

Begegnungen 33

Frank Vogelsang, Christian Bermes (Hg.)

Leben und Leiden

Vom Umgang mit der Krankheit

Dokumentation der Tagung 3/2012
3. – 4. Februar 2012

Evangelische Akademie im Rheinland - Bonn

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Impressum:

Evangelische Akademie im Rheinland
Haus der Begegnung
Mandelbaumweg 2
53177 Bonn
www.ev-akademie-rheinland.de

Umschlagentwurf und Typografie: art work shop GmbH, Düsseldorf
Titelbild : „Der Kosmosmensch“, Tafel aus dem sog. Lucca-Codex , einer Abschrift des
Liber Divinorum Operum der Hildegard von Bingen (1098 – 1179). Der Codex ent-
stand im 13. Jahrhundert, Biblioteca Statale, Lucca/Italien. © Wikimedia Commons.

Für den Druck bearbeitet von Dorothea A. Zügner, M.A., Wachtberg

© 2012 Evangelische Akademie im Rheinland, Bonn

Die Publikation und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich ge-
schützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne
Zustimmung des jeweiligen Autors bzw. der jeweiligen Autorin und der Evange-
lischen Akademie im Rheinland nicht zulässig. Soweit die Beiträge auf Mitschnitten
beruhen, wurden sie von den Autorinnen und Autoren überarbeitet und zur Veröf-
fentlichung freigegeben.

Druck: Format Publishing GmbH, Jena
ISBN 978-3-937621-41-8

| | |
|---|------------|
| Frank Vogelsang, Christian Bermes Vorwort | 5 |
| Thomas Fuchs Gesundheit und Krankheit - eine selbstverständliche Unterscheidung? | 7 |
| Heinz Schott Zwischen Paracelsus und Darwin Die Medizin im Wandel der Neuzeit | 25 |
| Ilhan Ilkilic Muslimische Patienten und medizinethische Konfliktfelder in der allgemeinen Krankenversorgung | 61 |
| Christian Grüny Fiebernächte - Zur Phänomenologie des Krankseins | 81 |
| Christian Bermes Der Umgang mit Leiden und die Erwartungen an das Heilen Die Grenzen des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Normativität des Leibes | 105 |
| Autorenverzeichnis | 121 |

Frank Vogelsang, Christian Bermes

Vorwort

Im Februar 2012 hat die Evangelische Akademie im Rheinland in Kooperation mit dem Institut für Philosophie an der Universität Koblenz-Landau (Campus Landau) die Tagung „Leben und Leiden – Vom Umgang mit der Krankheit“ durchgeführt. Im Rahmen dieser Tagung standen aber nicht, wie man angesichts des Titels leicht vermuten könnte, medizinische Perspektiven im Vordergrund. Der Tagung lag dagegen die These zugrunde, dass wir uns nur dann ein angemessenes Bild von Krankheit und Gesundheit machen können, wenn wir die Bedingungen unserer leiblichen Existenz und die kulturellen Faktoren berücksichtigen, die unser Bild von Krankheit, aber auch unser Bild von Gesundheit prägen.

Offenkundig ist es problematisch, genau zu bestimmen, was wir unter Krankheit verstehen. Natürlich sind viele Krankheiten recht genau definiert, und es existieren spezifische Krankheitsbilder, die sich medizinisch diagnostizieren lassen. Es gehört zu der Kunst von Ärztinnen und Ärzten, eine gute Diagnose durchführen zu können. Doch eine allgemeine Bestimmung von Krankheit etwa als Pendant zur Gesundheit ist wesentlich schwieriger. Die Diskrepanz zwischen den Bestimmungen von konkreten Krankheitserscheinungen und Krankheit im Allgemeinen zeigt sich heute geradezu als eine Belastung unseres Gesundheitssystems. Denn allzu oft fühlen sich Menschen krank, ohne dass spezifische Krankheitssymptome manifest sind. Sind diese Menschen nun krank oder sind sie es nicht? Hier ist man wieder auf die Ausgangsfrage zurückgeworfen.

Noch schwieriger aber wird es, Gesundheit zu bestimmen. Es gibt zwar einen allgemeinen Ansatz der Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit als „einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ zu begreifen. Doch man merkt schnell, dass eine solche Definition sehr viele Freiheitsgrade aufweist. Ihre Funktion besteht eher gerade darin, eine möglichst umfassende Definition anzugeben, so dass

kulturelle Einschränkungen und Festlegungen immer auch kritisch befragt werden können.

Eine philosophische Reflexion zeigt: Die Probleme bei der Definition von Gesundheit oder Krankheit entstehen nicht von ungefähr. Denn Krankheit und Gesundheit hängen auf engste Weise mit dem Bild vom Menschen zusammen, das wir haben. Dieses Bild jedoch wird selbst immer wieder entworfen bzw. verfertigt. Die Tagung, die hier dokumentiert ist, hat dieser Erkenntnis dadurch Rechnung getragen, dass von Beginn an das Augenmerk darauf gerichtet wurde, was sich einer Klassifizierung entzieht. Einige Beiträge argumentieren mit Hilfe leibphänomenologischer Methoden. Krankheit und Gesundheit sind unmittelbar mit der leiblichen und sozialen Existenz des Menschen verknüpft. Sie erfassen so gerade auch jene Dimensionen unserer Existenz, die nicht einfach mit analytischer Expertise erfasst werden können. Wenn wir verstehen wollen, was Krankheit ist, können wir unsere eigenen Erfahrungen nicht außen vor lassen. In gewisser Weise ist der kranke Mensch nicht nur der passiv Betroffene, sondern er ist auch in der Lage und sogar gezwungen, sich zu seiner Krankheit zu verhalten. Dies beeinflusst aber wiederum auf erhebliche Weise die Krankheit und ihre Erscheinungsform. Fortschrittliche Medizin berücksichtigt die aktiven Anteile, die jeder Mensch bei der Bewältigung seiner Krankheit hat. Doch auf diese Weise muss die geläufige Unterscheidung von Expertentum (Ärztinnen und Ärzte) und Laien neu beantwortet werden, kooperative Modelle weisen den Weg.

Dr. Frank Vogelsang

Prof. Dr. Christian Bermes

Thomas Fuchs

Gesundheit und Krankheit – eine selbstverständliche Unterscheidung?

„Gesundheit und Krankheit sind nicht wesentlich Verschiedenes, wie es die alten Mediziner und heute noch einige Praktiker glauben. Man muss nicht distinkte Prinzipien oder Entitäten daraus machen, die sich um den lebenden Organismus streiten und aus ihm ihren Kampfplatz machen. Das ist albernes Zeug und Geschwätz, das zu nichts taugt. Tatsächlich gibt es zwischen diesen beiden Arten des Daseins nur Gradunterschiede: die Übertreibung, die Disproportion, die Nichtharmonie der normalen Phänomene konstituieren den krankhaften Zustand.“¹

Friedrich Nietzsche, Der Wille zur Macht/Nachgelassene Fragmente

Wir wollen nach einer Unterscheidung fragen, die selbstverständlich erscheint. Wer wüsste nicht, wann er krank und wann er wieder gesund wird? Wer sähe Gesundheit nicht als erstrebenswert, Krankheit nicht als Übel an? Aber es gibt nachdenkliche Stimmen, Gegenstimmen. „Gesundheit und Krankheit sind nicht wesentlich Verschiedenes“, schreibt Nietzsche. Wie sollen wir das verstehen? Nun, zunächst gehören Gesundheit und Krankheit zusammen wie alle polaren Begriffe: Höhe und Tiefe, Innen und Außen, Gut und Böse, Liebe und Hass. Ohne die Erfahrung von Krankheit hätten wir auch keinen Begriff von Gesundheit, und umgekehrt.

Aber das allein ist nicht gemeint; Nietzsches Gedanke zielt noch darüber hinaus. Das Maß an Gesundheit eines Menschen, so schreibt er weiter, zeige sich daran, „wieviel von Krankhaftem er auf sich nehmen und überwinden kann – wieviel er *gesund* machen kann“, Krankheit gehöre zu den „Stimulanz-Mitteln der *großen* Gesundheit“.¹ Das bedeutet: Eigentliche Gesundheit besteht nur da, wo sie sich mit Krankheit auseinandergesetzt, sie überwunden hat, sie aber auch noch in sich enthält. Der von Leid und Krankheit Geprüfte ist in anderer Weise gesund als der immer nur kernge-

1 Nietzsche 1994, S. 499.

sunde Glückspilz, der von Krankheit gar nichts weiß. Radikal könnte man Nietzsches Gedanken auch so formulieren: Die bloße, selbstzufriedene Gesundheit ist eigentlich Krankheit, und Krankheit ist in Wirklichkeit die höhere Gesundheit.

Darin ist Nietzsche neuerdings von biologischer Seite bestätigt worden: Bei der Analyse des Humangenoms fand sich eine Fülle ehemaliger Virenbruchstücke; d.h. die Infektionen unserer Vorfahren sind in das menschliche Genom integriert, „gesund gemacht“ worden. Das Gleiche gilt für die individuelle Entwicklung. Dass Kinderkrankheiten die Abwehr stärken und die seelische Reifung des Kindes fördern können, ist bekannt. Aber auch im Erwachsenenalter kann Krankheit eine notwendige Unterbrechung darstellen, in der eine körperliche, seelische oder soziale Überforderung sichtbar wird und nun ausgeglichen werden kann. Bildlich gesprochen, tritt man in der Krankheit oft einen Schritt zurück, um dann eine Hürde besser überspringen zu können. Krankheiten können wertvolle Signale und Anstöße zu einer neu balancierten Lebensführung geben. Wessen Körper nicht rechtzeitig solche Signale gibt, der lebt auf die Dauer nicht unbedingt gesünder. Er läuft Gefahr, sich auf dem einmal eingefahrenen Gleis totzulaufen. In der psychosomatischen Medizin hat man sogar von der „Krankheit, nicht krank werden zu können“ gesprochen.

Gesundheit ist also nicht einfach das Fehlen von Krankheit. Gesundheit und Krankheit sind keine absoluten Gegensätze, sondern gehören als Pole zueinander. Man sagt zwar von manchen Menschen, dass sie „vor Gesundheit strotzen“. Aber dieses Hervortreten des Gesunden hat oft selbst etwas Problematisches. Der Allzugesunde, durch Fitness-Center, Bräunungsstudios, Wellness-Kuren zurechtgestylt, mutet uns eher penetrant und fassadenhaft an. Der Körper- und Gesundheitskult erhält leicht einen oberflächlichen Charakter – mitunter sogar einen unmenschlichen. Er kann nämlich auch zum Bestandteil einer aggressiven, sozialdarwinistischen Ideologie werden, die den Kampf gegen das „Minderwertige“, Schwache und Kranke propagiert. Im Nationalsozialismus war die „Volksgesundheit“ das höchste Gut. „Zäh wie Leder, hart wie Kruppstahl“ – ist das gesund? Es ist gefährlich für den Menschen, wenn er Krankheit und Leiden gänzlich zu verdrängen und zu beseitigen sucht.

Daher auch die Fragwürdigkeit der vielzitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit sei „der Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“. Diese Definition streicht den einen der beiden Pole einfach weg. Sie vergisst, dass wir als Menschen notwendig in Gegensätzen leben, die wir immer neu in uns ausgleichen müssen. Meint Gesundheit wirklich das Ideal eines leidlosen, unbeschwerten, von Genuss und Erfolg geprägten Lebens, die optimale Anpassung an die immer hektischere Mobilität und Höchstleistung in der Industriegesellschaft? Dann wäre Krankheit nur eine Betriebsstörung, ein ärgerlicher Defekt, den man tunlichst vermeidet oder möglichst schnell mit wirksamen Techniken repariert. Und das normale menschliche Altern, das immer mit Beeinträchtigungen verbunden ist, wäre von vorneherein eine Krankheit.

Für die Definition der WHO existiert nur das schlichte Gesunde; für das Widersprüchliche im Menschen fehlt ihr der Blick. Verborgен bleibt ihr, dass der Mensch Krankheit auch annehmen und gestalten kann, dass er aus der Verbindung von seelischer Kraft und Krankheit heraus zu erstaunlichen Leistungen fähig ist. „Das Ideal einer vollkommenen Gesundheit ist bloß wissenschaftlich interessant. Krankheit gehört zur *Individualisierung*“, schreibt Novalis.² Das Kreative im Kranksein hat auch Thomas Mann im „Zauberberg“ thematisiert, wo er Dr. Krokowski sagen lässt: „Mir ist nämlich ein ganz gesunder Mensch noch nicht vorgekommen.“ Gerade die Pathographien bedeutender Persönlichkeiten – denken wir nur an Beethoven, Hölderlin, Rilke, Kafka oder Nietzsche – zeigen uns, wie Krankheit zur Voraussetzung schöpferischer Leistungen werden kann; wie sie nicht nur stört und zerstört, sondern auch eine Tiefe und Abgründigkeit der Erfahrung vermittelt, in der sich das Wesen der Existenz in besonderer Weise zeigt.

Die Frage ist also nicht: gesund oder krank? – sondern eher: Wieviel Krankheit kann ein Mensch gestalten und verwandeln, „gesund machen“, ohne dauerhaft schweren Schaden zu leiden? Ab welchem Punkt wird „gesunde Krankheit“ zu destruktiver Krankheit? Wann schlägt Krankheit als Möglichkeit der Entwicklung und Vertiefung des Lebens um in Krankheit als Behinderung, als Minderung und Zerstörung der Lebensvermögen? Dieser Punkt

2 Novalis 1966, Fragment 637, S. 681.

des Umschlagens ist bei jedem Menschen und zu jedem Zeitpunkt des Lebens verschieden. Er ist abhängig von einem individuellen Maß, für das auch der Arzt oder Therapeut oft nur nach langer Kenntnis eines Patienten ein Gefühl entwickeln kann.

Phänomenologie von Gesund- und Kranksein

Die bisherigen Überlegungen haben schon Bewegung in die Begriffe Gesundheit und Krankheit gebracht. Versuchen wir in einem nächsten Schritt, ihnen von unserer Selbsterfahrung her zu näherzukommen. Welche Erfahrungen liegen ihnen ursprünglich zugrunde?

Beginnen wir damit bei der Gesundheit, so treffen wir auf eine Schwierigkeit. Es ist deutlicher zu empfinden, wenn man krank, als wenn man gesund ist. Gesundheit ist eigentlich das Selbstverständliche, Unauffällige; sie drängt sich uns nicht auf wie es die Krankheit tut. Ein bekannter Pathologe nannte die Gesundheit einmal das „Schweigen der Organe“: Wir wissen nichts von ihnen, solange sie funktionieren. Gadamer spricht treffend von der „Verborgenheit der Gesundheit“.³ Freilich können wir sie auch mit Worten wie Wohlbefinden, Frische oder Lebenskraft umschreiben. Aber auch davon sprechen wir eigentlich immer in Verbindung mit den Menschen, den Dingen und Aufgaben, denen wir uns im Leben gegenüber sehen. Gesundheit ist im Grunde nichts anderes als das alltägliche Da-sein, mit anderen in Verbindung sein, von den eigenen Aufgaben erfüllt sein. Sie gehört zum „Wunder der Selbstvergessenheit“.⁴

Selbstvergessenheit, das heißt auch Leibvergessenheit. Damit ich mich frei der Welt zuwenden kann, muss mein Leib im Hintergrund bleiben. Er bewegt sich, er arbeitet, funktioniert, ohne dass ich darauf acht gebe. Ich brauche nicht zu überlegen, wie ich es anstelle, aus dem Haus in die Arbeit zu gehen, wie ich Platz nehme, einen Kollegen begrüße, usw. Das ist Gesundheit. Bekomme ich jedoch Rückenschmerzen oder ein Ohrgeräusch, dann ist es vorbei mit der Selbstverständlichkeit des Leibes. Er macht sich unangenehm, störend bemerkbar. Da beginnt Krankheit.

3 Gadamer 1996.

4 Gadamer 1996, S. 126.

Krankwerden ist zuallererst die Erfahrung einer *Störung*. Wenn der Arzt fragt: *Was fehlt* Ihnen? – dann zeigt dies sehr schön, was Gesundheit bedeutet. Ich merke erst an der Störung, was vorher ungestört war; am Missbefinden, was zuvor Wohlbefinden war; am Mangel, was vorher da war. Etwas sonst Selbstverständliche ist verloren gegangen, das alltägliche Dahinleben unterbrochen. Das drücken wir in typischen Beschwerden aus:

- ich fühle mich matt, erschöpft, wie zerschlagen
- ich kann etwas nicht mehr
- etwas tut mir weh, drückt, brennt
- ich habe etwas „bekommen“ (Husten, Durchfall, Flecken)

In solchen Äußerungen spiegelt sich das Erleben, dass etwas an mir, an meinem Leib sich störend bemerkbar macht, sich verselbständigt oder mir verloren geht. Im Kranksein tritt also eine Entfremdung, ja *Entzweiung* auf. Etwas an meinem leiblichen Dasein entzieht sich meiner Verfügung, schränkt meine Freiheit ein, hindert mich am Leben, an den Besorgungen des Alltags. Mein bis dahin unbemerkter Leib stellt sich mir in den Weg und wird zu dem Körper, den ich „habe“.⁵ So erfahren wir Kranksein als beunruhigende Störung einer – bis dahin unhörbaren – Harmonie unseres Lebens; als etwas in uns, „das nicht sein soll“ und wieder aufgelöst sein will. Kranksein macht uns gerade durch ihre Bedrohung, durch ihren Verlust diese Harmonie unseres Daseins erst bewusst.

Darin gleicht das Kranksein anderen Phänomenen, die erst in der Störung auffällig werden. Nehmen wir die *Zeit*: Wann bemerken wir überhaupt so etwas wie Zeit? Vor allem doch dann, wenn sie zu knapp ist oder zu lang dauert, wenn wir zu spät kommen oder warten müssen, in der Ungeduld, Hektik oder Langeweile. Läuft unser Leben einfach so dahin, dann denken wir gar nicht an die Zeit. – Ebenso ist es mit einem anderen Phänomen, dem *Gleichgewicht*. Wir bemerken es erst, wenn uns schwindlig wird, wenn ein vermeintlich fester Untergrund plötzlich in Bewegung kommt, wenn wir den Halt verlieren und zu schwanken beginnen.

5 Diese von Plessner (1975) getroffene Unterscheidung von Leib und Körper hat für die Medizin vor allem der Internist und Phänomenologe H. Plügge exemplarisch herausgearbeitet (Plügge 1967).

Das sind nicht nur Vergleiche. Krankheit hat sehr viel mit der Zeit und mit dem Gleichgewicht zu tun. Jeder weiß, wie in einer Krankheit die Zeit auf einmal langsamer abläuft: Man muss „kürzertreten“, sich gedulden, kann Termine nicht mehr einhalten. Ebenso stört Krankheit das Gleichgewicht – schon insofern, als man sich oft nicht mehr aufrecht halten kann und das Bett hüten muss, aber auch wenn man daran denkt, wie eine Krankheit uns auch existenziell „den Boden unter den Füßen wegziehen“, unsere seelische Ausgeglichenheit erschüttern kann. Gesundheit, Gleichgewicht, Leiblichkeit, Zeitlichkeit bezeichnen Phänomene des *Hintergrunds* unserer Existenz. Sie bestehen oder geschehen „von selbst“, ohne dass wir unsere bewusste Aufmerksamkeit auf sie richten.

Die Eigentümlichkeit der Gesundheit, das selbstverständliche Leben unseres Leibes im Hintergrund wird uns gerade in seiner Störung, in der Krankheit bewusst. Wir sind zu einer unangenehmen, aber auch heilsamen Passivität verurteilt und müssen uns dem Leib und seinen Heilungsvorgängen überlassen. Aus dieser pathischen Erlebnisweise kann ein neues Gefühl für das leibliche Dasein, für die Grundlage unserer Existenz erwachsen.

Der antike Krankheitsbegriff

Kranksein als Störung einer von selbst stabilisierten Balance, einer bis dahin verborgenen Harmonie – das war auch die Vorstellung der antiken Medizin. Die Griechen verstanden unter Gesundheit die Harmonie der Gegensätze, ein Gleichgewicht der Kräfte im Organismus, das rechte Mischungsverhältnis der Körpersäfte. Zu dieser Harmonie gehörte auch die Einbettung des Organismus in seine Umgebung. Die Schriften des Corpus Hippocraticum sind in hohem Maß von der Erwägung ökologischer Bedingungen bestimmt, die einen Einfluss auf den Kranken haben: Jahreszeiten, Klima, Luft, Boden, Wasser, Ernährung, Beruf usw.

Krankheit war für die Griechen dementsprechend eine Gleichgewichtsstörung, ein Missverhältnis, ein Übermaß oder zu geringes Maß, sei es an Stoffen im Körper oder an Einwirkungen aus der Umgebung. Eine Störung des Gleichgewichts konnte durch Gegengewichtung ausgeglichen werden, wobei die Diätetik, die Wiedereinordnung des Organismus in seine Um-

welt durch die richtige Lebensweise eine besondere Rolle spielte. Dabei bestand immer die Gefahr des Zuviel, nämlich der Gegenregulation. Der Organismus glich einer Waage: Geriet sie aus dem Gleichgewicht, musste man Ausgleichsstoffe oder Medikamente vorsichtig anwenden, um die Waage nicht zum Ausschlag auf die Gegenseite zu bringen – im Grunde ein sehr moderner Gedanke. Der heutige Begriff der *Homöostase* meint das Gleiche: Wir verstehen den Organismus als System ineinandergreifender Regelkreise. Gesundheit beruht auf dem geordneten Gefüge aller Glieder, Organe und Funktionen. Der Physiologe Rothschuh definierte Krankheit dementsprechend als den „Zustand der subjektiven, klinischen oder sozialen Hilfsbedürftigkeit infolge des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen, psychischen oder psychophysischen Funktionsglieder des Organismus“.⁶ Dieses Ineinandergreifen von Regelkreisen entzieht sich einer monokausalen, quasi-physikalischen Einwirkung. Der Körper ist eben keine Maschine, die sich reparieren lässt. Daher hängt die Wiederherstellung der Gesundheit von vielen Faktoren ab, die nicht in der Macht des Arztes stehen. Er kann Gesundheit nicht „machen“, erzwingen, sondern nur die Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Organismus von selbst wieder in seine Funktionen eintritt und sich ungestört reguliert.

Kranksein und Krankheit

Kehren wir nach diesem Exkurs zurück zur ursprünglichen Erfahrung des Krankwerdens. Eine Störung des Befindens ist eingetreten, die Selbstverständlichkeit des Leibes verlorengegangen. Nun geht der Kranke zum Arzt. Was geschieht dort? Das gestörte Befinden verwandelt sich in den Befund. Die Selbsterfahrung des Krankseins wird gedeutet als eine *Krankheit*, die der medizinischen Wissenschaft bekannt ist; sie erhält eine Diagnose.

Das hat verschiedene bedeutsame Folgen. Zunächst einmal kann die beunruhigende Fremdheit des Krankseins durch die Einordnung in das medizinische Wissen bis zu einem gewissen Grad überwunden werden. Viele Patienten sind erleichtert, dass es überhaupt einen medizinischen Namen gibt für das, was sie erleben. Der Grund dafür ist folgender: Kann die Krankheit

6 Rothschuh 1975, S. 417.

benannt werden, dann ist sie auch feststellbar, lokalisierbar. Sie lässt sich gewissermaßen verstofflichen, materialisieren und so auch beseitigen. Der Patient kann darauf hoffen, dass der Arzt das, was sich in ihm entfremdet, was ihn befallen oder ergriffen hat, wieder ausscheiden, auflösen oder operativ entfernen kann. Aus dem Kranksein als Erfahrung einer Gleichgewichtsstörung wird so die Krankheit als eine Art *Ding* oder Stoff.

