiatrischen Dienstes begleitet wurde, der ihn auch ambulant betreut hatte (Beziehungskontinuität als wichtiges Arbeitsprinzip); oder, dass er zum Freizeitaufenthalt ans Meer mitgenommen wurde, obwohl dies für alle Beteiligten eine enorme Belastung bedeutete. Dieser flexible Betreuungsmodus ist sehr zeit- und personalintensiv und erfordert die Bereitschaft und Fähigkeit zur ständigen Improvisation. Auch macht sich gelegentlich Ratlosigkeit breit, wie im Gespräch mit einem der Ärzte des psychiatrischen Dienstes zu spüren war: „Wer weiß das schon, wie man mit Psychotikern richtig umgeht?! Wir wissen es auch nicht!“ Dies ist aber nicht resignativ gemeint, sondern man versucht trotzdem immer wieder, geeignete Angebote zu machen bzw. reflektiert gemeinsam, was gerade das Geeignete sei.

Einen plastischen Eindruck von diesem Suchprozess vermittelte mir die Teilnahme an einer Dienstbesprechung des psychiatrischen Teams bei meinem Besuch im Oktober 1991. In dieser Besprechung ging es nur um die aktuelle (persönliche und Betreuungs-) Situation von Michele. Die psychische Verfassung von Michele war zu dieser Zeit nicht besonders gut, was sich in seinem Alltagsverhalten u. a. daran beobachten ließ, dass er ununterbrochen Zigaretten rauchte, Unmengen von Orangensaft einkaufte und stapelweise Comic-Hefte hortete; er gab viel Geld aus

und verschenkte es auch an andere Patienten. In der Besprechung wurde zunächst bedauert, dass es in der casa famiglia, in der Michele lebt, an Personal mangle; wenn man anstelle der zwei Betreuer, die dort arbeiten, doppelt so viele Kräfte zur Verfügung hätte, könne man sich Michele noch intensiver zuwenden. Eine Aufstockung des Personalbestands aber sei beim derzeitigen desolaten Zustand der Finanzen unrealistisch. Dann machte jemand den Vorschlag, Michele in ein Arbeitsverhältnis zu integrieren. Dieser Vorschlag fand wenig Anklang. Es wurde eingewendet, dass er immer dann gleichsam als ultima ratio auf den Tisch käme, wenn andere Interventionen nicht mehr griffen und es Michele auch besonders schlecht ginge. Dabei sei dieser doch auch in seinen besseren Phasen gar nicht oder nur sehr bedingt in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Bei aller Ratlosigkeit und trotz der Einsicht, dass man nun wohl an die Grenzen der eigenen professionellen Hilfsmöglichkeiten gestoßen sei, stand zu keiner Sekunde in Frage, dass die für Michele erreichbare, weitestgehende individuelle Freiheit auch weiterhin das Maß aller Interventionen zu sein hätte. Michele besitzt z. B. einen Schlüssel für das Haus, in dem er lebt, und er kann gehen und kommen und wegbleiben, wann er will und so oft er will. An dieser Suchbewegung fällt auf, dass die Notwendigkeit persönlicher Bewegungsfreiheit ("der Schlüssel für das Haus") ebenso betont wird, wie die einer intensiven menschlichen Zuwendung (ablesbar an der Forderung nach mehr Personal). "Autonomie" des psychischen Kranken, so wie sie hier

verstanden wird, meint eben beides: Bindung in haltgebender personaler Zuwendung wie dessen Freiheit, eigenständig über Zeitpunkt, Häufigkeit und Qualität der Kontakte bestimmen zu können".