Darin liegt ein uraltes Bedürfnis. Die Vorstellung von der Krankheit als einem fremden Agens, einem Dämon oder einem Fremdkörper, der in den Körper eingedrungen ist, ist in archaischen Kulturen weit verbreitet. Entsprechend wird in der Behandlung durch den Heilkundigen, den Mediziner oder Schamanen die Krankheit meist regelrecht „verkörpert“, nämlich zu einem Stoff materialisiert und als solcher ausgeschieden. Eines der häufigsten Verfahren der traditionellen Medizin ist der „Extraktionszauber“. Dabei nimmt der Heiler abstreifende oder aussaugende Handlungen am Körper des Kranken vor und produziert schließlich verschiedene Materialien (Steine, Hölzer, die er vorher mitgebracht hat).⁷ Sie sollen die Krankheit sinnfällig repräsentieren und dem Kranken seine Heilung anzeigen. Oft geht der Krankheitsstoff auch in den Körper des Heilers selbst über, der ihn kraft seiner höheren Macht neutralisiert oder als Fremdkörper aus seinem Körper auftauchen lässt.

Das erscheint uns wohl sonderbar und unwissenschaftlich. Aber in der europäischen Medizin erfüllte jahrhundertlang der Aderlass oder das Schröpfen den gleichen Zweck. Und im Grunde sind auch unsere heutigen Vorstellungen von Mikroorganismen, die den Körper befallen und vernichtet werden müssen, davon nicht weit entfernt. Auch der beinahe mythische Ruf, den die Chirurgie heute noch immer genießt, hängt sicher zusammen mit dem tiefen Bedürfnis des Menschen, von der Krankheit wie von einem Stoff, einem Fremdkörper befreit zu werden. Wir sehen: Mit der griechischen Vorstellung von der Gesundheit als Harmonie und Gleichgewicht und der Krankheit als Störung einer Selbstregulation des Organismus haben solche Krankheitskonzepte nur wenig zu tun. Hier kommt Krankheit von außen, und sie soll wieder ausgeschieden, beseitigt werden – was ja in der Tat auch in vielen Fällen möglich ist. Erst die psychosomatische Medi-

7 Vgl. Schiefenhövel 1986.

zin hat das Gegenmodell der Gleichgewichtsstörung wieder in den Vordergrund gerückt.

Die ursprüngliche Dialektik des Krankseins, von der schon die Rede war, lässt beide Wege zu. Die Entfremdung der Leiblichkeit, das „Körper-Werden“, das in der Erfahrung des Krankseins liegt, enthält schon die Tendenz zu einer *Verdinglichung*. Die naturwissenschaftliche Medizin, eine Körpermedizin, greift sie auf und verstärkt sie noch. Die gleiche Erfahrung bedeutet aber auch den Verlust der Harmonie von Leib und Umwelt, eine Störung in einem abgestimmten, nur kreisförmig zu erfassenden *Verhältnis*. Diesen Pol der Dialektik hat die antike, diätetische Therapeutik ebenso aufgegriffen wie die chinesische Medizin, aber auch die „Gestaltkreis“-Konzeption Viktor von Weizsäckers oder heute die systemischen und ökologischen Ansätze in der Psychotherapie.⁸ Krankheit als „Ding“ oder aber als „Verhältnis“ – beide, die reifizierende und die relationale Krankheitsauffassung sind in der Dialektik der menschlichen Leiblichkeit angelegt.

Der naturwissenschaftliche Krankheitsbegriff

Die ärztliche Diagnose hat noch eine weitere Konsequenz. Für den Kranken bedeutet seine Krankheit etwas Einmaliges, Persönliches, das nur ihn zu diesem bestimmten Zeitpunkt seines Lebens betrifft. Für die westliche Medizin aber ist Krankheit ein objektiver Prozess, einzuordnen in die Regelmäßigkeiten der Naturvorgänge, wie sie die Wissenschaft am lebenden und toten Objekt gleichermaßen beobachtet. Die Medizin sieht als Wissenschaft von allem Persönlichen und „bloß Subjektiven“ ab. Objektivieren aber heißt in der Naturwissenschaft „messen“. So kann man alle Kranken unter physikalisch-chemischem Gesichtspunkt untersuchen, z.B. hinsichtlich ihres Gewichts, Blutdrucks, Elektrolytgehalts im Blut etc., um diese Messungen dann zu standardisieren und zu vergleichen. Die Medizin fixiert Standardwerte und liest Krankheit schließlich von einem Bündel Messwerten ab, das die Labors liefern.

Dabei tritt freilich ein Problem auf: Auf dieser Ebene lassen sich „gesund“ und „krank“ gar nicht mehr unterscheiden. Physikalisch und chemisch be-

8 Vgl. v. Weizsäcker 1986, Jones 1995, Willi 1996.

trachtet, sind Schlaganfall oder Krebs Naturereignisse wie Blitz und Regen. Auch die Biologie liefert nur Regelgrößen und Normwerte. Aber bedeutet Krankheit die Abweichung vom statistischen Durchschnitt? Wir können uns leicht klar machen, dass dies ein Holzweg ist. Statistisch gesehen sind Kurzsichtigkeit, Kopfschmerzen und Karies normal, und die menschliche Hand hat durchschnittlich 5,000003 Finger. Die Statistik hat keine Möglichkeit, darüber zu entscheiden, ob eine Abweichung normal oder krankhaft ist. Im Niemandsland zwischen „noch normal“ oder „schon pathologisch“ muss letztlich doch das persönliche Befinden des Patienten über die Grenzziehung entscheiden.

Im naturwissenschaftlichen Blick kann das Individuum immer nur als ein bestimmtes Bündel von Messwerten erscheinen. Was für einen Menschen seine Krankheit bedeutet, warum sie in dieser Situation, vor dem Hintergrund dieser einmaligen Lebensgeschichte aufgetreten ist – solche Fragen stellen sich nicht mehr. Man kann sie, hat man einmal den naturwissenschaftlichen Standpunkt eingenommen, nur nachträglich anfügen, gewissermaßen als eigentlich überflüssige Zutat. Das Messbare ist das Zählbare und damit das Allgemeine. Aber es gibt, wie Gadamer gesagt hat, einen anderen Begriff des Maßes, nicht das Gemessene, sondern das Angemessene.⁹ Damit ist wieder das individuelle Zusammenspiel bezeichnet, die unter den jeweiligen Umständen erreichbare Harmonie. Und das Angemessene ist nichts, was sich nachmessen lässt. Gesundheit ist nicht in Standard- und Durchschnittswerten ausdrücken. Sie ist „ein Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst.“¹⁰

Das zeigt sich spätestens an den Störungen, bei denen ein organischer Befund gar nicht nachweisbar ist, die sich aber sehr wohl auf eine seelische und soziale Ursache zurückführen lassen – etwa funktionelle Herzbeschwerden bei einer Ehekrise. Der nur messende Arzt findet hier nichts, und muss den leidenden Patienten achselzuckend weiterschicken. Freilich, in dem Maß wie sich funktionelle Störungen verfestigen, können sie auch Organe beeinträchtigen und sich zu einem organischen Krankheitsprozess verselbständigen, „verdinglichen“, so dass es möglich wird, von seinen

9 Gadamer 1996, S. 129.

10 L.c. S. 138.

psychosozialen Ursprüngen abzusehen. Schließlich wird man auch vom Chirurgen kaum erwarten, dass er einen Knochenbruch dadurch zu heilen versucht, dass er nach der Ursache der Unaufmerksamkeit sucht, die zu dem Unfall des Patienten geführt hat. Auf der anderen Seite stehen aber psychische und psychosomatische Störungen, die durch eine rein medikamentöse Therapie nur supprimiert werden und ohne die Einbeziehung der Lebenssituation und -geschichte des Patienten nicht heilbar sind.

Die Diagnose als soziales Konstrukt

Wir sehen aus all dem, dass die medizinische Diagnostik eine Reihe von Problemen in sich birgt. Eine weitere Schwierigkeit haben wir dabei noch gar nicht beachtet: Was gilt überhaupt als Diagnose? Es ist ja nur scheinbar so, als wäre die Diagnose etwas Objektives, Neutrales. Betrachten wir allein die Vielfalt von Krankheitskonzepten in früheren und gegenwärtigen Kulturen – Dämonenverhexung, Ahnenfluch, Böser Blick, Wirkung von üblen Dämpfen, Miasmen oder Erdstrahlen, Krankheit als Folge von Erbsünde, Schuld, von angreifenden Mikroorganismen, Umweltgiften, Kindheitstraumen, unbewussten Triebkonflikten, fehlerhaften Genen, Hirnstoffwechselstörungen, um nur einige zu nennen – dann müssen wir einsehen, dass die Diagnose im ärztlichen Sprechzimmer nur eine zeit- und kulturgebundene Sicht darstellen kann.

Wer bestimmt dann eigentlich, was jeweils als gesund, was als krank gelten soll? Diese Frage ist umso aktueller, als wir es heute mit einer ungeahnten Ausweitung des Krankheitsbegriffs auf nahezu alle Formen menschlich-allzumenschlicher Mängel zu tun haben. Krankheit ist das, womit sich Ärzte beschäftigen, ob es sich dabei um eine organische Störung handelt oder nicht. Immer mehr Verhaltensweisen und Abweichungen, die früher in die Kompetenz des Lehrers, des Richters oder des Priesters fielen, werden heute der Beurteilung durch den Arzt unterworfen: Lernstörungen, dissoziales Verhalten, Gewaltkriminalität, Sucht oder seelische Konflikte aller Art. Und immer mehr Unzulänglichkeiten, die einmal der *conditio humana* zugerechnet wurden, gelten nun als medizinisch zu behobende Zumutungen: Schönheitsfehler, Kinderlosigkeit, Haarausfall, Wechseljahre und

Alterserscheinungen. Selbst der Lebensmüdigkeit am Ende soll durch einen ärztlich beschleunigten Tod abgeholfen werden.

Die medizinische Diagnose ist also keineswegs etwas Harmloses. Sie bedeutet auch eine neue soziale Rolle. Der Status des Betroffenen verändert sich, er ist zum Patienten geworden. Er hat sich zu gedulden, soll sich vorgegebenen Verhaltensmustern unterwerfen, bestimmten diagnostischen Maßnahmen unterziehen. Er hat andererseits Anspruch auf Behandlung, Kostenerstattung, Lohnfortzahlung, Ausfallsentschädigung, Berentung. Wir sehen: Es sind ganz verschiedene Gesichtspunkte, unter denen der Kranke seine Krankheit erlebt, der Arzt den Begriff Krankheit definiert und die Gesellschaft mit diesem Begriff umgeht.

Dass biologische und soziale Krankheit keineswegs übereinstimmen müssen, zeigt sich etwa am Beispiel der Rentenneurose. Hier spielen die Krankenrolle und ihre sozialen Folgen – Zuwendung seitens der anderen, Inanspruchnahme des Medizinsystems, der Versicherungs- und Rentenleistungen – eine entscheidende Rolle für die Aufrechterhaltung der Krankheit. Das Leiden ist da, es ist keineswegs eingebildet, und doch entsteht es wesentlich durch die unbewusste Hoffnung auf Ausgleich und Entschädigung. Zugespitzt könnte man sagen: Gäbe es die soziale Krankenrolle nicht, dann wäre der Rentenneurotiker gar nicht krank. Und auch der Hypochonder, der sich von Arzt zu Arzt schleppt und immer wieder seine Leiden klagt, lebt letztlich davon, dass es Ärzte gibt. Er bezieht daraus seinen Lebensinhalt.

Ein anderes Beispiel dafür, dass die Zuweisung der Krankenrolle problematisch sein kann, liefert die Familientherapie. Sie hat den Begriff vom „Indexpatienten“ geprägt, einem Mitglied der Familie, das stellvertretend für ein konflikthafte oder zerrüttetes System krank wird. Eine Tochter erhält z.B. die Krankenrolle, erkrankt an einem Asthmaleiden, das die Familie im wahrsten Sinn des Wortes in Atem hält. Ohne es zu wissen aber erhält sie damit nur die eigentlich längst instabilen Familienstrukturen aufrecht; sie „darf“ gar nicht gesund werden. Wenn man im Lauf einer Familientherapie Einblick in die Interaktionen einer solchen Familiengruppe erhält, kann man erkennen, wie das ständig kränkelnde Mitglied durch seine Krankheit

das innerfamiliäre Gleichgewicht stabilisiert. Es ist gewissermaßen der Sündenbock, auf den sich die Probleme der Familie entladen, so dass sie den anderen unbewusst bleiben können. Sie ersparen sich damit die Auseinandersetzung mit der eigenen Schwäche, Hilfsbedürftigkeit oder Depressivität. Der eigentliche Patient wäre hier also die ganze Familie, nicht der Einzelne.¹¹ Wir sehen, dass sich auch hier „gesund“ und „krank“ nicht so leicht unterscheiden lassen, wie es auf den ersten Blick scheint.

Krankheit als produktive Störung

Blicken wir noch einmal zurück auf die bisherigen Überlegungen. Gesundheit und Krankheit sind keine absoluten Gegensätze; sie stehen in einem dialektischen Verhältnis zueinander. Krankheit wirkt als produktive Störung eines Gleichgewichts und kann zum Stimulus für eine Neubalancierung werden. Dieses Entwicklungspotenzial wird allerdings nicht genutzt, wenn Krankheit nur als Betriebsstörung gesehen oder zum von außen eindringenden Krankheitsstoff verdinglicht wird. Freilich legt die der Krankheit inhärente Entfremdung und „Verkörperlichung“ eine solche objektivierende Sicht nahe. Der naturwissenschaftliche Blick auf den bloßen Körper ist aber in der Gefahr, die relationale, ökologische Dimension der Krankheit ebenso zu übersehen wie ihre lebensgeschichtliche und personale Bedeutung.

Als lebensgeschichtliches Ereignis aufgefasst, kann Krankheit nicht auf eine bloße Wiederherstellung des Status quo ante hinauslaufen. Es ist nachher nicht einfach so wie zuvor; die bloße Renormalisierung als Ziel der Therapie greift zu kurz. Wenn wir Leben nur als Anstreben einer vorgegebenen Homöostase ansehen, droht die Gefahr des Biologismus. Der Mensch als „nicht festgestelltes Tier“ überschreitet aber immer wieder das Gewordene und Gewohnte, sein Weg ist ein ständiges Suchen und Tasten. So enthält Krankheit das Moment des In-Frage-gestellt-Seins, ja des Auch-nicht-sein-Könnens, das uns von der Geburt bis zum Tod begleitet. Fassen wir Krankheit so auf, dann nehmen wir sie in unsere Lebensgeschichte hinein. Wir nehmen sie als *Krise*.

11 Vgl. Richter 1970.

Die Störung, das Nicht-mehr-Können in der Krankheit besagt als Krise: "ich kann nicht mehr weiter wie bisher". Wir werden an der bloßen Fortsetzung des Gewohnten gehindert und auf uns selbst zurückgeworfen. Wir müssen auf das betriebsame Weiter-so, auf die schon ins Auge gefassten nächsten Ziele verzichten. Krankheit stellt, so gesehen, eine Frage, die wir hören oder auch überhören können. Sie gibt einen Anstoß. Das kann zu plötzlichen lebensgeschichtlichen Umbrüchen, zu dramatischen Entscheidungen führen. Franz Kafka erhielt nach langem Zaudern durch einen Tuberkuloseschub den Anstoß, sich von Felice Bauer zu trennen. Ein anderes Beispiel stammt aus der eigenen Praxis:

Eine Patientin, die seit Jahren unter quälenden Angstzuständen litt, so dass sie sich nicht mehr allein auf die Straße wagte, kam in stationäre Behandlung. Es zeigte sich, dass die Erkrankung eng mit einer unbewältigten Beziehung zu ihrer sehr dominanten Mutter und mit einer unglücklichen Ehe verknüpft war, in der sie von ihrem Mann immer wieder gedemütigt wurde. Die Behandlung kam zunächst nicht voran, im Gegenteil verstärkten sich die Angstzustände so, dass die Patientin fast handlungsunfähig wurde. In dieser Situation erkrankte sie an einer massiven Infektion und musste eine Woche lang das Bett hüten. Als sie wieder gesundete, veränderte sich von diesem Zeitpunkt an ihr Verhalten vollständig. Sie führte trotz größter Ängste unermüdlich die Therapie durch, in der sie nach und nach ihren Bewegungsradius wieder erweitern lernte. Sie überdachte ihre Lebenssituation und beschloss, sich beruflich selbstständig zu machen, was ihr mit einiger Mühe schließlich gelang. Sie hatte schließlich ihren Mann überflügelt und da eine Weiterentwicklung seinerseits nicht erfolgte, trennte sie sich von ihm. Zwei Jahre später war sie nicht mehr wiederzuerkennen, eine lebensfrohe, unternehmungslustige Frau. Rückblickend erinnerte sie sich selbst an die Krankheit als den Tiefpunkt, von dem an sie ihr Leben wieder in die Hand genommen und nach und nach völlig verwandelt hatte. Sie war durch den Impuls der Krankheit gesund geworden.

Krankheit ist eine Form des Lebens, die mir meine Körperlichkeit, Verwundbarkeit, aber auch den Wert meiner Existenz und ihrer Verbundenheit mit anderen bewusst macht. So kann sie den Anlass zu einem Entwicklungsschritt, zu einem neuen Gleichgewicht geben. Freilich gelingt dies

keineswegs immer. Ob die Krankheit als Krise überwunden werden kann oder nicht, ist zunächst offen. Viele Krankheiten hinterlassen ja bleibende Beeinträchtigungen, werden zu einem chronischen oder tödlichen Leiden. Nicht jedem ist es dann gegeben, auch solche Krankheit noch zu verwandeln, zu gestalten und „gesund zu machen“, wie Nietzsche es ausdrückte.

Dennoch gelingt es Menschen immer wieder, solches Leiden nicht nur zu erdulden, sondern in den Vollzug und Sinnzusammenhang ihres Lebens zu integrieren. „Krankheiten, besonders langwierige,“ so schrieb der Dichter Novalis, „sind Lebensjahre der Lebenskunst und der Gemütsbildung“.¹²

„Krankheiten sind gewiss ein höchst wichtiger Gegenstand der Menschheit (...). Noch kennen wir nur sehr unvollkommen die Kunst, sie zu benutzen. Wahrscheinlich sind sie der interessanteste Stoff unseres Nachdenkens und unserer Tätigkeit.“¹³

Das eigentlich humane Moment der Krankheit liegt in der Stellung, die der Kranke zu seinem Leiden nimmt – darin, dass er es zulässt oder abwehrt, erleidet oder verleugnet. Damit wird Krankheit zu einem Teil der Existenz des Menschen, die es auszeichnet, dass er sich zu sich selbst verhält. „Leibhaftig“ heißt die Erzählung von Christa Wolf, in der eine schwerkranke Frau gegen die Entfremdung von ihrem eigenen Körper kämpft, wieder Leib zu sein versucht, statt nur noch einen Körper zu haben, der sich nach dem Zusammenbruch des Immunsystems selbst zu zerstören beginnt.¹⁴

Resümee

Wir sind der Frage nachgegangen, wie es um den Unterschied von Gesundheit und Krankheit bestellt ist. Diese Frage wird zunehmend bedeutsam in einer Zeit, die zwischen gesund und krank, stark und schwach, mächtig und ohnmächtig zu spalten gewohnt ist. Das Kranke, Schwache und Leidvolle wird als ein lästiger Missstand betrachtet, der durch medizinische Fortschritte und technische Entwicklungen bis hin zum Gendesign aus der Welt geschafft werden soll. Wir arbeiten an der Abschaffung von Behinderung

12 Novalis 1966, Fragment 675, S. 686.

13 Novalis 1966, Fragment 606, S. 667.

14 Wolf 2002.

durch rechtzeitige Selektion vor der Geburt, an der Abschaffung des Alterns durch Veränderung des Erbguts. Dahinter steht die Illusion einer perfekten Gesundheit, einer Allmacht, die die Angst vor Krankheit, Alter und Tod ein für alle mal bannen soll.

Aber krank werden zu können ist das spezifisch Menschliche. Der Mensch hat unter den Lebewesen den weitesten Spielraum seiner Entwicklung, die größte Offenheit des Möglichen, ist damit aber auch der höchsten Gefährdung ausgesetzt. Immer wieder haben Dichter, Philosophen und Theologen das menschliche Dasein selbst als eine Art Kranksein aufgefasst, als eine Störung des Nur-Natürlichen, eine innere Widersprüchlichkeit zwischen Leib und Seele, Trieb und Geist, Natur und Kultur. Diese Widersprüchlichkeit lässt uns krankwerden, ja wir können an ihr zugrunde gehen. Aber die Utopie einer leidfreien Gesellschaft ohne Krankheit, Behinderung und Altern weckt nicht nur unrealistische Erwartungen, sie wird auch der Antinomik der menschlichen Existenz nicht gerecht. Menschsein heißt gesund *und* krank sein zu können. Denn es gibt eine höhere Form von Gesundheit, in der sowohl die bloße Gesundheit als auch ihr Widerpart, die Krankheit aufgehoben sind.

Literatur

- Gadamer, H.-G. (1996) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp, Frankfurt.
- Jones, E. (1995) Systemische Familientherapie. Verl. Modernes Lernen, Dortmund.
- Nietzsche, F. (1994) Aus dem Nachlass der Achtzigerjahre („Wille zur Macht“). In: Werke, hg. K. Schlechta, Bd.3. Hanser, München
- Novalis (1966) Fragmente und Studien. In: Schriften, hg. R. Samuel, Bd. 3, Kohlhammer, Stuttgart.
- Plessner, H. (1975) Die Stufen des Organischen und der Mensch (Erste Auflage 1928). De Gruyter, Berlin.
- Plügge, H. (1967) Der Mensch und sein Leib. Niemeyer, Tübingen.
- Richter, H. E. (1970) Patient Familie. Rowohlt, Hamburg 1970.
- Rothschuh, K. E. (1975) Der Krankheitsbegriff. In: Ders. (Hrsg.) Was ist Krankheit?, S. 397-420. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Schiefenhövel, W. (1986) Extraktionszauber. Domäne der Heilkundigen. In: W. Schiefenhövel, J. Schuler, R. Pöschl (Hrsg.) Traditionelle Heilkundige – Ärztliche Persönlichkeiten im Vergleich der Kulturen und medizinischen Systeme, S. 353-372. Vieweg & Sohn, Braunschweig.
- Willi, J. (1996) Ökologische Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen.
- Weizsäcker, V. v. (1986) Der Gestaltkreis. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Wolf, C. (2002) Leibhaftig. Luchterhand, Berlin.

Heinz Schott

Zwischen Paracelsus und Darwin

Die Medizin im Wandel der Neuzeit¹

Was wir heute als so genannte Biomedizin oder High-Tech-Medizin kennen, ist Folge der naturwissenschaftlichen Begründung (und Einengung) der Heilkunde im Laufe des 19. Jahrhunderts. Die wissenschaftliche Medizin, auch als Universitätsmedizin oder Schulmedizin bezeichnet, strebte dem methodischen Ideal der reinen Naturwissenschaften nach, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine Blüte erlebten. In Verbindung mit der Evolutionslehre von Charles Darwin glaubte man, in ein neues Zeitalter der Wissenschaft und Technik eingetreten zu sein, das endgültig Aberglauben, „Okkultismus“ und traditionelle Religion überwinden könnte. Die Utopie eines „neuen Menschen“ stand im Raum. Im Folgenden wollen wir zwei unterschiedliche Ansätze genauer beleuchten, die für die neuzeitliche Medizin und ihr Krankheits- und Heilungsverständnis maßgeblich waren: zum einen das Konzept der „natürlichen Magie“, das insbesondere von Paracelsus geprägt wurde; zum anderen das biologische Menschenbild, wie es sich um 1900 unter dem Einfluss des Darwinismus zeigte. Es wird sich zeigen, dass diese Strömungen zwar nacheinander auftraten, aber unterschwellig heute gleichzeitig nebeneinander existieren, wenn wir den gesamten „Gesundheitsmarkt“ und seine diversen Ideologie ins Auge fassen.

Was heißt Magie?