Psychiatrische Diagnosen treten also hier in den Hintergrund, hingegen wird „Beziehungskontinuität“ zum wichtigsten „Arbeitsprinzip“. Sie soll aber die „Autonomie“ nicht „antasten“. Nach all dem, was ich theoretisch auszuführen versucht habe, liegt diese gemeindepsychiatrische Praxis ganz auf meiner Linie. Es werden aber auch ihre Grenzen deutlich: Es ist zunächst kaum möglich, sie klassisch-wissenschaftlich in Schemata zu fassen. Feststeht nur die Grundidee; alles andere bedarf der Improvisation, Phantasie, der Einsatzfreude der Betreuer usw. Wenn außerdem die Autonomie des Patienten derart in den Vordergrund gerückt wird, sind Prognosen (das Kernstück klassischer Wissenschaft) ohnehin obsolet. Deutlicher spürbar sind aber natürlich die ökonomischen Ressourcengrenzen. Auch wenn vielfach schon nachgewiesen wurde, dass auf längere Zeitabschnitte bezogen Intensivbetreuungen letztlich billiger kommen als „medikamentöse Aufbewahrung“, scheint vordergründig der Aufwand doch sehr groß. In einer ökonomisch dominierten Welt bleibt daher immer die Frage im Hintergrund, ob man sich diesen Aufwand leisten will. Man ist es zwar gewohnt, in Medikamente, Instrumente, Technik zu investieren. Diese „Ressourcen“ stehen immer noch scheinbar unbegrenzt zur Verfügung. Deshalb wohl, weil sie Produkt des dominanten Systems sind. Man hat aber

noch nicht so recht zur Kenntnis nehmen wollen, dass allgemein in Krankheitszusammenhängen, besonders aber bei psychischem Leid, der andere Mensch das „Medikament“, das „Instrument“ ist. Unsere Ökonomie denkt recht einfach in Produkten; für „Beziehungskontinuität“ gibt es keine „Zahl“ und damit keine Berechnungsgrundlage.

Je mehr wir uns also dem therapeutischen Teil in den psychischen Erkrankungen nähern, umso deutlicher die Schwerpunktverlagerung. Diagnostik wird peripherer, das Interesse an Krankheitsbeschreibungen oder -differenzierungen im klassischen Sinn geringer. Man ist hier weniger darauf aus, möglichst viele Krankheitserscheinungen zu finden, wichtiger ist die Suche nach möglichst vielen „Anschlussmöglichkeiten“ an die umgebende Wirklichkeit. Dieser Unterschied beschreibt zwei wesentliche Funktionen von Diagnostik: klassische Diagnostik dient (sicherheitsgebend) der Festlegung der Gesamtsituation: Der Patient weiß, was er hat, die Ärzte, Pfleger, Betreuer etc. wissen, was sie dementsprechend zu tun haben, die Angehörigen, was sie erwartet. Das im „Fall“ Michele beschriebene Verfahren zeigt einen zweiten möglichen Sinn von Diagnose: Nämlich nicht Festlegung der Situation (diese ist übrigens immer „vergangenheitsorientiert“), sondern Eröffnung möglicher (nicht sicherer) Wege, sowohl für Ärzte als auch für den Patienten (man muss mit seiner „Autonomie“ „arbeiten“). Letzteres muss auch zeitweise zu Unsicherheit und „Ratlosigkeit“ führen, weil diese Art Ausrichtung auf „Zukunftseröffnung“ nie genau sagen kann, was die Zukunft

bringt. (Umso wichtiger sind übrigens Teamgesprächen). Daher unterscheidet sich auch die Art der Krankheitsbeschreibung. Die erste bezieht sich hauptsächlich auf das Individuum und seine Geschichte. Die zweite beschreibt Gegenwart und ihre Anschlussmöglichkeiten; sie muss individuelle Zuschreibungen mit institutionellen, gemeindebezogenen etc. kombinieren, Zwischen- und Übergangswelten zu erzeugen versuchen. Was hier beschrieben wird, sind nicht mehr Individuumsbeziehungen, Einzeldiagnosen, sondern jene „ganzheitlichen Beziehungssyndrome“, von denen schon die Rede war. Indem man z. B. über „Unterbringungsfragen“ diskutiert, verändert man je nach Ort, Institution, Gestalt derselben auch die individuelle Diagnose. Man versucht „Passungen“ zu überlegen, weil man weiß, dass beide Seiten sich gegenseitig bestimmen. Wieder bemerken wir die alte Dialektik: Im gerade vorhin beschriebenen Sinn wird die 2. Art Diagnose „unendlich“. Es steht von vorneherein nie fest, was alles vom Patienten und von der Systemumgebung miteinbezogen werden muss. Es gibt auch ungeheuer viele Facetten und Kombinationsmöglichkeiten, überhaupt dann, wenn der „subjektive Faktor“ sowohl bei Patienten als auch beim Arzt mitberücksichtigt wird. Auf der anderen Seite erübrigt sich penible Differenzialdiagnose, die an der Definition vieler Einzelkrankheiten interessiert ist. Im Zentrum stehen höchst verschiedene, von vorneherein nie genau festlegbare „ganzheitliche Syndrome“, in denen Einzelbeschreibungen nur „Moment“ sind.