Magie wird traditionell auch als Zauberei oder als Kunst bezeichnet, was auf den antiken Terminus *ars magica* (häufig auch im Plural: *artes magicae*) verweist. Diese *ars* ist durchaus auch im Sinne von „Wissenschaft“ zu verstehen, wenngleich sie, wie wir aus der Kulturgeschichte wissen, als solche immer umstritten war. Denn sie stand im Verdacht, als „schwarze Magie“

1 Diesem Beitrag liegen zwei frühere Artikel des Autors zugrunde: (1) Natürliche Magie. Zur Tradition des „Okkulten“ in der Medizin der Neuzeit. *Scheidewege* 34 (2004/2005), S. 174-192; (2) Zur Biologisierung des Menschen. In: *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts*. Hg. von R. vom Bruch und B. Kaderas. Stuttgart: Steiner 2002, S. 99-108.

mit dem Teufel oder den Dämonen in Verbindung zu stehen. Den „Schwarzkünstlern“ wurde vor allem die Nigromantie (*necromantia*) vorgeworfen, insbesondere die Beschwörung der Totengeister (d.h. Geister Verstorbener). Demgegenüber besagt der Begriff „weiße Magie“ (auch Weißkunst, *magia alba*), dass sie göttlichen Ursprungs sei und über die guten Engel wirke.² Diese „weiße Magie“ fiel in der frühen Neuzeit mit der „natürlichen Magie“ (*magia naturalis*) zusammen, wie sie vor allem Paracelsus und Agrippa von Nettesheim vertraten.

Als magische Heilkunde wollen wir jene Medizin bezeichnen, die von dieser natürlichen Magie (*magia naturalis*) ausging, um deren subtilen und geheimen Wirkungen zu therapeutischen Zwecken einzusetzen. Dies lässt sich insbesondere am medizinischen Magnetismus beobachten. Die Anziehungskräfte des Magneten auf Eisen faszinierten von jeher Ärzte und Naturforscher, die hierin eine wunderbare Wirkung der verborgenen Natur zu Tage treten sahen. Durch Paracelsus erlangte der Magnet paradigmatische Bedeutung für die Medizin der Neuzeit: Er empfahl ihn nicht nur als Heilinstrument, um z.B. die Lage der „verrückten“ Gebärmutter zu korrigieren, sondern – was für die Ideengeschichte wichtiger wurde – erblickte in ihm das Modell für die sympathetischen Kräfte der Natur schlechthin. So wurde die Heilwirkung „magnetischer Arzneimittel“, wie z.B. die der sog. Waffensalbe, worauf wir noch zurückkommen werden, als Ausdruck der natürlichen Magie erklärt.³

Vorab ist festzuhalten, dass die magische Heilkunde sowohl in der Volksmedizin als auch in der Gelehrtenmedizin einen wichtigen Bereich darstellte. Ebenso möchte ich vorausschicken, dass wir von einer Wechselwirkung der beiden Bereiche ausgehen müssen: Nicht nur magische Heilpraktiken der Volksmedizin beeinflussten die gelehrte Medizin, sondern auch umgekehrt: Die Lehren der wissenschaftlichen Medizin beeinflussten die Volksmedizin. Dies ist eine Arbeitshypothese, die durch systematische Forschung zu belegen wäre. Magische Heilkunde ist also kein Charakteristikum der sog. Volksmedizin als Teil der Popularkultur schlechthin. Vielmehr müssen wir zwischen einzelnen Konzepten der magischen Heilkunde differenzie-

2 Vgl. Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens, Bd. 5, Sp. 817 ff.

3 Vgl. Schott, Hrsg., 1998, S. 210.

ren. So ist die religiöse Heilkunde, etwa die Gebetsheilung oder die Geistheilung, sicherlich jenseits der Gelehrten- bzw. naturwissenschaftlichen Medizin anzusiedeln, während die Akupunktur als Methode der traditionellen chinesischen Medizin heute durchaus kompatibel mit der Schulmedizin erscheint und die Homöopathie in beiden Bereichen, also von medizinischen Laien wie von approbierten Ärzten praktiziert wird. Freilich ist es eine Frage der Interpretation, inwieweit wir Akupunktur und Homöopathie überhaupt zur „magischen Heilkunde“ zählen dürfen. Homöopathen wie Akupunkteure würden an dieser Stelle heftig protestieren, da sie ihre jeweiligen Methoden als Ausdruck einer empirisch-rationalen Heilkunde verstehen, die nichts mit „Zauberei“ gemein hat.

Der Magiebegriff wird heute weitgehend pejorativ gebraucht: „Magie“ wird mit Scharlatanerie und Betrug, bestenfalls mit reiner Suggestion gleichgesetzt. Dagegen behaupteten Naturforscher und Ärzte, welche sich für eine magische Heilkunde einsetzten, höchst plausibel und emphatisch, dass es sich bei der Magie um reine Naturvorgänge handele, die im Einzelnen erklärbar, erforschbar und nachweisbar seien. Wenden wir uns zunächst dieser *magia naturalis* in der Medizin zu, wie sie am wirkungsvollsten von Paracelsus im frühen 16. Jahrhundert vertreten wurde.

Magia naturalis: Magnetisch-sympathetische Kuren

Die magischen Kräfte der Natur können auf zweierlei Weise heilsam wirken: Zum einen können sie auf den kranken Körper übertragen werden und ihn somit direkt kräftigen bzw. heilen; zum anderen können die Kräfte der Natur auch schädliche Einflüsse, etwa dämonologischer Art abwehren und den betreffenden Menschen vor Krankheit schützen. Grundlegend ist dabei die Annahme einer subtilen sympathetischen Wechselwirkung zwischen ähnlichen, miteinander verwandten Körpern in der Natur, die durch spezifische Techniken miteinander in Korrespondenz gebracht werden können. (Man könnte hier in Analogie zur Homöopathie von einem Simile-Prinzip sprechen.) An zwei Beispielen des Paracelsus, die durchaus volksmedizinischen Traditionen entsprechen, soll der Mechanismus der magischen Heilwirkung erläutert werden.

Im „Herbarius“, einer Schrift, die um 1527 entstand, schildert Paracelsus die Anwendung der Persicaria (Flöhkraut). Wie der Magnet das Eisen an sich ziehe, so verhalte sich die Persicaria gegenüber dem Fleisch, das verletzt wurde:

„Damit und ir den brauch des krauts verstanden, so sollent ir wissen, das in der gestalt gebraucht wird, nemlich man nimpt das kraut und zeuchts durch ein frischen bach, demnach so legt mans auf das selbig, das man heilen will, als lang als einer möchte ein halb ei essen. Darnach so vergrabt mans an ein feucht ort, domit das faul werde, so wird der schad gesunt in der selbigen zeit ... das etlich ein kreuz über die scheden machen, etlich beten darzu; solchs alles ist von unnöten, gehört nit darzu, dan es ist ein natürliche wirkung do, die das natürlich tut, nit superstitiosisch und zauberisch.“⁴

Paracelsus betont hier das „natürliche Wirken“, um hervorzuheben, dass es sich bei dieser Methode sozusagen um eine reine Naturheilkunde handele. In derselben Schrift empfiehlt er die roten Korallen als Abwehrmittel gegen die (verführerische) Phantasie, gegen *phantasma* („nachtgeist, die von der natur kometen“), *spectrum* (ätherische Körper, d.h. Geister Verstorbener) sowie *melancholia*. Gegen diese vier Krankheiten „sind die krallen eins aus den natürlichen secreten deren dan noch mer sind. also ist natur gegen der natur, das ist wider die natur und mit der natur; dan die roten vertreibens, die braunen behaltens und das alles aus den natürlichen kreften und in der natur“. Die dunkel roten Korallen („uf braunfarb oder uf schwerze“) seien schädlich und würden die betreffenden Krankheiten verschlimmern. Dies entspricht der traditionellen Zuordnung der dunklen bzw. schwarzen Farbe zum Bösen, Teuflichen. Die hellen roten Korallen dagegen würden – über die Abwehr der Dämonen hinaus – auch gegen Unwetter und Hagelschlag wirken sowie die „wilden monstra“ vertreiben: „solche monstra tilgent sie auch aus.“⁵ Ebenso würden sie den Teufel vertreiben und auch vor Schädlingen und Ungeziefer auf dem Acker und im Garten bewahren. Die schwangeren Frauen und Wöchnerinnen sollten ebenfalls zum Schutz vor Betrübnis und Anfechtung Korallen tragen. Paracelsus führt die Liste der

4 Paracelsus, Ed. Sudhoff, Bd. 2, S. 18.

5 Paracelsus, Ed. Sudhoff, Bd. 2, S. 43.

möglichen Indikationen noch sehr viel weiter. Man hat den Eindruck, dass er hier alle möglichen Überlieferungen aus der Gelehrtenmedizin ebenso wie die aus der Volksmedizin – selbstverständlich in seinem typischen Stil ohne jede Quellenangabe – zusammengetragen hat.

Paradigmatisch für die im 17. Jahrhundert aufkommenden magnetisch-sympathetischen Kuren ist die „Waffensalbe“. Deren Heilwirkung wurde vor allem von den Paracelsisten gepriesen, während deren Kritiker sie als Teufelswerk verdammt. Johann Baptist van Helmont, der wohl bedeutendste Paracelsist des 17. Jahrhunderts, verfasste gegen den belgischen Jesuiten Jean Roberti eine Schrift über die magnetische Heilwirkung der Waffensalbe, die wahrscheinlich ohne sein Wissen 1621 in Paris veröffentlicht wurde, was ihm einen langjährigen Inquisitionsprozess eintrug. Van Helmont wies die Behauptung Robertis zurück, dass die Wirkung der Waffensalbe auf teuflischem oder dämonischem Einfluss beruhe und bezeichnete sie stattdessen als ein „magnetisches Heilmittel“ (remedium magneticum), das nichts mit Aberglauben und Zauberei zu tun habe.⁶

Van Helmont beruft sich auf Paracelsus, wenn er eine „Wunden-Salbe“ beschreibt, die aus den merkwürdigsten Ingredienzien besteht, wobei vor allem das Moos einer menschlichen Hirnschale nötig sei:

„Wenn dir nun eine Wunde vorkommet / so benetze mit deren Blut ein Hölzlein / und stecke solches also blutig in die Salbe / nach dem das Blut vorher an dem Hölzlein getrocknet ist. Die Wunde aber verbinde man alle Tage mit einer neuen Binde / welche zuvor mit dem Urin des Verwundeten angefeuchtet worden: So wird die Wunde / sie mag so groß seyn als sie will / ohne Pflaster und ohne Schmerzen heilen. Auf solche Weise kanst du auch die jenigen heilen / die wohl zwanzig Meilen weit von dir sind; wenn du nur Blut von dem Verwundeten zur Hand bekommen kanst.“⁷

Wenn man zu dieser Wundensalbe noch Honig hinzugebe, habe man eine Waffensalbe und könne damit heilen „wenn du nur das Waffen / damit einer verwundet worden / mit dieser Salbe bestreichest.“

6 Vgl. Müller-Jahncke, 1993, S. 50.

7 Van Helmont, 1683, S. 1008.

Um das Moos von einer menschlichen Hirnschale als Zutat der Waffensalbe entspann sich innerhalb des paracelsistischen Lagers eine besonders bizarr anmutende Debatte. So empfahl der Marburger Medizinprofessor und Paracelsus-Anhänger Goclenius (1672-1621) nur das Hirnschalenmoos von erhängten Missetätern, wogegen van Helmont polemisierte: Die Erfahrung lehre „das der Mooß von der Hirn-Schale / der auf das Rad gelegten nicht minder dienlich sey / als von denen so am Strick erwurget.“⁸ Ja, bemerkt Helmont zynisch, auch auf dem Haupt eines Jesuiten, der am Galgen oder durch einen anderen Märtyrertod gestorben sei, wachse Moos „nicht anders als auf dem Schedel eines Diebes“, das für die Waffensalbe ebenso brauchbar sei.⁹

Die angenommene Fernwirkung dieser Waffensalbe wurde damit erklärt, dass die Salbe das Blut so verändere, dass feine Ausdünstungen (*effluvia*) natürlicherweise zu ihrem Ursprung zurückkehrten und dort eine Heilung bewirkten. Gegenüber dem klerikalen Vorwurf, dass es sich hierbei um Schwarzkunst oder Teufelswerk handele, entgegneten die Anhänger der magischen Heilkunde mit der vehement vorgetragenen Behauptung, alles sei natürlich erklärbar.

Van Helmont nennt auch ein Beispiel für eine magische Abwehr, die sicherlich eine Portion Ironie enthält, aber den vorgestellten Wirkmechanismus magischer Praktiken sehr schön illustriert. Er griff auf mannigfache Praktiken der volkstümlichen Magie zurück. So lautete z.B. sein Rat an Hausbesitzer, wie jemand, der einem seine Exkreme vor die Türe setze, zu vertreiben sei:

„Wenn jemand ein Hof-Recht vor Deine Thür gemacht, und du solches gerne verhindern woltest, so halt eine glüende Schaufel auf den selben Koth; da wird durch eine Magnetische Krafft dem Unfläther sein Hintern also vald von Blattern auffahren. Denn weil das Feuer den Koth ausdörret, so wird dadurch die von dieser Röstung entstehende Schärffe als gleichsam durch den Rücken des Magnetens, dem unverschämten Gesellen in seinen Hintern getrieben.“¹⁰

8 A.a.O., S. 1012.

9 A.a.O., S. 1019.

10 Zit. n. Schott, 1996, S. 206.

Die vier genannten Beispiele magischer Heilpraktiken – die Anwendung der Persicaria, der roten Korallen, der Waffensalbe sowie die Vertreibung eines Feindes – wurden von akademisch ausgebildeten Ärzten verfasst, die sich kritisch im Selbstverständnis ihrer Naturphilosophie gegen die tradierte scholastische Tradition stellten. Die magische Heilkunde wurde in der frühen Neuzeit vor allem von der alchemischen Richtung in der Medizin gepflegt und weiter entwickelt. Gerade die genannten Beispiele zeigen die Nähe zu volkskundlichen und volksmedizinischen Überlieferungen. Ohne Zweifel wurden hier bekannte volksmedizinische Bräuche neu interpretiert und naturphilosophisch aufgewertet. Es wäre eigens zu untersuchen, inwieweit nun die stark beachteten Schriften eines Paracelsus oder eines van Helmont ihrerseits auf die Volksmedizin zurückgewirkt und magische Elemente regelrecht verstärkt haben. Soweit ich sehe, wurde diese Fragestellung medizinhistorisch bislang kaum erforscht.

Magische Heilkunde zwischen Aufklärung und Romantik

Im 18. Jahrhundert, dem sog. Jahrhundert der Aufklärung, ergab sich auch für die Medizin eine grundlegende Wende. Die Fortschritte in Anatomie, Embryologie und Physiologie, der pädagogische und sozialmedizinische Ansatz im Sinne der Medizinalreform („medizinische Polizei“), schließlich die Umwälzungen durch die Französische Revolution bedeuteten einen großen Schritt in Richtung auf die naturwissenschaftliche Begründung der Medizin, wie sie sich dann ab der Mitte des 19. Jahrhunderts durchsetzte. Doch kaum ein Ereignis markierte einen so gewaltigen Einschnitt wie die Erfindung der künstlichen Elektrizität und ihre Anwendung in der Medizin ab der Mitte des 18. Jahrhunderts. Wichtiger noch als die Möglichkeiten der elektrotherapeutischen Behandlung war die Einführung der Elektrizität in die Neurophysiologie, insbesondere in Form des Galvanismus. Hier wurde die Grundlage für das medizinische Menschenbild der Moderne gelegt.

Es ist nun sehr interessant, wie sich die magische Heilkunde im Rahmen der Aufklärung und der physikalischen Organismusvorstellung fortentwickelte. Der Wiener Arzt Franz Anton Mesmer (1734-1815) begründete um 1775 unter dem Eindruck der Elektrotherapie, der therapeutischen Anwendung

von Elektrizität und Stahlmagneten in seiner ärztlichen Praxis in Wien ein neues Heilsystem, den sog. tierischen oder animalischen Magnetismus, ab 1814 auch Mesmerismus genannt. Er behauptete, dass diese Heilmethode auf der quasi „magnetischen“ Wirkung eines äußerst feinen „Fluidum“ beruhe, das als eine kosmische Kraft mit bestimmten Techniken akkumuliert und über das Nervensystem auf den Kranken übertragen werden könne. Ich möchte hier nicht näher auf Mesmers berühmte Inszenierungen seiner magnetischen Kur, zunächst in Wien und später in Paris, eingehen, die in den Jahren vor der Französischen Revolution eine Weltsensation darstellten.

1784 untersuchte eine Kommission der Pariser Akademie der Wissenschaften im Auftrag des Königs den „thierischen Magnetismus“. Vorsitzender der Kommission war Benjamin Franklin, weitere Mitglieder u. a. der Chemiker Antoine-Laurent Lavoisier und der Arzt Joseph-Ignaz Guillotine, der Erfinder der Enthauptungsmaschine. Die Kommission kam durch eingehende Untersuchungen zum Schluss, dass die Manipulationen des Magnetiseurs die Einbildungskraft der Patienten so lenke, dass sie die dem Magnetismus zugerechneten Phänomene produzierten:

„Nachdem also die Kommissionäre (...) überzeugt sind, das das Drücken und Berühren (...) widrige Erschütterungen in der Einbildungskraft hervorbringt, und nachdem sie endlich durch entscheidende Versuche dargethan, das diese Einbildungskraft, ohne allen Magnetismus, Konvulsionen verursacht und das dieser ohne jene [Einbildungskraft] gar nichts zum Vorschein bringe, so haben sie die Frage, ob der beschriebene thierische Magnetismus wirklich existiere und auch nützlich sey, einhellig beschloßen und anerkannt, daß die Existenz dieses Magnetismus durch nichts bewiesen werden kann; das dieses Flüssige da es nicht existiret, auch folglich ohne Nutzen ist.“¹¹

Der Mesmerismus war nun nicht nur Gegenstand gelehrter Debatten und wissenschaftlicher Experimente bis zu Mitte des 19. Jahrhunderts und danach – man denke nur an Charcots sog. Schule von Paris –, er regte darüber hinaus auch Ärzte zu Experimenten und Heilversuchen in ihrer Praxis an. Daneben verbreitete sich der Mesmerismus in der Laienmedizin und wur-

11 Zit. n. Florey, 1995, S. 150.

de in vielfältiger Weise als ein probates Hausmittel propagiert, vorzugsweise zur Schmerzlinderung (z.B. Zahnschmerzen) sowie zur allgemeinen Nervenberuhigung (z.B. bei unruhigen schreienden Kleinkindern). Ähnlich wie bei den magnetisch-sympathetischen Kuren der frühen Neuzeit sind im Hinblick auf den Mesmerismus die Grenzen zwischen Volksmedizin und gelehrter Medizin nicht klar zu ziehen. Gerade unter dem Einfluss der romantischen Naturphilosophie im frühen 19. Jahrhundert interessierten sich die Ärzte und Naturforscher vermehrt für volksmedizinische Überlieferungen und Rezepte. Ärzte waren nun offen und bereit, auf ihre Patienten zu hören, auch wenn diese Ideen und Erlebnisse von sich gaben, die mit anatomischen und physiologischen Begriffen nicht zu fassen waren bzw. den Konzepten der aufgeklärten Medizin widersprachen. Als Beispiel lässt sich hier der sog. Somnambulismus anführen, der zu einem verbreiteten Gegenstand der medizinischen Debatte wurde. Die außerordentlichen Fähigkeiten von Personen im „magnetischen Schlaf“ – wie Hellsehen und Präkognition, intuitive Diagnostik und Fernheilung, Lesen mit der „Herzgrube“ (durch die Bauchdecke hindurch) und automatisches Schreiben in der „Ursprache“ etc. – vor allem aber das sog. „Geistersehen“ faszinierten viele Ärzte und Naturforscher der Romantik.

Die Frage, ob die wunderbaren Wahrnehmungen Ausdruck des veränderten und verstörten Seelenlebens waren, also Krankheitssymptome, oder doch Offenbarungen einer dem normalen Menschen verborgenen Natur, mit der die Somnambulen sympathetisch verbunden schienen, konnte nicht eindeutig beantwortet werden. Der schwäbische Arztdichter Justinus Kerner (1786-1862), Oberamtsarzt von Weinsberg bei Heilbronn, dokumentierte in seiner epochalen Krankengeschichte *Die Seherin von Prevorst* (1829) das erstaunliche Panoptikum einer somnambulen Geisterseherin. Im Grunde werden hier Erlebnisse und Fähigkeiten einer Patientin beschrieben und im Einzelnen experimentell untersucht, welche weniger der Gelehrtenmedizin als vielmehr der Volksmedizin, dem damals sog. „Volksaberglauben“ zugeordnet werden können. Es wäre eine eigene Forschungsaufgabe, die volksmedizinischen Implikationen solcher Krankengeschichten, allen voran die *Seherin von Prevorst*, eingehender zu studieren, von den sensitiven Fähigkeiten wie Metallfühlen, über die Fähigkeit der intuitiven Diagnostik und der Fernheilung, bis hin zum Geistersehen und zu kosmischen Visionen.

Gerade an der Geschichte des Mesmerismus lässt sich beobachten, wie volkkundliche Traditionen vom wissenschaftlichen Diskurs aufgegriffen und in ein entsprechendes Konzept eingepasst wurden, um wiederum von hier aus auf die Sphäre jenseits der Gelehrtenmedizin einzuwirken. Als der Mesmerismus Mitte des 19. Jahrhunderts durch den Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin letztlich als obsoletter „Okkultismus“ von der wissenschaftlichen Medizin abgetan wurde, erlebte er in Laienkreisen einen beachtlichen Aufschwung. Im Zusammenhang mit der Naturheilkundebewegung gegen Ende des 19. Jahrhunderts erschienen auch zahlreiche Publikationen zum sog. „Heilmagnetismus“, die größtenteils als Gesundheitsratgeber zum Selbermachen volkstümlich verfasst waren und zum Teil in sehr hohen Auflagen verkauft wurden. Im 20. Jahrhundert erschienen hier eine große Anzahl einschlägiger Titel.¹²

Die tiefgreifende kulturelle Bewegung der Romantik bedeutete in der Medizin auch eine bewusste Hinwendung zu Traditionen der Volksmedizin und der magischen Heilkunde. Diese wollte man nun ernst nehmen und entsprechend wissenschaftlich bearbeiten. Häufig wird der Begriff der Romantik mit Verinnerlichung, Rückzug ins Individuelle, Abkehr vom gesellschaftlichen Leben assoziiert. Dabei wird vergessen, dass gerade mit der romantischen Bewegung eine Hinwendung zu den Lebensäußerungen des „Volkes“, zum Gemeinschaftsgefühl der Gruppe, zur Popularisierung wissenschaftlicher Theorien stattfand. So propagierte die sog. romantischen Medizin keineswegs eine Esoterik in sozialer Abgeschiedenheit, sondern vielmehr die Hinwendung der Universitätsmedizin zu den traditionellen Heilweisen der „einfachen Leute“.

Dies soll wiederum am Beispiel von Justinus Kerner gezeigt werden. Er begriff die magischen bzw. magnetisch-sympathetischen Heilweisen als Ergänzung der „rationellen Medicin“. In seiner Rede vor der Versammlung der Oberamtsärzte und Chirurgen zu Heilbronn über die „Heilung durch Sympathie“ wird seine Einstellung besonders deutlich. Zunächst beklagt er die Ignoranz der „rationellen Medicin“:

12 Vgl. Schott, 1985.

„Sympathetische Heilmittel haben sich durch Tradition von Geschlecht zu Geschlecht fortgepflanzt, auch in Büchern bewahrt, während die rationelle Medizin sich zu vornehm denkend, sie nicht beachtete, aber doch hie und da erleben musste, daß Gebrechen, die auf ihre Weisen nicht zu heilen waren, auf die jenen sympathetischen Einwirkungen wichen.“¹³

Er fordert die Kollegen dazu auf, die Heilung durch Sympathie vorurteilslos zu erforschen und praktische Erfahrungen zu sammeln: „Die Zeit ist offenbar vorüber, wo man sich schämte, vom Katheder zum Volk hinabzusteigen und unter ihm Perlen für die Wissenschaft zu suchen.“¹⁴ „Magnetische Erscheinungen“ seien Naturphänomene, „weder als Ausgeburten des Aberglaubens, noch als Wunder zu nehmen“. In einem historischen Exkurs referiert Kerner die verschiedenen sympathetischen Heilweisen: das „Anblasen“ entzündeter Körperstellen, das „magnetisierte“ Wasser, die Krankheitsübertragung (*transplantatio morborum*), Handauflegen, sympathetische Blutstillung, Berücksichtigung des Mondeinflusses. Er betont die Bedeutung der Person des Arztes, „das dieser zugleich da Heilmittel seyn muß, daß also von der Kraft, die von ihm ausgeht, auch sehr das Gelingen solcher Heilungen ausgeht“. So meint er schließlich „das die nähere Erforschung und Erprobung sympathetischer Heilmittel auch gewiß ein Gegenstand des rationellen Arztes ist, besonders desjenigen, der so nahe beim Volke lebt, wie die HH. Landärzte.“¹⁵

Kerner stieß mit diesem Vortrag offenbar auf keinen nennenswerten Widerspruch. Allerdings entspannt sich drei Jahre später eine kleine standespolitische Auseinandersetzung über dessen Thematik. 1846 behandelte Kerner den „Hirschwirt Kachel aus Kochersteinsfeld“ wegen Schwindsucht und angeblichem „Todeszauber“ seiner Frau.¹⁶ Neben der üblichen Verordnung herkömmlicher Medikamente aus der Apotheke gab Kerner dem Kranken auch einen beschriebenen Zettel als Amulett zum Umhängen gegen den angenommen bösen Zauber der Ehefrau. Dies wurde nach dem Tode des Patienten bekannt und führte zu einem Nachspiel. In einem Schreiben der

13 Kerner, 1843, S. 187.

14 A.a.O., S. 188.

15 A.a.O., S. 193 f.

16 Gehrts, 1982, S. 44.

Regierung an das Medizinalkollegium, die oberste Medizinalbehörde des Landes ist zu lesen: „Die Anwendung sympathetischer Mittel von Seiten des Dr. Kerner scheint uns mit seiner Stellung als öffentlich angestellter Gesundheitsbeamter unvereinbar zu sein.“¹⁷

Kerner hatte zuvor sein Handeln in einer Stellungnahme gerechtfertigt:

„Dieß [die Verordnung des Amuletts] geschah von mir mit aller wissenschaftlichen Überlegung und mit aller Vereinigung meiner Stellung als Oberamtsarzt als ein auf die Einbildung dieses Mannes psychisch wirkendes Mittel.“¹⁸

Schließlich wird er in dieser seiner Auffassung bestätigt: Eine Verfehlung könne ihm „nicht zur Last fallen, da er bei seiner Handlungsweise den wissenschaftlichen Boden nicht verlassen habe“, heißt es in der Stellungnahme des Medizinalrats Seeger „von Seiten der Medicinalpolizey“. Der Medizinalrat meinte, dass der erfolgreichen Erprobung der „sympathetischen Curmethode (...) eine gewisse Stelle in der Therapie der Krankheiten eingewiesen werden“ müsse. Vorzugsweise sollten Ärzte diese Kurmethode anwenden, da nur sie die selber sachgerecht beurteilen könnten. Ähnlich äußerte sich auch der Königliche Obermedizinalrat Ludwig in seinem Gutachten zum Fall Kerner: Als „öffentlicher Gesundheitsbeamter“ habe sich Kerner keinerlei Versäumnis zu Schulde kommen lassen. Dessen Eintreten für sympathetische Heilmittel erschien also durchaus legitim.

Der wohl bekannteste deutschsprachige Autor, der sich seinerzeit mit der Tradition der magnetisch-sympathetischen Kuren auseinander setzte, war der Rostocker Arzt Georg Friedrich Most. In seiner „Encyclopädie der gesammten Volksmedizin“ (1843) beklagt er das „Kastenwesen“ der deutschen Universitäten, wodurch die „Haus- und Volksarzneimittel theils ignoriert, theils verachtet“ würden. „Jedes Volk, jede Nation hat seine eigene [sic] Mittel und Curarten. Sie wurden nach den verschiedenen Bedürfnissen mehr durch Zufall und Instinkt, mehr durch die Stimme der Natur als durch Nachdenken gefunden. Diesem Instinkte, als einer überaus reichen Erkenntnisquelle, verdankt die Heilkunst ihren Ursprung und noch täglich einen großen Teil ihrer Bereicherungen.“¹⁹ Er plädiert in diesem Zusammen-

17 A.a.O., S. 46.

18 A.a.O., S. 51.

19 Most, 1843, S. XI.

hang emphatisch für eine Kooperation der Gelehrtenmedizin mit der Volksmedizin:

„Arzt und Volk sollen nicht, wie zwei verschiedene indische Kasten, abgesondert leben; der Eine kann und soll vom Andern lernen! Der Arzt kann seine Kenntnisse durch die Volksmedizin durch die richtige Anwendung der Volksarzneimittel bereichern, und der Nichtarzt darf nicht in gänzlicher Unwissenheit über ärztliche Gegenstände bleiben.“

Most möchte die natürliche Trennung zwischen Schule und Leben in der Medizin nicht anerkennen, da er überzeugt sei,

„(...) dass aus dem Leben des Volks die Schule der Medicin noch forthin viel lernen und verbessert werden könne, sobald sie nur den unnützen Ballast des todten Wissens über Bord geworfen und die Sucht, alles systematisch zu klassifizieren und zu deuten, Alles mit neuem Namen zu benennen, abgelegt hat.“²⁰

Mosts Enzyklopädie ist eine Fundgrube von Heilweisen, die teils außerhalb der Gelehrtenmedizin, teils innerhalb derselben, teils in beiden Bereich gleichermaßen praktiziert wurden. Gerade wenn wir seine ausführlichen Artikel über „Diät“ (d.h.Diätetik), „Wasser“ (d.h.Hydrotherapie) oder „thierischen Magnetismus“ (d.h.Mesmerismus) betrachten, so bemerken wir wiederum, wie wenig sich umfassende Konzepte der Heilkunde eindeutig entweder der Popularkultur oder der Ärzteschaft zuordnen lassen. Noch ergiebiger als diese eben erwähnte „Enzyklopädie“ ist Mosts Schrift „Die sympathetischen Mittel und Curmethoden“ (1842). Die „sympathetischen Volksmittel“ wirkten dadurch,

„(...) daß sie die oft schlummernde oder zu schwache Naturautokratie, d. i. den wahren Arzt im Menschen selbst, von der psychischen Seite aus wecken und ihr die nöthige Kraft und Stärke geben, wodurch die Heilung rascher, angenehmer und vollkommener zustande gebracht werden kann.“²¹

Auch in diesem Kontext plädierte Most für eine wissenschaftliche Beschäftigung mit den volksmedizinischen Traditionen, letztlich für eine Kooperation:

20 A.a.O., S. XX.

21 Most, 1842, S. XIII.

„Es ist bestimmt ein großer Irrthum, wenn Aerzte die Haus- und Volksmittel, das Fundament der gesammten practischen Arzneimittellehre älterer Zeit, verachten, statt sie zu untersuchen und zu prüfen, um inne zu werden, das die gütige Mutter Natur oft den ungelehrten und einfachen Naturkindern: Landbewohnern, Hirten, Jägern, Schäfern, Schmieden etc. mit leichter Mühe, mehr durch Instinkt, als durch klare Sinnenanschauung und davon abgeleiteten Verstandesbegriffen, einen neuen und für den Arzneischatz wichtigen Fund thun läßt, den wir Gelehrte nur mit großer Anstrengung aus den tiefen, labyrinthischen Stollen der Schulweisheit hervorzuziehen vermögen.“²²

In diesem Sinne versammelte Most alle möglichen sympathetischen Methoden aus allen Epochen der Medizingeschichte. Dabei diente ihm der Mesmerismus als theoretische und empirische Orientierung, was insofern nahe lag, als dessen Konzept um 1840 noch relativ unangefochten existierte (Der Begriff des Hypnotismus wurde erst 1843 von James Braid als kritisches Gegenkonzept zum animalischen Magnetismus eingeführt.).

Interessant ist Mosts Hinweis auf die Person des Arztes als Heilkraft, auf dessen „Heilkraft des Geistes“. Dabei bezieht er sich auf Hufelands Würdigung des vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses, das heute unter Paternalismus-Verdacht geraten würde. Es ist bemerkenswert, dass bei der magischen Heilkunde nicht nur der Heilmethode oder dem Arzneimittel eine Heilkraft zugeschrieben wird, sondern auch der Person des Heilers bzw. Arztes selbst. Dies finden wir bereits im Begriff der Virtus, der Tugend des Arztes bei Paracelsus, in Mesmers Charakterisierung des Magnetiseurs als Kraftüberträger und auch bei Most, wenn dieser feststellt: „An den Tagen, wo man sympathetische Curen vornimmt, darf der Mensch, gleich viel Mann oder Frau, sich nicht der physischen Liebe hingeeben haben. Ueberhaupt muß Jeder, der solche Curen in Anwendung bringt, sich völlig wohl befinden.“²³

22 Ebd.

23 Most, 1842, S. 98.

Die „Krise der Medizin“ im 20. Jahrhundert

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entfaltete sich die sog. naturwissenschaftliche Medizin im Zusammenhang mit den aufstrebenden Naturwissenschaften, insbesondere der Physik, Chemie und Biologie. Bakteriologie und Darwinismus wurden zu Leitbildern für die medizinische Theoriebildung. Der Siegeszug dieser naturwissenschaftlichen Medizin ging einher mit einem Ausschluss bzw. einer Abwertung bisheriger Heilkonzepte: So verschwanden Begriffe wie Sympathie, Lebenskraft, Magnetismus, Seele und Geist innerhalb kurzer Zeit aus der medizinischen Terminologie. Medizinische Konzepte, die weiterhin mit solchen Begriffen arbeiteten, erschienen nun obsolet und wurden als „Aberglauben“ oder „Okkultismus“ gebrandmarkt. Der Okkultismus wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts im Kontext der naturwissenschaftlichen Medizin zu einem Sammelbegriff für all jene Ansätze und Bewegungen, die nicht auf dem Boden der herrschenden neuen Ideologie standen. „Okkultismus“ wurde nun in der Regel assoziiert mit den abergläubischen Lehren, obskuren Geheimwissenschaften und Geheimgesellschaften, Mystizismus, Scharlatanerie und Kurpfuscherei, kurzum: mit einem Bereich, der mit der modernen medizinischen Wissenschaft nichts mehr gemein habe. Der Begriff Okkultismus sollte somit eine Trennungslinie zwischen seriöser Wissenschaft und inakzeptablem, unwissenschaftlichem Gebaren ziehen. Es braucht nun nicht eigens hervorgehoben zu werden, dass die Volksmedizin und namentlich die magische Heilkunde dem „Okkultismus“ zugerechnet wurden.

Allerdings machte sich im frühen 20. Jahrhundert ein Unbehagen an der naturwissenschaftlichen Medizin breit, die psychologische und soziale Dimensionen aus ihrem wissenschaftlichen Blickfeld weitgehend ausgeklammert hatte. Verstärkt durch die laien- und volksmedizinischen Impulse, die in der Naturheil- und Lebensreformbewegung höchst wirksame Akzente setzten, kam es im frühen 20. Jahrhundert zu einer Kritik an der naturwissenschaftlichen Medizin. Diese gipfelte in der Diskussion über die „Krise der Medizin“ in den 1920er Jahren. Der Ausgang des Ersten Weltkrieges und seine kulturellen Erschütterungen spielten hierbei eine besondere Rolle. Auf die Entwicklung der Freudschen Psychoanalyse soll hier nicht näher eingegangen werden. Man kann die Psychoanalyse als letzten Ausläufer der

magischen Heilkunde verstehen, insbesondere wenn man den Begriff des Unbewussten berücksichtigt.

1928 veröffentlichte Bernhard Aschner, der Gynäkologe und Begründer der humoralpathologischen Konstitutionstherapie, sein programmatisches Buch „Krise der Medizin“. Dieser Titel verweist auf ein Spannungsfeld zwischen der sog. Schulmedizin – auch als Universitäts- oder wissenschaftliche Medizin bezeichnet – und der heute sog. alternativen, komplementären, unkonventionellen Medizin – traditionell auch als Quacksalberei oder Kurpfuschertum bezeichnet. Letzterer Bereich wurde, wie gesagt, generell dem Okkultismus zugeordnet. In seinem Artikel „Konstitutionstherapie als Ausweg aus der Krise der Medizin“ (1933) meinte Aschner:

„Es ist leicht zu behaupten, die Abwanderung des Publikums zur inoffiziellen Medizin sei ein Problem, sie hänge mit Suggestion, Wunderglauben und dergleichen zusammen. Das ist Vogel-Strauß-Politik. Die wahre Wunde, auf welche ich den Finger gelegt und deren Heilung ich angegeben habe, [ist] nämlich die Einseitigkeit und Ergänzungsbedürftigkeit der heutigen Universitätsmedizin (...). Man muss auch die zahlreichen heute inoffiziellen Richtungen auf ihren guten Kern hin untersuchen und das Gute übernehmen (...) ganz anders [als die Universitätskliniker] stellen sich die praktischen Aerzte dazu ein. Sie greifen begierig und wie ausgehungert nach allem, was ihre Heilresultate verbessern kann, und tun es, wenn sie überhaupt erst einmal soweit sind, mit überraschendem Erfolg.“²⁴

In solch einer Stellungnahme drückte sich das Unbehagen an und in einer naturwissenschaftlichen Medizin aus, welche sich auf ein reduktionistisches Menschenbild stützte und traditionelle Heilweisen ausklammerte.

Eine Reihe von mehr oder weniger bekannten Autoren meldeten sich in jener Epoche zu Wort, um die Unzulänglichkeit der naturwissenschaftlichen Medizin zu kritisieren. Ihnen ging es jedoch, ähnlich wie Freud, nicht um eine Re-Mystifizierung, eine Übertragung magischer, okkulten Heilpraktiken z.B. in die aktuelle Schulmedizin, als vielmehr um die Frage, wie diese ein verlorenes Terrain seriös wiedergewinnen könne. Ich nenne hier nur Au-

24 Zit. n. Schott, 2000, S. 78.

toren, wie Eugen Bleuler, August Bier, Erwin, Liek, Viktor von Weizsäcker. So meinte Erwin Liek in seinem bekannten Buch „Der Arzt und seine Sendung – Gedanken eines Ketzers“ (1926):

„Der Kranke sucht im Arzt die Persönlichkeit, den Seltenheitswert, heute noch, kann man sagen, den Zauberer. Auf Zauber ist ein großer Teil unserer Heilerfolge, selbst in der Chirurgie zurückzuführen.“²⁵

Der Diskurs über diesen Zauber-Faktor der Medizin, den sog. Placebo-Effekt, wie er später genannt wurde, durchzieht die Kritik der naturwissenschaftlichen Medizin bzw. Biomedizin im 20. Jahrhundert. Die Reduktion der Medizin auf ihre naturwissenschaftlich-organische Grundlage wird also begleitet von einer Forderung nach ihrer psychologisch-geistigen Ergänzung. So schlug Erwin Liek z.B. die Rückkehr zum „Priesterarzt“ vor, bekämpfte als Ursache der Krise der Medizin energisch das Sozialversicherungssystem, das angeblich die Verweichlichung des Volkes und das Simulantentum fördere und die Ärzte zur Massenabfertigung von Patienten zwingt. Zugleich forderte er ein Wiederaufleben der Volksmedizin und der Naturheilkunde. Wie sehr Okkultismus und völkisch-nationale Ansätze zusammenpassten, insbesondere durch eine bestimmte Indienstnahme naturphilosophischer Traditionen, zeigt die sog. „Neue Deutsche Heilkunde“, wie sie im NS-Staat – freilich auch hier nicht auf Dauer erfolgreich – installiert wurde.²⁶ Ich möchte hier nicht näher auf die Verhältnisse im Nationalsozialismus eingehen. Eines scheint jedoch klar: Obwohl die NS-Ideologie das Völkische ins Zentrum des kulturhistorischen Selbstverständnisses gerückt hatte und auch in der Medizin die Volksheilkunde gepriesen und Paracelsus zum „ur-deutschen“ Arzt stilisiert wurde, folgte die Medizin der (pseudo)naturwissenschaftlichen bzw. biologischen Begründung und rassenhygienischen Ausrichtung. Dem NS-Staat ging es in erster Linie um eine effiziente Gesundheitskontrolle der Volksgenossen, ihre physiologische Leistungsmaximierung und die präventiv-medizinische Ausschaltung von Infektionskrankheiten. Romantische Anwendungen im Sinne der magischen Heilkunde hatten allenfalls dekorativen Charakter.

²⁵ Liek, 1926, S. 106.

²⁶ Vgl. Karrasch, 1998.

Demgegenüber gab es seit der Romantik vereinzelt ernsthafte Versuche, durch eine historische Aufarbeitung der „magischen Heilkunde“, die im 20. Jahrhundert generell unter Okkultismus-Verdacht geriet, eine kritische Selbstreflexion der naturwissenschaftlichen Medizin einzuleiten. In dieser Perspektive erschienen die Heilpraktiken der Volksmedizin, Laienmedizin oder esoterische Medizin nicht als Firlefanz, sondern als Heilrituale, die tatsächlich Wirkungen entfalten könnten. Diese Einstellung war von einer gewissen wissenschaftlichen Neugierde geprägt und kannte keine Berührungsängste. Ich möchte hier vor allem auf Eugen Bleulers bekannte Schrift verweisen „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“ (1922), in welcher er schreibt:

„Warum konnte der Pfuscher durch Suggestion soviel ausrichten, lange bevor es die Mehrzahl der Ärzte vermochte, und warum kann er jetzt noch seine ganze Praxis darauf gründen? Weil er eben ein geborener Psychologe ist, und weil die gelehrte Medizin die Psychologie verschmäht und sich aktiv vom Leibe gehalten hat (...) und die Moral dieser Blamage der Medizin ist eben die: Wir sollen den Pfuscher nicht fürchten und nicht hassen und auch nicht unsere Augen vor ihm schließen, sondern wir sollen ihn studieren, so wie der Naturforscher die Wolfsmilch und die Rose erforscht, und wir sollen von ihm lernen, teils wie man es machen könnte, teils wie man es nicht machen soll.“ (S. 150 f.) Und in neo-romantischem Ton schrieb der Medizinhistoriker Richard Koch in seinem Buch „Der Zauber der Heilquellen“ (1933) über die wunderbare Wirkung des „Magischen“ der Quellen als einem Prinzip der Heilkunde schlechthin. Er betonte, „dass es in der Medizin nicht nur eine Magie der Mineralquellen gibt, dass alle Medizin heute noch von magischen Kräften unterströmt ist, wie das immer so war.“²⁷

Zur Magie der Biomedizin

Wenn wir die heutige Biomedizin und ihre molekulare Grundlage betrachten, so scheinen wir mit einer wissenschaftlichen Medizin konfrontiert zu sein, welche magische Heilkunde und Okkultismus endgültig scheinbar überwunden hat. Es ist an der Zeit, hier kritisch nachzufragen: Inwieweit

²⁷ Koch, 1933, S. 71

stecken in der modernen Biomedizin und ihren Apparaturen und Techniken nicht doch verborgene magische Momente? Ja, kann die Medizin überhaupt auf solche Momente verzichten, wenn sie Patienten behandeln will? Ich muss gestehen, dass mich diese Fragestellung stärker fasziniert als z.B. ethnomedizinische Studien zum Schamanismus. Es geht um eine kritische Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Biomedizin, die weitgehend ihre eigenen wissenschafts- und kulturhistorischen Voraussetzungen ausgeblendet hat. Wir sollten „Magie und Zauber in der modernen Medizin“ (Jores, 1955) systematisch erforschen, nicht jenseits der wissenschaftlichen Medizin, sondern mitten in ihrem klinischen Alltagsleben. Die Suggestion als Heilfaktor, wie es Bernheim vor etwa 120 Jahren formuliert hat, der sog. Placebo-Effekt, die „Droge Arzt“ (Balint) – dieses schwer fassbare Moment jeder ärztlichen Therapie ist nach wie vor weitgehend rätselhaft.

Die magische Heilkunde diesseits und jenseits der Gelehrtenmedizin kann uns vor allem eines lehren: Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist für den Heilungserfolg entscheidend und die Person des Arztes oder Heilers kann diesen Erfolg fördern oder blockieren. Eine wissenschaftliche Reflexion dieses Tatbestandes wäre durch eine neu einzuführende medizinische Anthropologie (*medical anthropology*) zu leisten, von der wir noch weit entfernt sind. Die diesbezüglichen Defizite in der ärztlichen Ausbildung, denken wir an die Unterrichtsfächer wie Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie oder Psychosomatik, sind evident. So möchte ich mit Viktor von Weizsäcker schließen, der davon überzeugt war, dass auch inmitten der naturwissenschaftlichen Medizin traditionelle magische bzw. dämonische Ansätze verborgen seien:

„(...) Unbewusster ist die Tatsache, dass gerade hier, wo die Natur unabänderlich objektiviert, materialisiert, mechanisiert, funktionalisiert und entlebendigt schien, sich die Dämonen nur als verdrängt aus dem Bewusstsein, in Wirklichkeit aber wirksam in neuer Form erhalten haben. (...) Die Anerkennung einer magisch-dämonischen Natur erfasst hier also nicht einen Bereich neben, unter, hinter oder über der naturwissenschaftlich erforschten Natur, sondern geradezu diese selbst.“²⁸

28 Weizsäcker, Gesammelte Schriften, Bd. 9, S. 574.

Doch fassen wir im Folgenden diese naturwissenschaftliche Medizin unter dem Vorzeichen des Darwinismus etwas genauer ins Auge.

Leitbilder der Biologisierung am fin de siècle

Ehe ich auf die Biologisierung in Gestalt des Sozialdarwinismus eingehe, möchte ich einige Leitideen aufzeigen, die im ausgehenden 19. Jahrhundert zusammen mit dem Sozialdarwinismus und z.T. mit ihm vereint auf den Plan traten. Ich möchte fünf Konzepte nennen:

(1) Naturheilkunde

Als Gegenbewegung zum Siegeszug der naturwissenschaftlichen Medizin etablierte sich im Laufe des 19. Jahrhunderts eine starke Naturheilbewegung, die sich u. a. auf vitalistische, humoralpathologische und diätetische Traditionen berief. Paradigmatisch ist Sebastians Kneipps „(Kalt-)Wasserkur“, die den zivilisatorisch verzärtelten Organismus „abhärten“ sollte. Die industrielle Revolution und ihre Folgen schienen die Lebenskraft der Menschen zunehmend zu ruinieren und schwere „Zivilisationskrankheiten“ zu verursachen. Volker Roelcke hat die biologistische Interpretation der sozial verursachten „Zivilisationskrankheiten“ am Paradigma der Neurasthenie im Einzelnen aufgezeigt.²⁹ Eine Antwort darauf war die Naturheilkunde im Verein mit der „Lebensreform“-Bewegung. Die natürliche Lebensweise („gesunde Natur“) und die Biologische Medizin sollten dann in den 1920er Jahren aus der damals viel diskutierten „Krise der Medizin“ führen (siehe oben).³⁰ Namhafte Ärzte sahen in der Naturheilkunde eine Ergänzung der naturwissenschaftlichen Medizin und widersprachen dem pauschalen Vorwurf des „Okkultismus“ von Seiten der Schulmedizin. So plädierten Kötschau und Meyer schließlich 1936 wohlgemut für eine Biologische Medizin:

„Haben wir erst einmal die Einsicht in das wahre Problem, in die biologisch-organismische Idee, haben wir erst einmal etwas von der volks- und naturverbundenen Kraft echten biologischen Denkens verspürt,

²⁹ Roelcke, 1999.