31. Der Vorteil klassischer Diagnostik besteht aber nicht nur in Festlegung und Sicherheit. Er liegt in der Erfassung einer „Distanzmöglichkeit“. Wir nähern uns hier dem wahrscheinlich schwierigsten Kapitel von Krankheit und Heilung. Die Frage lautet nämlich: Was heißt „Beziehungskontinuität“? Und: Ist sie überhaupt von Individuen leistbar? Wenn aber nicht, oder nur in eingeschränktem Maße, dann wäre klassische Diagnostik (wissenschaftlich verobjektiviertes „Falldenken“) ein ideales Mittel, jene Distanz zur Person des Kranken herzustellen, die man eben braucht. Für die an der Leitwissenschaft Chirurgie orientierte Schulmedizin scheint von vorneherein diese Distanz hilfreich. Denn, wer schneidet schon gerne in jemanden hinein, den er gut kennt, zu dem er ein persönliches Verhältnis hat (so gibt es viele Chirurgen, die sich weigern, ihre Anverwandten zu operieren). Psychisch wahrscheinlich aber noch belastender ist die persönliche Begleitung in Ausweglosigkeit und Tod. Letztere sind nicht nur eine ständige „Kränkung“ ärztlicher Kunst, sie können nicht als „Einzelerkrankung“ „weggesteckt“ werden, sondern berühren die ganze Person. Lässt man sich daher im Sinne von Beziehungskontinuität auf den Kranken ein, ist „aktives Mitleiden“ unvermeidbar. Dieses kann aber nicht nur den „objektiven Blick“ trüben (siehe Debatte über die „Sterbehilfe“), es ist darüber hinaus klar, dass unsere emotionelle Kapazität nicht unbegrenzt ist. Sie lässt sich auch nicht einfach erweitern. Man muss sich hier vor ständiger Überforderung schützen. Hier bekommt die Wendung von der Zwischenwelt einen neuen Sinn. Sie ist nämlich jene Welt,

die zwischen dem Patienten und dem Therapeuten aufgebaut wird, zum Zwecke der Vermeidung zu intensiver gegenseitiger Berührung und Berührtheit. Gerade in schwierigen oder aussichtslosen „Fällen“ hilft sie. Wer hat hier nicht schon „Erleichterung“ verspürt, wenn es einen klaren Namen, eine abgegrenzte Diagnose gab, die man zwischen sich und seinem Patienten „einschieben“ konnte. Hier hilft natürlich Differenziertheit auf diagnostischem Gebiet sehr. Vielleicht auch eine Ursache der vielen Krankheiten?