³⁰ Schott, 1998.

dann braucht uns die Weiterentwicklung der Biologie und der Biologischen Medizin keine Sorge mehr zu machen.“³¹

(2) Zellulärpathologie

Die Cellularpathologie von Rudolf Virchow erschien 1858 – ein Jahr vor Darwins *On the Origin of Species* – und legte einen wichtigen Grundstein für den modernen Biologismus. Wenn einzelne Organe durch Vergesellschaftung gleichartiger Zellen zu begreifen seien und der Organismus als „Zellenstaat“ zu verstehen sei, so gleiche die menschliche Gesellschaft selbst einem Organismus und die Einzelpersonen einer Zelle. „Die Zelle ist so gut der eigentliche Bürger, (...) wie jeder von uns beansprucht, in der menschlichen Gesellschaft, in dem Staate (...) zu sein.“³²

Virchow betonte die „sociale Art“ der großen Körper, „wo eine Masse von einzelnen Existenzen auf einander angewiesen ist, aber so, dass jedes Element für sich eine besondere Thätigkeit hat.“³³ Die martialische Auslegung dieser Gleichsetzung (Zellen = Person; Organismus = Staat oder Volk) sollte jedoch generell die Oberhand im biologischen Denken des 20. Jahrhunderts bekommen, wie an den einschlägigen Metaphern abzulesen ist: von den „asozialen“ Krebszellen, die mit „Stahl und Strahl“ zu vernichten seien, bis hin zur „chirurgischen Operation“ in der modernen Kriegsführung mit Raketen.

(3) Hygiene und Bakteriologie

Louis Pasteur entdeckte mit dem Nachweis von sog. „Spaltpilzen“, den Buttersäurebakterien, die Welt der Mikroorganismen im Jahr 1861. Das heroische Zeitalter der Bakteriologie, das die Medizin in einen Fortschrittsrausch versetzte, brach also zeitgleich mit dem des Darwinismus an. Die Hygiene erhielt nun ihre wissenschaftliche Grundlage und erzielte vor allem durch das Werk Robert Kochs weltweite Anerkennung. Die Krankheitskeime, Schmarotzer, Infektionsüberträger konnten nicht nur klar definiert, son-

31 Kötschau u. Meyer, 1936, XIII.

32 Zit. n. Schott, 1993, 288.

33 Virchow, 1858, 13.

dern auch wirksam abgetötet werden. Die Begriffe Seuche und Pest – der Pestbazillus wurde 1894 identifiziert – erhielten eine neue soziale Konnotation und die Ausrottung des Ungeziefers, insbesondere der Läuse, die Abtötung der Keime, führten zu inhumanen biologistischen Assoziationen.³⁴ Die Reinheitsidee konnte hier leicht zwischen medizinischem und sozialem Betätigungsfeld oszillieren: die Asepsis, das Sterilisieren von Instrumenten, Isolieren von Infektionsquellen, Ausräumen von Infektionsherden waren wirkungsvolle Metaphern für die sog. Assanierung eines infizierenden, die Erbanlagen ruinierenden („keimschädigenden“) Milieus, insbesondere nach dem Desaster des Ersten Weltkrieges. Dies spiegelt sich in der Arbeits- und Leistungsmedizin ebenso wider, wie in Sozialmedizin und Sozialhygiene. So deckten sich wesentliche Ideen der Rassenhygiene mit denen der Arbeitsmedizin³⁵ und Sozialhygiene, wo die „ererbte Minderwertigkeit“ als wichtiger Faktor einer Infektionskrankheit angenommen wurde, z.B. :

„(...) die Lungentuberkulose ist die Krankheit der somatisch minderwertigen Individuen“.³⁶ Besonders aufschlussreich für die Ausstrahlung rassenhygienischen Denkens in der Medizin des späten Deutschen Kaiserreichs ist der Sammelband „Krankheit und Soziale Lage“ von Mosse und Tugendreich,³⁷ der mit einem Beitrag von Schallmeyer zur „Besserung der Fortpflanzungsauslese“ im Abschnitt „Soziale Therapie der Krankheiten“ abgeschlossen wird; Schallmeyer hält ein Gesetz für wünschenswert, um „Verbrechernaturen, Schwachsinnige, Epileptische, chronisch Trunksüchtige und solche Geisteskranke, bei denen die Vererbungsgefahr besonders groß ist, (...) unfruchtbar zu machen.“³⁸

Der kommunistisch agitierende und unorthodox wirkende Psychoanalytiker Wilhelm Reich nutzte die Pestmetapher im Hinblick auf den Nationalsozialismus. Er sprach von der „Katastrophe der seelischen Pest“ und meinte, „die Neurosenseuche ist der Pest vergleichbar“. Die biologistische Redeweise war also nicht notwendigerweise mit dem Sozialdarwinismus verknüpft.³⁹

34 Fischer, 1985, 383 f.

35 Schottdorf, 1995, 53.

36 Grotjahn, 1912, 59.

37 Mosse und Tugendreich (Hg.), 1913; Labisch, 1996.

38 Schallmeyer, 1913, 859.

39 Vgl. Reich, 1942, 177 bzw. 169.

(4) Neurophysiologie, Reflexlehre

Die Neurophysiologie als Schlüssel für die Lebensvorgänge entwickelte sich innerhalb von einem Jahrhundert - zwischen den 1780er und 1880er Jahren – zu einer Schlüsselforschung für die Lebensvorgänge. Galvanis zuckende Froschschenkel und Pawlows Experimente mit dem verdauenden Hund markieren Beginn und Vollendung der experimentellen Reflexlehre. Ihre entscheidende Erkenntnis ist der automatische Reflex und seine Hemmung durch übergeordnete Zentren: die Gegenüberstellung von „Gehirnseele“ und „Rückenmarkseele“. Dieses Modell eignete sich vorzüglich, um nicht nur bestimmte Krankheitssymptome mit einer nervösen Entthemmung und Rückkehr zu einem primitiveren Automatismus zu erklären – wie z.B. den Spasmus bei der zerebralen Kinderlähmung⁴⁰ –, sondern auch, um die physiologische Wirkung der hypnotischen Suggestion zu begründen. Le Bon knüpfte in seiner einflußreichen *Psychologie der Massen* (1895) daran an, um die moralische Entthemmung einer Menschenmasse psychologisch zu erklären. Er meint, daß die Masse „fast ausschließlich vom Unbewußten geleitet wird. Ihre Handlungen stehen viel öfter unter dem Einfluß des Rückenmarks als unter dem des Gehirns.“⁴¹

(5) Degeneration

Bei der Biologisierung des Menschen spielt die Idee der Minderwertigkeit eine herausragende Rolle, die man vor allem an morphologisch-funktionellen Merkmalen diagnostizieren wollte: von der Gallschen Organologie oder Schädellehre im frühen 19. Jahrhundert bis zu den systematischen Schädelvermessungen als Grundlage der physischen Anthropologie gegen Ende des Jahrhunderts. Dabei ging es bereits vor dem Darwinismus um die Minderwertigkeit bzw. Degeneration von Rassen, von Individuen, und von einzelnen Organen, die man aus bestimmten morphologischen Parametern ableiten wollte. Virchow charakterisiert in seiner „Cellularpatholo-

40 Freuds Ressionsbegriff wäre hier im Hinblick auf Hughling Jacksons Theorie der „Dissolution“ des Nervensystems zu betrachten, der von Herbert Spencer inspiriert worden war ; vgl. Sulloway, 1982, 376 f. - Freud wandte Jacksons Erklärungsmodell in den 1890er Jahren sowohl auf die „infantile Cerebrallähmung“ als auch auf die Traumpsychologie (im Kontext der „Traumdeutung“) an; vgl. Schott, 1997, 290.

41 LeBon, 1895, 19.

gie“ „Degeneration“ im Kontext der Neoplasmen als „Abweichung in der typischen Gestaltung“.⁴² Aus der pathophysiologischen Lehre von der Organminderwertigkeit und Überkompensation leitete Alfred Adler in einer psychologischen Analogie den neurotischen „Minderwertigkeitskomplex“ ab.⁴³ In den betreffenden Publikationen geht jedoch weder Adler selbst noch der jeweils einführende Kommentar zu rezenten Ausgaben auf die wissenschaftshistorischen Voraussetzungen ein.⁴⁴

Minderwertigkeit konnte unterschiedliche Ursachen haben: Entweder war die betreffende Einheit (Rassen, Individuum, Organ) in der Entwicklung auf einer primitiveren Stufe stehen geblieben (z.B. die „Wilden“), oder sie war von einer höheren auf eine tiefere Stufe herabgesunken (z.B. die „Degenerierten“). Hier sind vor allem zwei Psychiater zu nennen, welche die Degenerationslehre in der Psychiatrie populär machten: Morel hatte bereits 1857 seinen „*Traité des dégénérescences*“ veröffentlicht, in welchem er die Verfallsstufen im Erbgang charakterisierte: von der Nervosität über den Alkoholismus bis hin zum angeborenen Blödsinn. Diese Theorie wurde vor allem von Psychiatern rezipiert.⁴⁵ 1876 behauptete Lombroso in seinem wirkungsmächtigen Werk „*L’Uomo delinquente*“, dass Kriminalität und sexuelle Abweichung Zeichen einer angeborenen Degeneration, eines „Atavismus“, seien. Der Begriff der Neurasthenie, Nervenschwäche bzw. Neurose wurde bereits im 18. Jahrhundert geprägt. Ende des 19. Jahrhunderts erschien er als Inbegriff der „Zivilisationskrankheit“, der jedoch im psychiatrischen Diskurs insbesondere von Kraepelin zunehmend als Ausdruck der „Entartung“ oder Degeneration uminterpretiert wurde.⁴⁶ Hierbei spielte die Vorstellung vom Keimgift (Syphilis, Alkohol) eine Rolle: „Von höchster Bedeutung sind für die Verbreitung der Geisteskrankheiten der Alkoholmissbrauch und die Syphilis.“⁴⁷ Diese Einstellung spielte übrigens im antisemitischen Ressentiment der Psychiater eine wichtige Rolle, wonach die Juden wegen ihrer „Rasse und Religion“ besonders für Geisteskrankheit, Kriminalität und sexuelle Abweichung anfällig zu sein schienen.

42 Virchow, 1858, 60.

43 Vgl. Brachfeld, 1972.

44 Vgl. Adler, 1907 u. 1912.

45 Vgl. Roelcke, 1999, 80 ff. und Mann, 1985, 8 f.

46 Vgl. Roelcke, 1997.

47 Voss, 1913, 402.

Diese soeben skizzierten Leitideen der Biologisierung bildeten nun zusammen mit dem Darwinismus bzw. Sozialdarwinismus ein Amalgam, das sicherlich nicht im Sinne eines monokausalen Ursache-Wirkungs-Schemas auflösbar ist. So haben z.B. Friedrich Nietzsche und Sigmund Freud die biologistischen Momente ihrer Epoche aufgenommen und verarbeitet, was hier nicht im Einzelnen dargelegt werden kann. Zu Recht bemerkte der US-amerikanische Wissenschaftshistoriker Frank Sulloway, dass die Wirkung Darwins außerhalb der Biologie „vielleicht nirgends beispielhafter und ergiebiger als in der Freudschen Psychoanalyse“ war.⁴⁸ Auch bei dem bereits erwähnten Le Bon können wir mustergültig studieren, wie die Spielarten des Biologismus um 1900 ineinander flossen. Er stützte sich nicht nur auf Reflexlehre und Hypnotismus und untersuchte selbst Schädel von „französischen Genies“.⁴⁹ Er bezog sich in seiner *Psychologie der Massen* auch auf die Rassenbiologie (die „Rassenseele“ sei eine „Ansammlung von Erbmasse“⁵⁰), die Infektionslehre („Ideen, Gefühle, Erregungen, Glaubenslehren [übertragen sich] mit ebenso starker Ansteckungskraft wie Mikroben“⁵¹) und die Zellbiologie (die „psychologische Masse ist ein unbestimmtes Wesen, das aus ungleichartigen Bestandteilen besteht (...) genau so wie die Zellen des Organismus durch ihre Vereinigung eine neues Wesen (...) bilden“⁵²).

Hier stellt sich die Frage: Ist die Annahme einer ursprünglichen biologischen Lehre als Abziehbild für eine sekundäre Biologisierung anderer Systeme nicht eine Fiktion? Tauchen zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht in verschiedenen Bereichen gleichzeitig analoge Denkmuster auf, die im Falle des Biologismus um 1900 insgesamt um den Leitbegriff der Entwicklung kreisten? In prophetischer Begeisterung formulierte Ernst Haeckel bereits 1868 im Hinblick auf Darwins Werk:

„ ‚*Entwicklung*‘ heißt von jetzt an das Zauberwort, durch das wir alle uns umgebenden Rätsel lösen. (...) Aber wie wenigen ist seine weltumgestaltende Bedeutung klar geworden.“⁵³

48 Sulloway, 1982, 384.

49 Vgl. Lombroso, 1887, 432.

50 Le Bon, 1895, 136

51 Ebd., 89.

52 Ebd., 13.

53 Haeckel, 1923, VI (Vorwort zur 1. Aufl. von 1868).

Der Sozialdarwinismus und seine Kritik durch Oscar Hertwig

Charles Darwin stützte die Argumentation seines Hauptwerks *Über die Entstehung der Arten* (1859) vor allem auf zwei Theoreme: nämlich den Kampf ums Dasein (*struggle for existence*) und die natürliche Zuchtwahl (*natural selection*). Hatte Darwin zunächst die menschliche Gesellschaft noch ausgeklammert, äußerte er sich in seinem zweiten Hauptwerk „Die Abstammung des Menschen und die geschlechtliche Zuchtwahl“ (1871) eher im Sinne Haeckels und der späteren Rassenhygieniker, wenngleich er im Hinblick auf die wissenschaftliche Beweisbarkeit seiner Lehre skeptisch blieb und sich selbst nicht an ihrer Popularisierung beteiligte⁵⁴:

„Bei Wilden werden die an Geist und Körper Schwachen bald beseitigt und die welche leben bleiben, zeigen gewöhnlich einen Zustand kräftiger Gesundheit. Auf der andern Seite thun wir civilisirte Menschen alles nur Mögliche, um den Process dieser Beseitigung aufzuhalten. Wir bauen Zufluchtstätten für die Schwachsinnigen, für die Krüppel und die Kranken, erlassen Armengesetze (...). Es ist überraschend, wie bald ein Mangel an Sorgfalt oder eine unrecht geleitete Sorgfalt zur Degeneration einer domesticirten Rasse führt; aber mit Ausnahme des den Menschen betreffenden Falls ist kein Züchter so unwissend, dass er seine schlechtesten Thiere zur Nachzucht zulässt.“⁵⁵

Damit sind die Themen des Sozialdarwinismus vorgegeben: Der Kampf ums Dasein, die natürliche Zuchtwahl oder Auslese, die drohende Degeneration der Menschen durch die Zivilisation, welche das biologische Naturgesetz (*survival of the fittest* nach Herbert Spencer) außer Kraft setze. Vor allem Ernst Haeckel verschaffte mit seinem monistischen Dogma dem Biologismus jene gefährliche Stoßkraft, welche die Rassenhygiene in Deutschland kennzeichnen sollte. Der Mensch wurde konsequent dem Tierreich angegliedert. So heißt es in seinem 1904 erschienenen Buch *Die Lebenswunder*:

„Das Familienleben, die Ehe, die Brutpflege der Säugetiere, weiterhin die Bildung der Herden bei Raumbtieren und Huftieren, die Scharen bei geselligen Affen führt hinüber zu den niederen Associationen der Na-

54 Vgl. Koch, 1973, 54 ff.

55 Zit. n. Sandmann, 1990, 45.

turvölker und Barbaren, von diesen weiter zu den Anfängen der Zivilisation und bis in ihre höchsten Spitzen hinauf.“⁵⁶

Diese Idee der kontinuierlichen Höherentwicklung wird besonders virulent durch ihre Verknüpfung mit der Rassenlehre am *fin de siècle*. Gobineaus mehrbändiger *Versuch über die Ungleichheit der Menschenrassen* – die französische Originalausgabe erschien 1853-1855 – wird nun von Ludwig Schemann um die Jahrhundertwende in deutscher Übersetzung veröffentlicht und „nährt Kulturpessimismus und Germanentum“.⁵⁷

Somit hatte der Sozialdarwinismus seine rassistische Prägung erhalten. Seine ideologische Faszination und fatalen Konsequenzen ahnte der Zellbiologe Oscar Hertwig hellseherisch voraus. In seiner Schrift „Zur Abwehr des ethischen, des sozialen, des politischen Darwinismus“ wiederholte er 1918 noch einmal seine zwei Jahre zuvor veröffentlichte Warnung vor der ideologischen Gefahr:

„Man glaube doch nicht, daß die menschlichen Gesellschaft ein halbes Jahrhundert lang Redewendungen, wie unerbittlicher Kampf ums Dasein, Auslese des Passenden, des Nützlichen, des Zweckmäßigen, Vervollkommnung durch Zuchtwahl usw. in ihrer Übertragung auf die verschiedensten Gebiete wie tägliches Brot gebrauchen kann, ohne in der ganzen Richtung ihrer Ideenbildung tiefer und nachhaltiger beeinflusst zu werden!“⁵⁸

Hertwig schreibt in diesem Kontext:

„Die Auslegung der Lehre Darwins, die mit ihren Unbestimmtheiten so vieldeutig ist, gestattete auch eine sehr vielseitige Verwendung auf anderen Gebieten des wirtschaftlichen, des sozialen, des politischen Lebens. Aus ihr konnte jeder, wie aus einem delphischen Orakelspruch, je nachdem es ihm erwünscht war, seine Nutzenanwendungen auf soziale, hygienische, medizinische und andere Fragen ziehen und sich (...) auf die Wissenschaft der darwinistisch umgeprägten Biologie mit ihren unabänderlichen Naturgesetzen berufen.“

56 Haeckel, 1904, 386.

57 Mann, 1973, 76.

58 Hertwig, 1918, 1 f.; vgl. Weindling, 1991, 265-273.

Hertwigs fundamentale Kritik des Sozialdarwinismus können wir nicht hoch genug einschätzen. Als anerkannter und wissenschaftlich hervorragender Zellbiologe wollte er „Darwins Zufallstheorie“ in erster Linie *biologisch* widerlegen. Wie Hertwig in seiner Metaphorik von „einzelner Zelle“ und „Zellenstaat“ aufzeigt, die durchaus der erwähnten Auffassung Virchows entspricht, ist nicht der Kampf ums Dasein, sondern die Lebensgemeinschaft, d.h. die „Arbeitsteilung und Differenzierung“ das entscheidende Grundprinzip. Die soziale „Auslese“ habe mit Darwins Begriff der Selektion im Daseinskampf „nicht das mindestes zu tun“.⁵⁹ Er geißelt in weiser Voraussicht die „Zukunftsphantasien“ der „Sozialdarwinianer“:

„(...) so würde im Züchtungsstaat (...) eine Kommission schon den Neugeborenen empfangen und durch ärztliche Untersuchung feststellen, ob er zur Aufzucht geeignet oder besser gleich wegen zu schwacher Konstitution oder wahrscheinlicher erblicher Belastung als untauglich für eine Edelrasse, als unnützer Ballast für den Staat durch eine Dosis Morphinum oder andere milde Verfahren auszujäten ist.“⁶⁰

Etwa gleichzeitig benutzten Hoche und Binding den Begriff der Ballastexistenz, um für die „Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ zu werben. Sie trugen somit zur Idee der „Euthanasie“ als Krankenmord bei.⁶¹

Magie und Religion: verborgene Motive der Biologisierung

Warum konnte das biologistische Denken eine so überaus mächtige Schubkraft entfalten und die wissenschaftliche und kulturelle Welt des frühen 20. Jahrhunderts so stark erschüttern? Ich möchte drei Momente nennen.

Erstens eignete sich der Biologismus hervorragend als Mittel der Propaganda. Seine Formeln und Verallgemeinerungen lieferten mit ihrem naturwissenschaftlichen Anspruch ein ideales *passe partout* für die Strömungen der Zeit – nicht nur, wie oben angedeutet, für Medizin und Wissenschaft, sondern auch für Wirtschaft und Kultur im Zeichen von technisch-industrieller Revolution, Nationalismus und Imperialismus. Besonders aufschlussreich

59 Hertwig, 1918, 75 ff.

60 Ebd., 87.

61 Vgl. Schott, 1993, 402.

sind die Analysen des britischen Medizinhistorikers Paul Weindling, der auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen Rang des Darwinismus und seiner Vertreter – insbesondere vergleichend zwischen England und Deutschland – hinweist und das Spektrum der sozialdarwinistischen Positionen herausstellt.⁶² Mit Hilfe bestimmter Begriffe, etwa dem es „Organismus“⁶³, konnten die Grenzen zwischen Geistes- und Naturwissenschaften scheinbar aufgelöst werden – sicherlich eine wichtige Voraussetzung der darwinistischen Erfolgs-Story.

Zweitens zehrte der Biologismus insgeheim von Naturphilosophie und Okkultismus. Er transportierte nämlich – unterschwellig – naturphilosophische Elemente der frühneuzeitlichen „natürlichen Magie“ (*Magia naturalis*) und Alchimie im Sinne des Paracelsismus. Vor allem in Deutschland erfuhren solche Motive im Kontext der Romantik noch einmal eine starke Aufladung. Die Natur erschien als die große Magierin, Lehrmeisterin, deren Kunst sorgfältig zu studieren sei, um sie zum Nutzen der Menschheit, des Volkes, der eigenen Rasse, nachzuahmen und ihr wunderbares Werk womöglich zu vollenden. Die Inbrunst, mit der z.B. die rassenbiologisch fixierten Anthropologen bei ihren Schädelvermessungen zu Werke gingen, entspricht der Haltung jener frühneuzeitlicher Naturforscher, die in der sog. Bibel der Natur lesen wollten.

Drittens glaubte der Biologismus, die Religion endlich durch die Wissenschaft ersetzen zu können. Aus meiner Sicht war dies seine wichtigste (ihm selbst verborgene) Triebkraft, die mit den soeben erwähnten magisch-alchimistischen Wurzeln eng verbunden ist. Der quasi religiöse Eifer der Wissenschaftler im Dienste des Fortschritts war allenthalben zu spüren, gerade wenn sie sich antiklerikal oder gar atheistisch gebärdeten, wie beispielsweise Haeckel, der lauthals verkündete: „So muß die monistische Moral zukünftig ganz auf die Naturgesetze der Biologie, insbesondere der Entwicklungslehre zurückgehen.“⁶⁴ Wie stark das missionarische Sendungs-

62 Weindling 1989 und 1991; vgl. Sandmann, 1990.

63 Der Begriff des Organismus spielte in der Auseinandersetzung zwischen „Mechanismus“ und „Vitalismus“ (vgl. Driesch, 1928) eine wichtige Rolle. Eine vermittelnde bzw. zusammenführende Funktion wollte der „Organizismus“ oder „Holismus“ übernehmen, wie Adolf Meyer (1934, 30) ihn vertrat.

64 Haeckel, 1904, 367.

bewusstsein der Wissenschaftler um 1900 war, zeigt die Forderung des Sozialdarwinisten Ludwig Büchner: „Die Wissenschaft muß an die Stelle der Religion (...), die naturgemäße Moral an die Stelle der künstlichen oder Dogmen-Moral gesetzt werden.“⁶⁵ In letzter Konsequenz offenbaren die Filme der NS-Propaganda zur Rassenhygiene die religiöse Perversion des Biologismus, wenn „Sünde“ und „Schuld“ erbkranker Eltern gegenüber dem „gottgegebenen Naturgesetz“ beklagt werden.⁶⁶

Aber mindestens ebenso stark wie solche apokalyptischen Visionen des Untergangs wirkten andererseits die Verheißungen eines irdischen Paradieses durch Evolution, die den Darwinismus gerade für Kommunismus und Sozialismus aber auch für Teile des amerikanischen Protestantismus so attraktiv machten.⁶⁷ Denn neben allem „Kampf ums Dasein“ gab es auch so etwas wie eine Naturidylle, eine „gute“ Natur bei Darwin:

„Da die natürliche Zuchtwahl nur durch und für das Gute eines jeden Wesens wirkt, wo wird jede fernere körperliche und geistige Ausstattung desselben seine Vervollkommnung zu fördern streben. Es ist wahrlich eine grossartige Ansicht, dasz [!] der Schöpfer den Keim alles Lebens, das uns umgibt, nur wenigen oder nur einer einzigen Form eingehaucht hat, und dasz (...) aus so einfachem Anfange sich eine endlose Reihe der schönsten und wundervollsten Formen entwickelt hat und noch immer entwickelt.“⁶⁸

Gerade dieser Glaube an eine lückenlos zusammenhängende Evolution, eine voranschreitende Höherentwicklung allen Lebens, in welcher – zumindest explizit – Sündenfall, Entfremdung, Schuld und Erlösung nicht vorkommen, forderte immer wieder zur Kritik vor allem von christlicher Seite heraus.⁶⁹

Ludwig Büchner fasste 1868 die Ansichten von Alfred Wallace über die Zukunft des Menschengeschlechts mit den Worten zusammen:

65 Zit. n. Sandmann, 1990, 38.

66 Vgl. Rost, 1992, 54.

67 Vgl. Benz, 1973.

68 Darwin, 1876, 577.

69 Vgl. z.B. Illies, 1983.

„Wir können die Zeit voraussehen, wo es nur noch kultivierte Pflanzen und Thiere geben und wo die Zuchtwahl des Menschen die der Natur ersetzt haben wird (...), daß zuletzt die geistig am höchsten gestiegenen Rassen allein übrig bleiben, die niedrigen ersetzen und die ganze Erde beherrschen werden (...). Schließlich wird die Erde durch Entwicklung aller intellektueller Fähigkeiten des Menschen aus einem Jammerthal (...) zu einem Paradies werden, so schön, wie es jemals Seher oder Dichter geträumt haben!“⁷⁰

Die *rassehygienische* Biologisierung des 20. Jahrhunderts endete bekanntlich in der Katastrophe. Ob uns die *molekulargenetische* Biologisierung im 21. Jahrhundert dem einst verheißenen Paradies auf Erden näher bringen kann, darf bezweifelt werden.

Literatur

- Adler, Alfred (1977): Studie über Minderwertigkeit von Organen [1907], Mit einer Einführung von Wolfgang Metzger, Frankfurt a. M.
- Alfred Adler, Über den nervösen Charakter. Grundlagen einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie [1912], Mit einer Einführung von Wolfgang Metzger, Frankfurt a. M. 1977.
- Aschner, Bernhard (1928): Die Krise der Medizin. Konstitutionstherapie als Ausweg. Stuttgart.
- Benz, Ernst: Theologie der Evolution im 19. Jahrhundert. In: Biologismus im 19. Jahrhundert, s. u., 43-72.
- Biologismus im 19. Jahrhundert. Vorträge (...) (1973). Hg. von Gunter Mann. Stuttgart 1973 (Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts; Bd. 5).
- Bleuler, Eugen (1919): Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 3. Aufl. Berlin 1922.
- Brachfeld, O (1972): Minderwertigkeitsgefühl, Minderwertigkeitskomplex. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 2. Hg. von Joachim Ritter. Darmstadt, 1399-1402.
- Darwin, Charles (1876): Über die Entstehung der Arten durch natürlich Zuchtwahl oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe um's Dasein, Nach der 6. engl. Aufl. von J. Victor Carus, 6. Aufl. Stuttgart 1876 (Ch. Darwin's gesammelte Werke; 2. Bd.).

70 Zit. n. Benz, 1973, 49.

- Darwin, Charles (1971): *Essay zur Entstehung der Arten*, Mit e. Einführung Hg. von Heribert M. Nobis. München.
- Driesch, Hans (1928): *Philosophie des Organischen*. 4., gekürzte u. teilw. umgearb. Aufl. Leipzig.
- Eckart, Wolfgang (1998): *Geschichte der Medizin*. 3., überarb. Aufl. Berlin; Heidelberg; New York (...).
- Ehalt, Hubert Ch. (Hg.) (1985): *Zwischen Natur und Kultur. Zur Kritik biologistischer Ansätze*. Wien; Köln; Graz (Kulturstudien; Bd. 4).
- Fischer, Gero (1985): *Sprache und Biologismus. Vom Umgang mit biologistischen Metaphern und Modellen*. In: Hubert Ch.Ehalt (Hg.), s. o., 383-395.
- Florey, Ernst (1995): *Ars magnetica. Franz Anton Mesmer 1734 – 1815, Magier vom Bodensee*. Konstanz.
- Gehrts, H. (1982): *Der Oberamtsarzt unter Verdacht. Eine Veröffentlichung aus den Akten des Medizinalkollegiums*. In: *Beiträge zur schwäbischen Literatur- und Geistesgeschichte ...* Hrsg. von Margot Buchholz u. H. Froeschle, Bd. 2, Weinsberg, S. 44 - 60.
- Grotjahn, Alfred (1912): *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene*. Berlin.
- Haeckel, Ernst (1904): *Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie [1904]*, Leipzig: Kröner, o.J. (Kröners Taschenausgabe; Bd. 22).
- Haeckel, Ernst (1923): *Natürliche Schöpfungs-Geschichte. Gemeinverständliche wissenschaftliche Vorträge über die Entwicklungslehre*. 12. verb. Aufl. Berlin; Leipzig.
- Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*. Hrsg. von Hanns Bächtold-Stäubli. 10 Bde. Berlin; Leipzig 1927 – 1942.
- Hawkins, Mike (1997): *Social Darwinism in European and American thought. Nature as model and nature as threat*. Cambridge.
- Christian Knorr von Rosenroth: *Aufgang der Artzney-Kunst*. Sulzbach 1683.
- Helmont, Johann Baptist van (1683) = Christian Knorr von Rosenroth: *Aufgang der Artzney-Kunst*. Sulzbach 1683.
- Hertwig, Oscar (1918): *Das Werden der Organismen. Zur Widerlegung von Darwin's Zufallstheorie durch das Gesetz der Entwicklung*, 2. verm. u. verb. Aufl., Jena.
- Hesse, Richard (1936): *Abstammungslehre und Darwinismus*, 7. Aufl., Leipzig; Berlin.
- Illies, Joachim (1983): *Der Jahrhundert-Irrtum. Würdigung und Kritik des Darwinismus*, Frankfurt a. M.
- Jores, Arthur (1955): *Magie und Zauber in der modernen Medizin. Deutsche Medizinische Wochenschrift* 80, S. 1915 – 1920.

- Karrasch, Bertram (1998): Volksheilkundliche Laienverbände im Dritten Reich. Stuttgart.
- Kerner, Justinus (1843): Rede über die Heilung durch Sympathie. Wiederabgedruckt in: Beiträge zur schwäbischen Literatur- und Geistesgeschichte. Hrsg. von Margot Buchholz u. H. Froeschle. Bd. 1, Weinsberg 1981, S. 187 – 194.
- Koch, Hannsjoachim W. (1973): Der Sozialdarwinismus. Seine Genese und sein Einfluß auf das imperialistische Denken. München.
- Koch, Richard (1933): Der Zauber der Heilquellen – Eine Studie über Goethe als Badegast. Stuttgart.
- Kötschau, Karl und Adolf Meyer (1936): Theoretische Grundlagen zum Aufbau einer Biologischen Medizin. Dresden; Leipzig: Steinkopff (Wissenschaftliche Forschungsberichte: naturwissenschaftliche Reihe; Bd. 40).
- Labisch, Alfons (1996): Sozialmedizin in neuer Perspektive. Das Buch „Krankheit und soziale Lage“ (1913) von Max Mosse und Gustav Tugendreich. In: Heinz Schott (Hg.), Meilensteine der Medizin, Dortmund, 445-450.
- Le Bon, Gustave (1895): Die Psychologie der Massen. [1895]. Mit einer Einführung von Peter R. Hofstätter, Stuttgart 1982.
- Liek, Erwin (1926): Der Arzt und seine Sendung. Gedanken eines Ketzers. München.
- Lombroso, Cesare (1887): Genie und Irrsinn in ihren Beziehungen zum Gesetz, zur Kritik und zur Geschichte, Nach der 4. Aufl. des ital. Originaltextes übers. von A. Courth, Leipzig.
- Mann, Gunter (1969): Medizinisch-biologische Ideen und Modelle in der Gesellschaftslehre des 19. Jahrhunderts. *Medizinhistorisches Journal* 4, 1-23.
- Mann, Gunter (1969): Rassenhygiene – Sozialdarwinismus. In: *Biologismus im 19. Jahrhundert*, s. o., 73-93.
- Mann, Gunter (1988): Biologismus – Vorstufen und Elemente einer Medizin im Nationalsozialismus. *Deutsches Ärzteblatt* 85, 1176-1182.
- Mayr, Ernst (1984), Die Entwicklung der biologischen Gedankenwelt. Vielfalt, Evolution und Vererbung. Berlin; Heidelberg; New York (...).
- Meyer, Adolf (1934): Ideen und Ideale der biologischen Erkenntnis. Beiträge zur Theorie und Geschichte der biologischen Ideologien. Leipzig (Bios; Bd. 1).
- Mosse, Max und Gustav Tugendreich (Hg.) (1913): Krankheit und soziale Lage. München.
- Most, Georg Friedrich (1842): Die sympathetischen Mittel und Curmethoden. Rostock.
- Most, Georg Friedrich (1843): Encyclopädie der gesamten Volksmedizin, oder Lexikon der vorzüglichsten und wirksamsten Haus- und Volksarzneimittel aller Länder. Leipzig.
- Müller-Jahncke, Wolf-Dieter (1993): Magische Medizin bei Paracelsus und den Paracelsisten: Die Waffensalbe. In: *Resultate und Desiderate der Paracelsus-Forschung*. Hrsg. von Peter Dilg u. Hartmut Rudolph. Stuttgart (Sudhoffs Archiv; Beihefte; H. 31), S. 43 – 55.

- Paracelsus, Ed. Sudhoff = Theophrast von Hohenheim gen. Paracelsus: Sämtliche Werke. 1. Abteilung: Medizinische, naturwissenschaftliche und philosophische Schriften. Hrsg. von Karl Sudhoff. 14 Bde. München 1929 – 1933.
- Reich, Wilhelm (1942): Die Entdeckung des Orgons I. Die Funktion des Orgasmus. Sexualökonomische Grundprobleme der biologischen Energie [1942]. Frankfurt a. M. 1979.
- Roelcke, Volker (1997): Biologizing social facts: an early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry* 21, 383-403.
- Roelcke, Volker (1999): Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914). Frankfurt; New York.
- Rost, Karl Ludwig (1992): Der propagandistische Mißbrauch des Begriffes „Erbkrankheit“ im NS-Staat. In: Peter Propping u. Heinz Schott (Hg.): Wissenschaft auf Irrwegen. Biologismus – Rassenhygiene – Eugenik. Bonn; Berlin, 44-65.
- Sandmann, Jürgen (1990): Der Bruch mit der humanitären Tradition. Die Biologisierung der Ethik bei Ernst Haeckel und anderen Darwinisten seiner Zeit, Stuttgart; New York (Forschungen zur neueren Medizin- und Biologiegeschichte; Bd. 2).
- Schallmeyer, Wilhelm (1913): Soziale Massnahmen zur Fortpflanzungsauslese. In: Mosse u. Tugendreich (Hg.), s.o., 841-859.
- Schott Heinz (1993): Die Chronik der Medizin. Dortmund.
- Schott, Heinz (1985): Bibliographie: Der Mesmerismus im Schrifttum des 20. Jahrhunderts (1900 – 1984). In: Franz Anton Mesmer und die Geschichte des Mesmerismus. Hrsg. von Heinz Schott. Stuttgart, 253 – 271.
- Schott, Heinz (1987): Natura sanat – die Heilkraft der Natur im Spiegel der Geschichte. *Universitas* 42, 459-470.
- Schott, Heinz (1994): Paracelsus – Mesmer – Freud. Zum Verhältnis von Naturphilosophie und Heilkunde. In: Gerhard Fichtner u. Heinz Schott (Hg.): Genius loci. Beiträge anlässlich des 60. Geburtstages von Eduard Seidler, Freiburg i. Br., 55-64.
- Schott, Heinz (1996): Paracelsismus und chemische Medizin. Johann Baptist van Helmont zwischen Naturmystik und Naturwissenschaft. In: Meilensteine der Medizin. Hrsg. von Heinz Schott. Dortmund, 199 – 206.
- Schott, Heinz (1997): Die Entdeckung des Unbewußten um 1900: Wissenschaftshistorische Anmerkungen zu Sigmund Freud. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 20, 287-295.
- Schott, Heinz (1998): Die naturwissenschaftliche Medizin um 1900 im Kampf gegen den ‚Okkultismus‘. Unveröffentl. Manuskript, Bonn.
- Schott, Heinz (2000): Die naturwissenschaftliche Medizin um 1900 im Kampf gegen den „Okkultismus“. *Scientiarum Historia* 26 (2000) 1 – 2, S. 73 – 81.
- Schott, Heinz (Hrsg.) (1998): Der sympathetische Arzt. Texte zur Medizin im 18. Jahrhundert. München.

-
- Schottdorf, Gertraud (1995): Arbeits- und Leistungsmedizin in der Weimarer Republik, Husum (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften; H. 74).
- Sulloway, Frank J. (1982): Freud. Biologe der Seele. Jenseits der psychoanalytischen Legende. Köln-Lövenich.
- Sulloway, Frank J. (1983): Freud und die Biologie. Das verborgene Erbe. Freiburger Universitätsblätter 22 (Heft 82), 31-47.
- Virchow, Rudolf (1858): Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Berlin.
- Voss, G. (1913): Der Einfluss der sozialen Lage auf Nerven- und Geisteskrankheiten, Selbstmord und Verbrechen. In: Mosse u. Tugendreich (Hg.), s. o., 400-472.
- Weindling, Paul Julian (1989): Health, race, and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945. Cambridge.
- Weindling, Paul Julian (1991): Darwinism and Social Darwinism in Imperial Germany: The Contribution of the Cell Biologist Oscar Hertwig (1849-1922). New York (Forschungen zur neueren Medizin- und Biologiegeschichte; Bd. 3).
- Weizsäcker, Viktor von: Gesammelte Schriften. Hrsg. von Peter Achilles, Dieter Janz, Martin Schrenk, Carl Friedrich von Weizsäcker. Bd. 1 – 10. Frankfurt a. M.: ab 1986.

Ilhan Ilkilic

Muslimische Patienten und medizinethische Konfliktfelder in der allgemeinen Krankenversorgung¹

Der Begriff „wertplurale Gesellschaft“ impliziert eine Koexistenz von Menschen mit unterschiedlichen Wertvorstellungen und Präferenzen. Dadurch, dass diese divergierenden Werte handlungsleitend werden, entstehen in vielen Lebensbereichen Interessenkonflikte, die politische, juristische und nicht zuletzt ethische Fragen aufwerfen. Der Umstand, dass die Medizin für nahezu jeden Menschen unverzichtbar ist, das rasche Wachstum des medizintechnischen Könnens, sowie die damit einhergehende Wertesensibilisierung des Individuums machen sie zu einem notorisch konflikträchtigen Bereich.

Dass die kulturellen Prägungen das Verstehen und Erleben einer Krankheit und somit die Entscheidungen des Patienten unmittelbar beeinflussen, ist ein bekanntes Phänomen. In Arztpraxen und Krankenhäusern begegnet man täglich Verständigungsschwierigkeiten und Interessenkonflikte zwischen Ärzten, Pflegepersonal und muslimischen Patienten², die auf unterschiedlichen religiös kulturellen Wertvorstellungen gründen. In Westeuropa leben ca. 14 Millionen Muslime, ca. vier Millionen davon in Deutschland³ und bilden dabei keineswegs eine homogene Bevölkerungsgruppe. Der islamische Glaube und seine praktischen Implikationen werden von diesen Muslimen unterschiedlich wahrgenommen und praktiziert, so dass im Alltag eine große Spannbreite persönlicher Religiositätsformen entsteht. Dennoch lassen sich viele Patientenentscheidungen im medizinischen All-

1 Erstveröffentlichung in: Interkulturell kompetent, M. Peintiger (Hg.), Wien: Facultas, 2011, S. 355-369. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Facultas Verlag- und Buchhandels AG.

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

3 http://www.deutsche-islam-konferenz.de/nn_1325560/SubSites/DIK/DE/Magazin/ZahlenDatenFakten/ZahlMLD/zahl-mld-inhalt.html (8.5.2012).

tag auf das vom Islam geformte Krankheitsverständnis und Wertesystem zurückführen. Nicht selten werden die aus dem islamischen Glauben ableitbaren Präferenzen in der medizinischen Praxis zu einem Anlass für einen Interessenkonflikt zwischen dem muslimischen Patienten und dem nichtmuslimischen Arzt.

Das Verstehen dieser Konfliktfelder und die Gestaltung einer ethisch angemessenen Umgangsform mit diesen Konflikten erfordert Kenntnisse über Grundlagen des muslimischen Krankheitsverständnisses und dessen Einflussformen in der medizinischen Praxis. In diesem Beitrag werden Krankheitsbegriffe der islamischen Hauptquellen und das muslimische Krankheitsverständnis dargestellt, sowie die aus der islamischen Glaubenspraxis entstandenen Konfliktfelder im medizinischen Alltag diskutiert. Ein Versuch zu einer medizinethischen Standortbestimmung und einige handlungsleitende Grundsätze schließen sich an.⁴

1. Krankheit und Heilung in den islamischen Hauptquellen

Der Begriff Krankheit (*marad*) kommt im Koran grundsätzlich in zwei Bedeutungen vor. Der erste Sinngehalt ist metaphorisch und deutet auf Heuchelei, Unglaube, Zweifel an Gottes Existenz und fehlender Frömmigkeit

4 Die Stellungnahmen und Argumente der innerislamischen Diskussion zu den Themen Schwangerschaftsabbruch, Organtransplantation, Euthanasie, Hirntod sowie gentechnische Anwendungen im Bereich der Humangenetik u.a. unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht von den bekannten christlichen und säkularen Argumenten. Die Darstellung und Analyse dieser Positionen wäre im Rahmen dieses Beitrags nicht zumutbar. Vgl. Rispler-Chaim, V (1993) *Islamic medical ethics in the twentieth century*, Leiden, Brill; Krawietz, B (2001) Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam, in: *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*, Schlich, T u. Wiesemann, C (Hg.), Frankfurt a.M., 239–256; Ebrahim, AM (2005) *Biomedical Issues. Islamic Perspective*, Kuala Lumpur, A. S. Nordeen Malaysia; Ilkilic, I (2006) Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen, in: *Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik*, Körtner, UHJ et al. (Hg.), Neukirchen-Vlyun, Neukirchener Verlag, S. 165-182; Athighetchi, D (2007) *Islamic bioethics: problems and perspectives*, Dordrecht, Springer; Sachedina, A (2009) *Islamic biomedical ethics: principles and application*, New York, Oxford University Press; Ghaly, M. (2010): *Islam and disability: perspectives in theology and jurisprudence*, London: Routledge; Ilkilic, I, Ertin, H (2010) Ethical aspects of human embryonic stem cell research in the Islamic world: positions and reflections, in: *Stem Cell Rev*, 6(2): 151-61 u.a. (vgl. Für die umfassende Literatur www.kultur-gesundheit.de).

hin.⁵ In diesen Versen benutzt der Koran den Ausdruck „Krankheit in den Herzen“, wobei mit dem Wort *Herz* nicht ein menschliches Organ, sondern der Ort des Glaubens gemeint ist. Vielfach werden die Begriffe Blindheit und Taubheit im Koran im selben Kontext benutzt und nicht als Abwesenheit des Seh- oder Hörvermögens. Diese wird in Sure (Korankapitel) 22, Vers 46 deutlich:

„Sind sie [d.h. die ungläubigen Zeitgenossen] denn auf der Erde umhergegangen, dass sie Herzen bekommen, mit denen sie verstehen, oder Ohren, mit denen sie hören? [Aber nein, sie sind mit Blindheit geschlagen.] Nicht die Augen sind [bei ihnen] blind, blind sind die Herzen, die in der Brust sind.“

Auch das Wort *Šifā'*, was im Arabischen Heilung, Genesung, Heilmittel und Arznei bedeutet, wird im Koran vorwiegend auf metaphorischer Ebene benutzt.⁶ Der Koran versteht sich als Heilung für die Krankheiten des Herzens. „Sprich: Er (der Koran) ist denjenigen, die glauben, eine Rechtleitung und eine Heilung.“ (Sure 41/44)

Die zweite lexikalische Bedeutung der Krankheit im Sinne von Strukturanomalität, Schmerzen, Funktionsstörung oder Funktionsausfall des Körpers kommt im Koran auch mehrmals vor. Die Verse, in denen der Krankheitsbegriff in dieser Bedeutung vorkommt, haben die Erleichterung bzw. die Befreiung von einigen Grundpflichten im Krankheitsfall zum Gegenstand, wie z.B. Fasten, Pflichtgebet, Pilgerfahrt, rituelle Gebetswaschung u.a.⁷ Weitere Verse, die dem Thema Gesundheit und Krankheit zugeordnet werden können, behandeln hygienische Bestimmungen, Ernährung, Geschlechtsverkehr sowie das Verhalten gegenüber Verstorbenen und Kranken.

Es ist zu unterstreichen, dass diese diskutierten Sinngehalte vom Koran unterschiedlich evaluiert und bewertet werden. Während der erste Krankheitsbegriff, der des Unglaubens oder der Heuchelei, mit der göttlichen Ermahnung und der Verdammnis in Zusammenhang steht, ist der zweite Begriff immer mit dem Trost und der Barmherzigkeit Gottes verbunden. „Er

5 Vgl. Sure (Korankapitel) 2/10, Sure 5/52, Sure 8/49, Sure 24/50, Sure 33/12, Sure 47/29, Sure 9/125, Sure 33/60, Sure 74/31, Sure 22/53 u. Sure 33/32.

6 Sure 9/17, Sure 10/57 u. Sure 17/82.

7 Vgl. Sure 2/185, Sure 73/20, Sure 2/196, Sure 4/43 u. Sure 5/6.

weiß, dass es unter euch Kranke geben würde.“ (Sure 73/20) Die Kranken sollen keine Gewissensnöte haben, wenn sie ihren, von Gott auferlegten religiösen und sozialen Pflichten nicht nachkommen können. „(...) Gott will für euch Erleichterung, Er will für euch nicht Erschwernis.“ (Sure 2/185)

Mit dem koranischen Gebrauch übereinstimmende Inhalte der Begriffe Krankheit und Heilung begegnen uns auch in den Prophetenaussprüchen (*Hadithe*), die als zweit wichtigste Quelle des Islam gelten. Es gibt zahlreiche *Hadithe*, die die Empfehlungen oder Praktiken des Propheten Muhammad zur Heilung bestimmter Leiden, Vorbeugungsmaßnahmen gegen Krankheiten, Hygienemaßnahmen, sowie seine Äußerungen zur Bedeutung der Krankheit und der Stellung des Kranken beinhalten. Sie werden in den klassischen Hadithwerken unter einem separaten Kapitel behandelt. Später entstanden einzelne Werke mit medizinischen Hadithen unter den Namen *Tibb an-nabī* oder *at-Tibb an-nabawī* (prophetische Medizin).⁸ Aus den prophetischen Empfehlungen in diesen Werken zur medizinischen Therapie ist eine gewisse Wertachtung des körperlichen Wohlbefindens festzustellen. Durch die intensive Betonung und Empfehlung der Hygienemaßnahmen unterstreichen diese *Hadithe* die Wichtigkeit der medizinischen Vorsorge und somit die Bewahrung der Gesundheit.