Es ist hier wohl angebracht, über eine prinzipielle Grenze zu sprechen, die für keinen Menschen so ohne weiteres „überschreitbar“ ist. Im „normalen“ Krankheitsverlauf wird sie am Phänomen des Todes klar, bei Geisteskrankheit schon „früher“; nämlich dort, wo uns das absolut Fremde, Andere, Unfassbare entgegentritt, zu dem wir keinerlei Beziehung haben; wo jedes Angebot wie an einer steinernen Wand abprallt. Für diese „Phänomene“ gibt es keine Diagnostik. So wie es nur einen Tod zu geben scheint – auch wenn sein Eintreten kulturell unterschiedlich festgelegt wird, gibt es auch keine differenzierte Beschreibung des „Wahnsinns“, der Zugänge aller Art verweigert. Noch der Lehrer Freuds hat für ihn eine „Sammelbezeichnung“: „V. m. = völlig meschugge“. Nun ist es zwar „heuristisch richtig“ und manchmal auch human, die Hoffnung nicht fahren zu lassen, sich Resignation zu verbieten, dennoch werden unüberschreitbare Grenzen immer wieder auftreten. Hier scheint es eher wichtig, sie in aller Realität und Bedrohlichkeit zur Kenntnis zu nehmen, als sich mit Pseudobe-

schreibungen in Wissenschaft retten zu wollen und damit Betroffenheiten abzuwehren. Natürlich müssen diese Grenzen eine dauernde Herausforderung bleiben; so manche früher als absolut gedachte, hat sich als relativ erwiesen. Man muss aber auch einsehen wollen - und dafür auch soziale und nicht medizinische Arrangements finden - dass es ein „Jenseits“ der Grenzen gibt, etwas, das uns auch durch noch so diffizile diagnostische Annäherungsversuche letztlich verborgen bleibt. Der Alltag hat es aber meist mit Übergängen und Zwischenwelten zu tun. Auch hier ist die Arbeit mühsam genug, soll „Beziehung“ eine Rolle spielen. Was hier oft von einzelnen Therapeuten gefordert wird, wie wenig oft „zurückkommt“, welche Hilflosigkeit und Verzweiflung Rückfälle und Stagnation auslösen können, weiß jeder, der in diesem Feld tätig ist. Was bleibt aber an Stütze, wenn man sich die „Flucht“ in „Distanzdiagnostik“ verbietet? Man selbst ist sich sicher hier „zu wenig“. Es gehört m. E. zum individualisierenden europäischen „Überforderungsprogramm“, dass man hier viel zu viel dem Einzeltherapeuten zumuten will. In anderen Kulturen wird diesem Aspekt des „Mitlebens“ bei Krankheit weit mehr Aufmerksamkeit geschenkt: Es ist zum Teil „ritualisiert“, jedenfalls aber kollektiv „verteilt“. Damit nimmt das „Normalsystem“ indirekt zur Kenntnis, dass jeweilige Krankheiten mit ihm selbst etwas Inneres zu tun haben. Bei uns sorgen Systemtrennung und Individualisierung dafür, dass kollektives Mitleben im

Allgemeinen auf den Klinikbetrieb, wenn überhaupt, beschränkt bleibt. Nun können wir nicht naiv „reritualisieren“. Schließlich wollen wir ja auch an der Autonomie des Subjekts irgendwie festhalten. Dennoch muss aus ihm heraus ein Weg gefunden werden, der Patient und Therapeut aus ihrer überforderten Einsamkeit befreit. Wie mühsam es ist, hier tätig zu werden, zeigt nicht nur das Zitat aus dem Bericht über die gemeindepsychiatrische Praxis, sondern auch die Schwierigkeiten, die man in Kliniken findet, die sich daran machen, kollektivere Organisationsformen zu etablieren. (Supervisionen, Teamarbeiten, Etablierung von Außenstellen, psychosoziale Dienste, Kooperation mit Richtern, Ämtern usw.).

Schlussbemerkung

Ich habe mich bemüht, mein Thema hauptsächlich in Bezug auf Wissenschaftsbegriff und Gesellschaftssystem abzuhandeln. Hier fanden sich bereits genügend Gründe dafür, wieso es so viele Krankheiten und nur eine Gesundheit gibt. Ich vermute allerdings, dass es mindestens noch zwei hier nicht abgehandelte Themen gibt, die wahrscheinlich noch interessantes zusätzliches Material zu Tage bringen würden. Erstens das Thema: „Geschichtlichkeit“ von Krankheit und Gesundheit; zweitens das Thema: Die Ideologie der Ganzheit als psychologische Formel für Integrität, somit Gesundheit überhaupt.