2. Das muslimische Gesundheits- und Krankheitsverständnis

Das muslimische Gesundheits- und Krankheitsverständnis wird durch drei aus den islamischen Hauptquellen ableitbare Grundsätze geprägt.

2.1 Krankheit als natürliches Phänomen (Ebene der Natürlichkeit)

Der islamische Glaube versteht die Krankheit als ein zur menschlichen Natur gehörendes Phänomen, welches mit Leiden auf unterschiedlichen Ebenen verbunden ist. „Er [Gott] weiß, dass es unter euch Kranke geben würde.“ (Sure 73/20) Deswegen hebt Gott die religiösen Pflichten, die konstitutive Merkmale des Muslimseins sind, für den Krankheitsfall auf. Denn: „Gott will für euch Erleichterung, Er will für euch nicht Erschwernis.“ (Sure

8 Vgl. zur Liste der gedruckten, erhaltenen und nicht erhaltenen *Tibb an-Nabawi*-Bücher Recep, Ö (1969) *Tibb an-Nabī*, Diss., Marburg, 4-13.

2/185) Nach islamischem Glauben gehört die Krankheit genauso wie die Gesundheit zu den Wirklichkeiten des menschlichen Lebens. Die Krankheit fügt dem Menschen physisches und psychisches Leid zu und verursacht Einschränkungen in seinem Leben. Die Gesundheit ist im Sinne von Freisein von Schmerzen oder von einem Funktionsausfall der Körperorgane oder von Strukturanomalien für ein substantielles Wohlbefinden wichtig.⁹

2.2 Gesundheit als Gottesgabe (Ebene der Verantwortung)

Körper und Gesundheit sind nach islamischem Glauben dem Menschen zur Aufbewahrung gegebene Gottesgaben und daher als zu schützendes Gut zu verstehen. Der Mensch ist Inhaber und Nutznießer, Gott hingegen ihr Eigentümer. Es obliegt dem Menschen in seinem ganzen Leben, rechtmäßig und verantwortlich damit umzugehen. Ebenso wie der verschwenderische Umgang mit eigenem Hab und Gut ist auch das verantwortungslose Verhalten gegenüber dem Körper untersagt. Die religiöse Überzeugung, welche die Gesundheit als ein dem Menschen anvertrautes Gut deklariert, impliziert gleichzeitig eine menschliche Verantwortung für deren Erhaltung bzw. Wiederherstellung. Somit ist es eine islamische Pflicht, entsprechende hygienische Maßnahmen zu treffen oder sich den erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Bewahrung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit zu unterziehen. Denn der Muslim hat im Jenseits Rechenschaft abzugeben, wie er mit seinem Körper umgegangen ist, was mit Belohnung oder Bestrafung im Jenseits verbunden ist.

2.3 Gesundheit als erforderlicher Zustand für die Pflichten (Ebene der Pflichten)

Eine weitere Bedeutung von Gesundheit kristallisiert sich auf praktischer ebenso wie auf pragmatischer Ebene heraus. Der islamische Glaube ist sehr eng mit einer aus diesem Glauben resultierenden Lebenspraxis verbunden. Glaube und Praxis stellen eine untrennbare Einheit dar, sodass das Wohlgefallen Gottes als Hauptziel des Muslims erst mit einem auf islamischen

9 Vgl. Ilkic, I (2006) Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, 6. Auflage, Bochum (Medizinethische Materialien; Heft 160).

Handlungsnormen basierenden Habitus möglich wird. Die Erfüllung der sozialen und ethischen Verpflichtungen sowie der religiösen Grundpflichten sind für die Entfaltung des Muslimseins von zentraler Bedeutung. Die Verwirklichung mehrerer dieser Verpflichtungen hängt aber wiederum von einem gesunden körperlichen und seelischen Zustand ab. Auf dieser Ebene kann die Gesundheit pragmatisch gesehen als ein Mittel zum Zweck betrachtet werden, wonach ihr ein mittelbarer Wert zukommt. Diese hypothetische Wertzuschreibung ist jedoch nicht so zu verstehen, dass die Gesundheit nur deswegen wertvoll ist, weil sie als Mittel zum Zweck dient. Darüber hinaus wird die Gesundheit schon alleine deshalb für wertvoll erklärt, weil sie ein dem menschlichen Wohlbefinden dienendes Phänomen ist.

Die dargestellten Bewertungen der Gesundheit im Islam deuten zwar darauf hin, dass ein gesunder Zustand wünschenswert und durch die hierfür erforderliche Lebensführung zu erstreben ist, machen aber Gesundheit keineswegs zu einem absoluten Gut. Gesundheit ist nicht Quelle von Normen und Wertvorstellungen, sondern ein Gut unter anderen Gütern, welches in einem Güterkonflikt durch Normenkodex und Wertvorstellungen des Islam beurteilt wird. Dieser Aspekt hat in moralischen Argumentationen die Konsequenz, dass man ein Leben als solches nicht nach „Gesundheitsgrad“ oder „Krankheitsgrad“ bewerten kann, geschweige denn als „lebenswert“ oder „lebensunwert“ beurteilen kann.

3. Krankheitsdeutungen

Neben den oben behandelten zentralen Grundsätzen gibt es auch Sinndeutungen, die sich unmittelbar aus der islamischen Eschatologie und dem Menschenbild ableiten lassen. Danach ist das Erdenleben vergänglich und beinhaltet unterschiedliche Prüfungsformen. „Jeder wird den Tod erleiden. Und wir prüfen euch mit Bösem und Gutem und setzen euch damit der Versuchung aus.“ (Sure 21/35) Zu diesen Prüfungsformen gehört auch ein Krankheitszustand.¹⁰ Das Kranksein erlangt somit einen Prüfungscharakter, bei dem vom Muslim ein aus den islamischen Handlungsnormen resultierender Habitus erwartet wird. Ein ausgeglichener Gemütszustand und eine

¹⁰ Sure 2/155.

angemessene Haltung sind mit jenseitiger Belohnung verbunden. Klagen darüber, warum gerade man selbst befallen wurde, oder gar das Anklagen Gottes sind mit einem muslimischen Gemüt nicht vereinbar. Geduldiges Ausharren und sich nicht aufsässig gegenüber Gott verhalten sind vorbildliche Einstellungen, die keineswegs eine medizinische Therapie ausschließen. Mit diesem Gemütszustand soll der Muslim die erforderlichen medizinischen Maßnahmen ergreifen, um wieder gesund zu werden.

Mit der Geschichte des Propheten Hiob verdeutlicht der Koran die Sinngebung ‚Krankheitsfall als Geduldsprobe‘ und empfiehlt einem Muslim, Fassung zu bewahren.¹¹ Dieser Auffassung zufolge ist Krankheit nichts Abscheuliches oder Verwerfliches, sondern ein Zustand, der den Glauben selbst auf die Probe stellt. Die beispielhafte Geduld und Gehorsamkeit des Propheten Hiob¹² und seine Behandlung durch das im Koran genannte heilende Wasser deuten darauf hin, dass die Geduld und das Streben nach Heilung aus dem Glauben resultierende Haltungen sind, die sich gegenseitig nicht ausschließen.

Die Überlieferungen des Propheten Muhammad bekräftigen diese Haltung und heben zugleich eine andere Dimension der Krankheit für einen Muslim hervor. „Keine Müdigkeit und keine Krankheit, keine Sorge und keine Trauer, kein Schmerz und kein Kummer befällt den Muslim, nicht einmal ein winziger Dorn kann ihn stechen, es sei denn, Gott will ihm damit eine Sühne für seine Verfehlungen auferlegen.“¹³ In diesem Hadith wird der Zusammenhang zwischen der Barmherzigkeit Gottes und der menschlichen Not und den Leiden akzentuiert. Danach bietet sich bei einem durch eine Krankheit zustande gekommenem Leiden eine Gelegenheit für die Sündenvergebung (*kaffāra*). Obwohl eine Begründung von Krankheit als Strafe oder Gotteszorn durch islamisch-theologische Quellen nicht ohne weiteres möglich ist, bleibt es nicht ausgeschlossen, dass der eine oder andere Muslim (unabhängig von theologischen Diskussionen) einer dementsprechenden persönlichen Interpretation den Vorzug gibt.¹⁴

11 Sure 21/83-84 u. Sure 38/41-43.

12 Vgl. Sure 21/83-84 u. Sure 38/41-43.

13 Ferchl, D (1991) (Über. u. Hg.), *Sahih al-Buhārī*. Nachrichten von Taten und Aussprüchen des Propheten Muhammad, Stuttgart, 390.

14 Ilklic, I (2002) *Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft*, Diss. Münster, S. 44 ff.

4. Heilmittel, Heilwirkung und Gott

Deterministische Erklärungsversuche der Natur und ihrer Gesetze mit einem absoluten Kausalnexus, die Gott ausschließen, sind mit dem islamischen Gottesbild und Menschenbild nicht vereinbar. Ständiges Erscheinen aller Naturereignisse nach bestimmten Naturgesetzen ist als göttliche Gewohnheit (*sunnat Allāh*) zu verstehen. Den Naturwissenschaften obliegt es, Naturereignisse zu erklären und dadurch ein besseres Verständnis der Zeichen Gottes (*āyāt Allah*; *vestigia Dei*) zu ermöglichen. Im Rahmen dieses Naturverständnisses werden Krankheiten durch biologische (Bakterien, Viren etc.), chemische (Gifte etc.), physikalische (Strahlungen) oder andere Stoffe durch Gottes Erlaubnis und Kenntnis hervorgerufen. Er gibt diesen Stoffen krankmachende Eigenschaften und ebenso verleiht er medizinischen Maßnahmen heilende Kräfte. Die therapeutischen Maßnahmen sind dann nicht eigentliche Ursache der Heilung, sondern besitzen eher eine Vermittlerfunktion. In Sure 26 Vers 80 wird dieses Verstehen deutlich „Wenn ich krank bin, so heilt Er mich“. Gott allein als primären Grund für die Heilung zu nennen schließt jedoch die von einem Arzt empfohlene Behandlung nicht aus. Es gehört ebenso zur *sunnat Allah*, sich geeigneter Mittel zu bedienen, um die von Gott kommende Heilung zu erlangen.

5. Konfliktfelder in der allgemeinen Krankenversorgung

5.1 Intimität, Schamgefühl und medizinische Interventionen

Das Schamgefühl ist ein fast bei allen Menschen vorzufindendes menschliches Gefühl, jedoch von unterschiedlicher Intensität und Ausprägung. Der islamische Glaube prägt ein auf einem starken Schamgefühl basierendes Verständnis von körperlicher Unversehrtheit und Intimität, das für das menschliche Leben moralische und praktische Implikationen hat. Das Erleben von Schamgefühl und Intimitätsverständnis beeinflusst bei einem Muslim die Wahrnehmung seines Körpers als Leib und impliziert zugleich im gesellschaftlichen Leben spezifische Handlungsformen. Die spezifischen Bekleidungs Vorschriften und Umgangsformen unter den nichtverwandten und unverheirateten Gegengeschlechtern sind konstitutive Haltungen, die aus einem islamischen Leiblichkeitsverständnis resultieren. Sie sind nicht

auf bloße Gewohnheiten oder sittliche Reflexe zu reduzieren, sondern weisen eine moralische Dimension auf. Die Bedeckung des Körpers und das Vermeiden von Körperkontakt mit Fremden gewinnen durch die islamischen Wertvorstellungen einen normativen Charakter. Bei der Frau gehört fast der gesamte Körper – auch das Kopfhaar (Sure 24/31) – zu dem zu verhüllenden Bereich (*'aura*); ausgenommen sind Hände, Füße und Gesicht. Beim Mann sind die Körperteile vom Nabel bis zum Knie zu bedecken, auch wenn eine vollständigere Bekleidung angeraten ist.

Nach diesem Leiblichkeitsverständnis kann ein Körperkontakt zwischen nichtverheirateten und nichtverwandten Männern und Frauen als eine Intimitätsverletzung wahrgenommen werden. Bei einem Arztbesuch oder Klinikaufenthalt bleibt jedoch ein körperlicher Kontakt während einer Untersuchung oder Therapie unumgänglich. Ein Krankheitsfall wird in der islamischen Rechtslehre als Ausnahmezustand verstanden, in dem manche islamische Handlungsformen, die im Alltagsleben Gültigkeit besitzen, diese verlieren oder durch eine Erleichterung teilweise und vorübergehend außer Kraft gesetzt werden können (Das islamische Rechtsprinzip „Die Notlage macht das Verbotene erlaubt.“ wird hier vorgezogen). Dementsprechend ist der sich bei einer ärztlichen Untersuchung oder einer pflegerischen Tätigkeit ergebende körperliche Kontakt nicht dem Körperkontakt im alltäglichen Leben gleichzustellen.¹⁵

Zwar bevorzugen die Gelehrten eine medizinische Untersuchung und Behandlung von einem Arzt bzw. einer Ärztin des gleichen Geschlechtes, erklären sie jedoch vertretbar, wenn kein Arzt gleichen Geschlechts erreichbar ist. Diese aus der islamischen Urteilsfindung ableitbare Flexibilität wurde von in Deutschland lebenden Muslimen unterschiedlich wahrgenommen und interpretiert. Abhängig von ihrer Religiositätsform entstehen in der Praxis verschiedene Verhaltensformen. Manche Muslime würden auch in einem Krankheitszustand das Entblößen ihres Körpers und den körperlichen Kontakt von einem gegengeschlechtlichen Arzt, einer Ärztin, einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger gerne vermeiden. Eine ärztliche und pflegerische Handlung, die die o.g. Gefühle und Prinzipien miss-

15 Vgl. Krawietz, B (1990) Die Hurma. Schariatrechtlicher Schutz vor Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit nach arabischen Fatwas des 20. Jahrhunderts, Diss., Berlin, 278-286.

achtet, kann unmittelbar das Wohlbefinden des muslimischen Patienten beeinträchtigen. So kann ein Händedruck, der für den Arzt und das Pflegepersonal Ehrlichkeit, Vertrauenswürdigkeit und Hilfsbereitschaft verkörpert, für eine muslimische Patientin peinlich und unangenehm sein oder sogar aufdringlich wirken. Manche Muslime akzeptieren dagegen diese „westliche Begrüßungsform“ und würden sich vielleicht bei deren Unterlassung beleidigt fühlen.

5.2 Religiöse Pflichten und medizinische Maßnahmen

Die Aussprache des islamischen Glaubensbekenntnisses, das tägliche Pflichtgebet, das Fasten, die Armensteuer und die Pilgerfahrt nach Mekka werden als die fünf Säulen des Islam bezeichnet. Das Befolgen dieser Grundpflichten pflegt und stärkt die innere Beziehung des Muslims zu seinem Schöpfer und ist für ihn ein konkretes Zeichen seiner Zugehörigkeit zum Islam und der muslimischen Gemeinschaft. Jede dieser Pflichten beinhaltet eine tiefgreifende Symbolik, die bei der Entfaltung der muslimischen Persönlichkeit von zentraler Bedeutung ist. Es ist überflüssig zu betonen, dass jedes Hindernis bei der Ausübung dieser religiösen Pflichten das Wohlbefinden eines praktizierenden Muslims beeinträchtigen wird.

Das Fasten unter diesen religiösen Pflichten erlangt für viele Muslime eine besondere Bedeutung und gehört trotz der körperlichen Anstrengungen zu den am häufigsten ausgeübten islamischen Grundpflichten. Das Fasten beinhaltet den Verzicht auf flüssige und feste Nahrung, Rauchen und Geschlechtsverkehr im Fastenmonat Ramadan von der Morgendämmerung bis zum Sonnenuntergang. Der Sinn des Fastens ist aber mehr als nur das Einhalten formaler Regeln und der Verzicht auf Essen und Trinken. Der Gläubige soll das Beherrschen seiner Triebe erlernen, er soll gleichsam aufmerksamer und empfindsamer gegenüber seinen Verhaltensweisen und Pflichten werden und sich schlechte Verhaltensweisen wieder abgewöhnen.¹⁶ So der Prophet Muhammad:

16 Zu einer tabellarischen Darstellung der physischen, psychischen und sozialen Bedeutung der religiösen Grundpflichten vgl. Qureshi, B (1994) (Hg.), *Muslim Patients and the British GP*, in: *Transcultural Medicine: dealing with patients from different cultures*, London, 162ff.

„Das Fasten ist ein Schutz! Wer fastet, soll keine ungehörigen Reden führen und sich nicht unverständig benehmen.“¹⁷

Während des Fastens können eine regelmäßige Medikation und manche medizinische Interventionen nicht durchgeführt werden. Im Koran wird ausdrücklich betont, dass Kranke von der Fastenpflicht ausgenommen sind, ohne dass jedoch die Grenzen detailliert beschrieben werden (Sure 2/184-185). Volljährigkeit, Mündigkeit und Gesundheit sind elementare Bedingungen für diese religiöse Pflicht. Reisende, Stillende, Menstruierende, Schwangere und nicht zuletzt Kranke sind von der Fastenpflicht ausgenommen, weil das Fasten ihren Körper zusätzlich belasten könnte. Im Krankheitsfall gerät der Muslim in einen Konflikt innerhalb seines Wertesystems, zwischen der Wahrung der Gesundheit als ein von Gott anvertrautes Gut einerseits und der von Gott auferlegten islamischen Grundpflicht des Fastens andererseits.

Eine ausgewogene Entscheidung des Patienten erfordert sowohl eine medizinische als auch eine religiöse Aufklärung. Der muslimische Patient soll von Ärzten über seinen Krankheitszustand und die medizinischen Folgen seiner Handlung informiert werden. Falls vom Patienten erwünscht kann ein *Imam* (Vorbeter in der Moschee) in solchen Situationen für den Patienten eine religiöse Beraterfunktion übernehmen.¹⁸ Die beiden Aufklärungsformen sollen einen informativen Charakter haben und nicht den Zweck haben, den Patienten zu überreden.

Zweifelsohne werden bei einer individuellen Entscheidungsfindung in solchen Konfliktfällen die individuelle Wahrnehmung und Interpretation der Sachlage sowie die persönliche Religiosität eines Muslims maßgeblich sein. Auch wenn die islamische Lehre in solchen Situationen der Gewissensentscheidung eines muslimischen Patienten einen großen Platz einräumt, so kann sie nicht jede Entscheidung billigen. Handelt es sich um eine Krankheitssituation, in der durch das Fasten bzw. die Unterlassung der Medikation Lebensgefahr besteht, ist in diesem Fall dem Muslim kein freier Raum für seine Gewissensentscheidungen gelassen. Denn ein durch das Fasten

17 Ferchl (1991) S. 230. [Buhārī, Kitāb al-Sawm, Nr. 4]

18 Vgl. Ilkic, I, Spielberger, H, Weber, M (2010): Palliativmedizin im interkulturellen Kontext, in: Ethik Med, 22(1): 221-229.

verursachter Tod ist als Selbstmord zu interpretieren, welcher im Islam kategorisch verboten ist.¹⁹

5.3 Speisevorschriften und einige Therapieformen

Die Einhaltung der islamischen Speisevorschriften ist ähnlich wie die fünf Säulen des Islam ein fester Bestandteil des muslimischen Habitus. Deren Berücksichtigung im Alltag ist als Erscheinung des Muslimseins und als ein deutliches Zeichen der Zugehörigkeit zur muslimischen Gemeinschaft zu verstehen. Dass die Muslime auf Schweinefleischverzehr verzichten, ist in deutschen Krankenhäusern durchaus bekannt und durch organisatorische Maßnahmen weitgehend gelöst. Ein anderes, wenig bekanntes, von nicht wenigen muslimischen Patienten aber geachtetes Gebot verlangt den Verzicht auf Arzneien, die nach den islamischen Quellen als verboten (*haram*) geltende Mittel beinhalten. Darunter fallen alle alkoholhaltigen flüssigen Arzneien und aus dem Schwein gewonnene Präparate, Herzklappen oder Arzneibestandteile wie Gelatine bei Kapseln u.ä.²⁰

Der Prophetenausspruch „Lasst euch nicht mit etwas Verbotenem behandeln“ impliziert die Gültigkeit der islamischen Speisevorschriften in einem Krankheitsfall und untersagt gleichzeitig eine Therapie, die den islamischen Vorschriften widerspricht. Aufgrund des folgenden Verses darf jedoch dieser Hadith keinen kategorischen Geltungsanspruch haben. „Verboten hat er euch nur Fleisch von verendeten Tieren, Blut, Schweinefleisch und Fleisch, wobei (beim Schlachten) ein anderes Wesen als Gott angerufen worden ist. Aber wenn einer sich in einer Zwangslage befindet, ohne (von sich aus etwas Verbotenes) zu begehen, trifft ihn keine Schuld. Gott ist barmherzig und bereit zu vergeben.“²¹ (Hervorhebung von mir).

Wie soll ein Muslim diese Aussagen für einen konkreten Krankheitsfall interpretieren und seine Entscheidung treffen? Die Gelehrten haben bei der Frage der medizinischen Behandlung mit islamisch verbotenen Mitteln unterschiedliche Meinungen geäußert. Eine Gruppe von Gelehrten plädiert

19 Vgl. Sure 4/29 und Rosenthal, F (1990) (Hg.), On Suicide in Islam, in: Muslim Intellectual and Social History, Hampshire, 239-259.

20 Ilkilic, I (2006).

21 Sure 2/173 u. vgl. Sure 5/3, Sure 6/145 u. Sure 16/115.

für den Verzicht auf eine Arznei mit verbotenen Substanzen.²² Andere dagegen erklären einen Krankheitsfall zu einer außerordentlichen Situation, in der man Arzneien mit Alkohol oder Substanzen vom Schwein durchaus einnehmen könne.²³

Ähnlich wie in oben behandelten Konfliktfeldern gerät der muslimische Patient in einen inneren Konflikt zwischen zwei Gütern, nämlich einerseits die islamischen Speisevorschriften einzuhalten, die ein Anspruch Gottes sind, und andererseits die Verpflichtung, die von Gott verliehene Gesundheit zu bewahren. Die Lösung dieses muslimischen Gewissenskonfliktes fordert zunächst eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und muslimischem Patienten sowie eine angemessene religiöse und medizinische Aufklärung des Patienten.

Aus diesem speziellen Konfliktfeld resultiert eine ungewöhnliche Herausforderung für die Pharmakonzerne, die bis jetzt ungeachtet geblieben ist: Die Berücksichtigung der religiösen Präferenzen der Nutzer bzw. Patienten bei der Herstellung der Arzneien und Entwicklung der Therapiemethoden. Verständlich dabei ist, dass die pharmakologische Wirkung die höchste Priorität hat. Manche der nach islamischen Speisevorschriften als *haram* (verboten) geltenden Substanzen werden jedoch nicht wegen ihrer besonderen Heilwirkung, sondern aufgrund ihrer leichten Erreichbarkeit, ihrer Aufbewahrungsfunktion oder aus finanziellen Gründen in der Pharmaindustrie benutzt.

5.4 Kommunikation

Der Verständigungsprozess zwischen Arzt und Patient um eines gemeinsamen Zieles willen, nämlich die Heilung der Krankheit oder die Wiederherstellung des früheren Gesundheitszustandes mit Hilfe von Sprache oder anderen Mitteln (verbal oder nonverbal), ist nicht auf einen bloßen Austausch von Informationen zu reduzieren.²⁴ Der Arzt ist bei der Feststellung

22 Vgl. Al-Qaradawi, J (1998) Erlaubtes und Verbotenes im Islam, München, 51.

23 Ilkic, I (2002) Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft, Diss. Münster, S. 82 ff.

24 Vgl. Gottschlich, M (1998) Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin, Wien, 8ff.

des Krankheitsbildes, aber auch beim Verstehen des Wertbildes des Patienten auf eine gelungene Kommunikation angewiesen.²⁵ Eine solche wünschenswerte Kommunikation beinhaltet in einem interkulturellen Kontext mehrere Schwierigkeiten. Die nicht ausreichenden Sprachkenntnisse der Muslime – besonders der ersten Generation – aber auch die im Allgemeinen mangelnden Kenntnisse der medizinischen Profession über die islamische Kultur erschweren einen elementaren Verständigungsprozess. Aufgrund dieser Sprach- und Kulturbarrieren stehen sich beide Parteien oft in *beidseitiger Sprachlosigkeit* gegenüber. Um die Kommunikationslücken aufzuheben, führt der Arzt oft zusätzliche Untersuchungen durch, die zu einer *Überdiagnostik* führen. Aufgrund mangelnder Verständigung kommt es entweder durch den freiwilligen Wunsch des Patienten oder durch ärztliche Überweisungen zu einer relativ hohen Anzahl an Arztwechseln (*doctor-shopping*).²⁶

In der Praxis begegnet man häufig Fällen, bei denen ohne Dolmetscher kaum eine Verständigung möglich ist. Aus organisatorischen und nicht zuletzt finanziellen Gründen ist ein für das Gesundheitswesen ausgebildeter professioneller Dolmetscher kaum erreichbar. Nicht zuletzt deswegen springt jemand vom Krankenhauspersonal oder ein Familienmitglied sowie ein Bekannter für diese Vermittlerposition ein. Auch wenn man in solchen Situationen froh ist, überhaupt jemanden zu finden, ist diese Verständigung durch eine dritte Person mit mehreren ethischen Problemen behaftet.²⁷

Durch Anwesenheit eines Dolmetschers wird zunächst das klassische duale Arzt-Patienten-Verhältnis gestört. Aus medizinethischer Perspektive ist es höchst problematisch, vor allem wenn es sich um eine die Schweigepflicht betreffende Angelegenheit handelt. Der Patient soll in Anwesenheit einer

25 Vgl. Sass, HM (1989) (Hg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart, 16.

26 Vgl. Kroeger, A et al. (1986) *Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien*, in: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, 4 (1986), 37-41, bes. 39f. und vgl. Grottian, G (1991) *Gesundheit und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei*, Diss., Frankfurt a. M., 195.

27 Vgl. Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2010): *Gesundheit und Gerechtigkeit Mainz*: Justizministerium Rheinland-Pfalz, S. 86 ff.; Knipper, M, Bilgin, Y (2009) *Migration und Gesundheit*, Köln, Konrad Adenauer Stiftung, S. 70 ff.; Wegner, W (2008) *Interkulturelle Problematik des Arzt-Patienten-Gesprächs: Die beste Lösung ist die Schulung der eigenen Kommunikationsfähigkeiten*, in: *Kliniker*, 37(1): 34-37.

dritten Person, die nicht direkt in den Behandlungsprozess involviert ist, über seine privaten Probleme sprechen und wenn es erforderlich ist, seine Intimsphäre offenbaren. Einerseits ist der Dolmetscher kein Protagonist im Heilungsprozess, andererseits sind aber Arzt und Patient auf seine Leistung angewiesen. Er ermöglicht eine Kommunikation, gleichzeitig beeinträchtigt jedoch seine Tätigkeit die Authentizität dieses Verständigungsprozesses. In seiner Anwesenheit können die Beschwerden anders ausgedrückt, ja sogar verheimlicht werden oder die Patientenaussagen können durch die Übersetzung verändert und mit eigener Interpretation des Dolmetschers weitergegeben werden.

Die Profession, das Geschlecht und der Bekanntheitsgrad eines Dolmetschers erlangen für den Patienten auch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Es wird für eine in der deutschen Sprache nicht mächtigen Patientin auf der Gynäkologiestation äußerst schwierig sein, in Anwesenheit eines männlichen fremden Dolmetschers über ihre Beschwerden zu sprechen und untersucht zu werden. Wenn der Dolmetscher zur medizinischen Profession (Arzt oder Krankenschwester) gehört, kann die Unparteilichkeit des Dolmetschers sehr leicht gefährdet werden. So können aufgrund der beruflichen Einstellung des Dolmetschers gewisse ärztliche Informationen verändert weitergegeben werden, damit z.B. eine Zustimmung des Patienten zu einer Therapie leichter erreicht wird.

Übernimmt ein Familienmitglied diese Vermittlerrolle, so verändert sich die Problemlage. Während Schamgefühl oder Vertrauensproblematik in den Hintergrund treten, können neue Problembereiche wie z.B. das Autoritätsverhältnis zwischen dem Dolmetscher und Patienten entstehen. Das von der Tradition geprägte Autoritätsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Familienmitglied als Dolmetscher kann auch die Patientenaussagen über Beschwerden und Präferenzen, aber auch seine Selbstbestimmung bezüglich einer medizinischen Intervention beeinflussen. Die Aussagen und Wünsche des Patienten würden dann ihre authentische Form verlieren oder durch die Übersetzung zensiert werden. Nicht jede Anwesenheit eines Familienmitglieds während einer Dolmetschertätigkeit kann und muss als eine potentielle Beeinträchtigung der Selbstbestimmung des Patienten betrachtet werden. Wenn man die kulturspezifische Rollenverteilung mit-

berücksichtigt, kann ein Familienmitglied bei einer Entscheidungsfindung auch eine Unterstützung sein und Beistand leisten.²⁸

In muslimischen Ländern werden die Patienten bei einer schlechten Prognose und Diagnose dem Betroffenen zuliebe oft nicht informiert. Aufgrund dieser kulturbedingten Haltung kann es vorkommen, dass das die Dolmetschertätigkeit ausübende Familienmitglied dem Patienten eine schlechte Diagnose oder Prognose vorenthält. In solchen Fällen sollen normative Implikationen der kulturellen Phänomene in Bezug auf die medizinethischen Begriffe wie das Recht auf Wissen oder Nichtwissen durchdacht, reflektiert und konkretisiert werden.²⁹

6. Fazit

Das ärztliche Handeln findet nicht in einem geschlossenen System statt. Aus diesem Grund erfordert es eine Legitimation aus dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und der innerhalb der Ärzteschaft gültigen Standesregeln, aber auch eine Rechtfertigung gegenüber dem von diesem Handeln betroffenen Patienten. Eine den beiden Erfordernissen gerecht werdende ärztliche Handlung soll sich auf die Lebenswelt des Patienten einlassen und die Wertvorstellungen des Patienten berücksichtigen. Für die Einbeziehung der Wertvorstellungen des Patienten in die medizinischen Entscheidungen ist eine intensive Vermittlung zwischen medizinischem Krankheitskonzept und Krankheitsverständnis des Patienten nötig. Dieser Weg ist mit mehreren Schwierigkeiten behaftet, wenn es sich um eine Interaktion zwischen einem muslimischen Patienten und nicht muslimischem Arzt handelt.

Die Berücksichtigung der religiös kulturellen Wertvorstellungen des muslimischen Patienten erfordert in der medizinischen Praxis oft die Über-

28 Vgl. zur Patientenautonomie und Rolle einer dritten Person im Entscheidungsprozess eines muslimischen Patienten Ilkilic, I (2002) Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft, Diss., Münster, 103-106 u. Ilkilic, I (2001) Patientenautonomie und der muslimische Patient in einer wertpluralen Gesellschaft, in: *Concilium*, 37/4 (2001): 510-521.

29 Ilkilic, I (2008) Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz, in: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(8): 857-64.

windung der sprachlichen und kulturellen Barrieren. Die oft mangelnden Sprachkenntnisse der muslimischen Patienten aber auch die unzureichenden Grundkenntnisse der Ärzte und des Pflegepersonals über Weltbild, Glaubensinhalt und Glaubenspraxis der Muslime erschweren die Überwindung dieser Barrieren. Die Bewältigung der Sprachbarrieren durch „Zufallsdolmetscher“ ist oft kontraproduktiv und ethisch problematisch. Es gibt aus ethischer, juristischer, aber auch ökonomischer Sicht gute Gründe, professionelle Dolmetscherdienste im Gesundheitsdienst zu etablieren.

Bei der Gestaltung der Umgangsformen und Bewältigung der Interessenkonflikte kann das Wissen über Glauben und Glaubenspraxis des Patienten eine elementare Hilfe leisten. Es existiert jedoch innerhalb der muslimischen Bevölkerung – genauso wie in anderen Kulturkreisen – eine große Spannbreite persönlicher Frömmigkeitsformen. Eine pauschale Anwendung der erworbenen Kenntnisse über den Islam oder die Übertragung der früheren individuellen Erfahrungen können sich beim aktuellen Fall als fehlerhaft erweisen. Denn es sind stets die individuellen Wertvorstellungen und Werthaltungen des Patienten, die für seine Entscheidungen maßgeblich sind. Deswegen reicht Kulturwissen allein für die Gestaltung eines ethisch angemessenen Umgangs mit Konflikten nicht aus. Interkulturelle Kompetenz und die darin enthaltenen Fähigkeiten, wie kultursensible Kommunikation, Vermeidung von Stereotypisierung, Selbstreflexion und kritische Toleranz, können bei der Überwindung der kulturellen Barrieren sowie bei der Lösung der kulturell geprägten ethischen Probleme einen wichtigen Beitrag leisten.

7. Literatur

- Al-Qaradawi, J (1998) Erlaubtes und Verbotenes im Islam, München
- Athighetchi, D (2007) Islamic bioethics: problems and perspectives, Dordrecht, Springer
- Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hg.) (2010): Gesundheit und Gerechtigkeit, Mainz: Justizministerium Rheinland-Pfalz
- Brockopp, JE, Eich, T (2008): Muslim medical ethics, Columbia, University of South Caroline Press
- Ebrahim, AM (2005) Biomedical Issues. Islamic Perspective, Kuala Lumpur, A. S. Nordeen, Malaysia
- Ferchl, D (Über. u. Hg.) (1991) Sahih al-Buhārī. Nachrichten (von Taten und Aussprüchen des Propheten Muhammad, Stuttgart, Reclam
- Ghaly, M. (2010): Islam and disability: perspectives in theology and jurisprudence, London, Routledge
- Grottian, G (1991) Gesundheit und Kranksein in der Migration. Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei, Diss., Frankfurt a. M.
- Gottschlich, M (1998) Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin, Wien
- Ilklic, I (2001) Patientenautonomie und der muslimische Patient in einer wertpluralen Gesellschaft, in: Concilium, 37/4 (2001), 510-521
- Ilklic, I (2002) Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft, Diss. Münster – London, LIT
- Ilklic, I (2006) Wann endet das menschliche Leben? Das muslimische Todesverständnis und seine medizinethischen Implikationen, in: Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik, Körtner, UHJ et al. (Hg.), Neukirchen-Vlyun, Neukirchener Verlag, 165-182
- Ilklic, I (2006) Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, 6. Auflage, Bochum, (Medizinethische Materialien; Heft 160)
- Ilklic, I (2008) Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz, in: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 51(8): 857-64
- Ilklic, I, Ertin, H (2010) Ethical aspects of human embryonic stem cell research in the Islamic world: positions and reflections, in: Stem Cell Rev, 6(2): 151-61
- Ilklic, I, Spielberger, H, Weber, M (2010) Palliativmedizin im interkulturellen Kontext, in: Ethik Med, 22(1): 221-229
- Knipper, M, Bilgin, Y (2009) Migration und Gesundheit, Köln, Konrad-Adenauer-Stiftung
- Krawietz, B (2001) Grundlagen und Grenzen einer Hirntodkonzeption im Islam, in: Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung, Schlich, T u. Wiesemann, C (Hg.), Frankfurt a.M., 239–256

- Kroeger, A et al. (1986) Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien, in: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, 4 (1986), 37-41
- Qureshi, B (1994) (Hg.), Muslim Patients and the British GP, in: Transcultural Medicine: dealing with patients from different cultures, London
- Recep, Ö (1969) Tibb an-Nabī, Diss., Marburg
- Rey-Stockler, I (2006) Anfang und Ende des menschlichen Lebens aus der Sicht der Medizin und der drei monotheistischen Religionen Judentum, Christentum, und Islam, Basel, Karger
- Rispler-Chaim, V (1993) Islamic medical ethics in the twentieth century, Leiden, Brill
- Rispler-Chaim, V. (2007): Disability in Islamic law, Berlin, Springer
- Rosenthal, F. (1990) On Suicide in Islam, in: Muslim Intellectual and Social History: a collection of essays, Rosenthal, F. (Hg.), Aldershot, Variorum, 239-259
- Sachedina, A (2009) Islamic biomedical ethics: principles and application, New York, Oxford University Press
- Sass, HM (1989) (Hg.) Medizin und Ethik, Stuttgart, Reclam
- Wegner, W (2008) Interkulturelle Problematik des Arzt-Patienten-Gesprächs: Die beste Lösung ist die Schulung der eigenen Kommunikationsfähigkeiten, in: Klinikarzt, 37(1): 34-37
- Wunn, I (2006) Muslimische Patienten, Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege, Stuttgart, Kohlhammer

Christian Grüny

Fiebernächte – Zur Phänomenologie des Krankseins

(M)an muß endlich einräumen können, daß der Kranke mehr und anderes ist als ein besonderes Terrain, in dem die Krankheit sich festsetzt (...).

*Georges Canguilhem*¹

1. Krankheit und Kranksein

Der Titel meines Vortrags nennt eine Erfahrung, die wohl jeder kennt, und verspricht insofern Nähe zur Alltagserfahrung der Zuhörer. Der Untertitel hat demgegenüber einen eher trockenen, wissenschaftlichen Klang. Und er spricht nicht von Krankheit, wie noch der Titel dieser Tagung, sondern von Kranksein. Was wird hier eigentlich unterschieden? Man kann sich zumindest zwei Varianten vorstellen: Einmal könnten damit zwei verschiedene Dinge angesprochen sein, zum anderen könnte es sich um zwei Perspektiven auf dieselbe Sache handeln. Was also ist gemeint? Oder besser: Was *sollte* hier unterschieden werden?

Um uns dieser Frage zu nähern, bietet es sich an, uns an die Worte selbst zu halten. Die Differenz ist hier recht offensichtlich: Während wir es auf der einen Seite vielleicht nicht gerade mit einer Sache, aber doch mit einer Entität zu tun haben, geht es auf der anderen um einen Zustand. Der Unterschied lässt sich sehr schnell klarmachen, wenn wir Sätze aus den beiden Begriffen bilden: Ich *habe* eine Krankheit, ich *bin* krank. Es ist in unserer Zeit relativ naheliegend, daraus eine kulturkritische Pointe zu machen, die etwa so klingt: Die unmittelbare Erfahrung ist die der Veränderung des eigenen Gesamtzustands, emphatisch und vielleicht etwas pathetisch gesprochen des eigenen Seins. Kranksein ist insofern eine Weise oder ein Modus des Seins und nicht ein Etwas. Die wissenschaftliche bzw. ärztliche Perspektive auf diese Seinsweise ist demgegenüber darauf fixiert, den Modus zu einer

1 Georges Canguilhem, Macht und Grenzen der Rationalität in der Medizin, in: ders., Grenzen medizinischer Rationalität. Historisch-epistemologische Studien, Tübingen 1989, S. 41-68, hier 61.

Sache zu verdinglichen, die sie handhaben kann. Aus dem Kranksein wird die Krankheit, eine neue Entität, die den Körper zu bewohnen scheint und gegen die man nun vorgeht. Dabei wird auch der Körper verdinglicht und zu einem materiell Vorliegenden gemacht, mit dem man umspringen kann, ohne sich noch um die Person des Kranken bekümmern zu müssen. Das, was bei dieser Verdinglichung und Reduktion übrig bleibt, der Überschuss der Person über das Vorliegende, wird ihre Psyche oder, etwas altmodischer, ihre Seele genannt und kann schließlich virtuell genauso behandelt werden wie der Körper: Auch sie kann von Krankheiten befallen werden, für die dann eine eigene Sparte der Medizin zuständig ist. Für diejenigen Krankheiten, die auf eigenartige Weise beide Entitäten betreffen, gibt es auch eine eigene Disziplin, deren Name die beiden miteinander verkoppelt: Psychosomatik.

An dieser kulturkritischen Geschichte ist sicher einiges Wahre, und sie ist in den vergangenen hundert Jahren immer wieder auf die eine oder andere Weise erzählt worden. Ich möchte hier nicht an sie anschließen. Man kann sicher an manchen Punkten Einwände gegen sie formulieren, aber auch um diese soll es mir nicht primär gehen. Ich möchte im Folgenden ausschließlich oder doch zumindest in erster Linie an die Erfahrung des Krankseins anschließen, an die selbst die Frage nach Zuständigkeit und Dinglichkeit gestellt werden muss – weder hier noch in der medizinischen Theorie und Praxis lassen sich die Dinge so klar sortieren. Dennoch wird die je eigene Erfahrung des Krankseins tatsächlich den Fokus bilden, von dem aus auch die Vorstellung der eigenen Krankheit als Sache, von der man befallen ist, gedacht werden muss. Die Rede im Singular ist dabei natürlich selbst dann einigermaßen problematisch, wenn man von einem eindeutigen Missbefinden ausgeht, das von einer selbst erstrebten Normalität abweicht und für das man Hilfe zu suchen geneigt ist: Ob man einen grippalen Infekt hat, ein Magengeschwür, Bauchspeicheldrüsenkrebs oder eine Trigeminusneuralgie, macht einen Unterschied ums Ganze. Wenn ich hier die Fiebernacht als Ausgangspunkt nehme, so ist diese zwar eine ebenso spezifische Form des Krankseins wie andere auch, scheint mir aber auf ihre Art exemplarisch zu sein. Die Fiebernacht ist das Kranksein als vorerst reiner Zustand, diesseits der Frage nach dem Was der

Krankheit, und ist auch in letztlich harmlosen Fällen denkbar weit von der gesunden, wachen Normalität entfernt. Um sie angemessen zu fassen zu bekommen, möchte ich daher von einer bestimmten Konzeptualisierung dieser Normalität ausgehen, um mich anschließend jener exemplarischen Form des Krankseins zuzuwenden. Danach werde ich einen kurzen Blick auf einige ganz andere Erfahrungen werfen, in denen das Verhältnis von Seinsweise und Entität ein anderes ist.

2. Verschwindende Modi der Ferne

Es ist natürlich nicht so, als gäbe es die eine alternativlose Beschreibung der Normalität unseres Welt- und Selbstverhältnisses – mit der Wahl einer Beschreibungswiese und ihres theoretischen Hintergrundes sind bereits die Weichen gestellt dafür, wie von hier aus Kranksein gefasst werden kann. Aus verschiedenen Gründen werde ich hier von einer phänomenologischen Perspektive ausgehen, und zwar in erster Linie von Maurice Merleau-Pontys Phänomenologie der Leiblichkeit. Abgesehen davon, dass sie für mich das immer noch produktivste und angemessenste Modell der Erfahrung bietet, lässt sich von ihr auch ein erhellender Blick auf die Erfahrung des Krankseins werfen, um die es hier gehen soll. Dabei werde ich an verschiedenen Stellen auf andere Philosophen zurückgreifen, die verwandte, aber doch nicht identische Beschreibungen anbieten. Eine Aufarbeitung des Krankseins selbst findet sich bei Merleau-Ponty nicht; sie muss im Ausgang von ihm und bisweilen auch in kritischer Distanz zu ihm formuliert werden.

Der entscheidende Punkt in Merleau-Pontys Philosophie ist in der Tat der der Leiblichkeit. Dieser Begriff ist in verschiedener Hinsicht erklärungsbedürftig, und diese Erklärung führt direkt zum Kern seines Denkens. Es fällt auf, dass von Leib und nicht von Körper die Rede ist – auch wenn das Französische diese Unterscheidung sprachlich nicht anbietet. Merleau-Ponty greift hier auf die Differenz der Begriffe zurück, die sich im Deutschen findet und die Edmund Husserl terminologisch gefasst hat. Wenn er selbst vom Leib im Unterschied zum Körper schreiben will, muss es mittels eines Zusatzes geschehen: *corps propre*, *corps vivant* oder *corps fonctionnel*. All diese Attribute sind erhellend: Während mit Körper das von außen betrachtete,

sich einem neutralen, interessierten oder auch sezierenden Blick zeigende Etwas ist, das sich letztlich nicht von irgendeinem anderen Ding in der Welt unterscheidet, ist Leib zuerst einmal der Eigenleib, wie er sich in der eigenen Erfahrung zeigt, der lebendige Körper. Aber Leiblichkeit ist nicht auf das je Eigene beschränkt, sondern schließt immer auch die Anderen ein: Ich sehe sie eben nicht als Maschinen mit Hüten und Kleidern, wie Descartes es in seinen *Meditationen* als mögliche oder vielleicht sogar naheliegende Betrachtungsweise vorschlägt,² sondern als lebendige Menschen. Ich unterscheide überhaupt nicht zwischen Person und Leib, als sähe ich einen bewegten und vielleicht auch lebendigen Körper, dem auf okkulte Weise eine Person innewohnt, sondern ich sehe den anderen als leibliches Wesen.

Der Leib ist aber nicht nur durch seine Lebendigkeit gekennzeichnet, sondern auch wesentlich durch seine Beziehung zur Welt. Weder ich noch die Anderen sind zuerst einmal körperliche Wesen, die dann auch noch die Welt wahrnehmen und mit ihr interagieren, sondern wir sind derart von dieser Interaktion geprägt, dass man fast sagen muss: Wir *sind* diese Interaktion. In diesem Sinne formuliert Merleau-Ponty an einer Stelle radikal: „Ich bin ein Feld, ich bin eine Erfahrung.“³ Von hierher ist die Bestimmung des Leibes als funktional zu verstehen: In der tatsächlich fungierenden Erfahrung ist er keine substantielle Entität, sondern eher eine Funktion der Erfahrung. Natürlich ist er auf bestimmte Weise organisiert, hat Augen, Ohren, Hände und Füße, aber all diese Organe treten normalerweise gerade nicht als vorliegende auf, sondern als Vermögen zu sehen, zu hören, zu greifen und zu gehen. Diese Vermögen sind nicht voneinander isoliert, sondern selbst in einem funktional organisierten Zusammenhang, indem ich als leibliches Wesen in all diesen Modi zugleich mit der Welt umgehe, und sich auch Wahrnehmung und Bewegung nicht voneinander trennen lassen: Weder gibt es eine Wahrnehmung ohne Bewegung noch eine Bewegung ohne Wahrnehmung.

Die funktionale Bestimmung des Leibes impliziert allerdings auch, dass er in der Regel bis zum Verschwinden in den Hintergrund tritt. Das Auge kann ich nicht nur nicht sehen, sondern ich nehme es beim Sehen auch nicht als

2 Vgl. René Descartes, *Meditationen über die erste Philosophie mit den sämtlichen Einwänden und Erwiderungen*, Hamburg 1994, S. 25.

3 Maurice Merleau-Ponty, *Phänomenologie der Wahrnehmung*, Berlin 1966, S. 462f.

solches wahr; selbst die Hände, die fast immer in meinem Blickfeld sind, tauchen in der Erfahrung in erster Linie als Möglichkeit bzw. Aktivität des Greifens, Schreibens etc. auf. Für die schreibende Hand gilt das gleiche, was Heidegger vom Werkzeug sagt, das er „zuhanden“ (im Gegensatz zu vorhanden) nennt: Der Stift ist als Schreibwerkzeug nichts, das ich im Schreiben als solches, als bloßes Ding wahrnehme, sondern es ist eben das, mit dem ich schreibe.⁴ In vielen Fällen könnte ich hinterher nicht einmal sagen, wie er aussieht. Ebenso ist die Hand solange das Schreibvermögen, bis eine Störung eintritt, bis sie etwa zu schmerzen beginnt, weil ich einen langen Brief schreibe, was ich seit Ewigkeiten nicht getan habe. Überdies war auch noch der Füller eingetrocknet, weil er so lange unbenutzt auf dem Schreibtisch gelegen hat, und musste ebenfalls als Ding behandelt werden, eher er wieder verschwindendes Schreibwerkzeug werden kann.

Natürlich ist diese eher objektivierende Auffassung der Dinge möglich, aber auch so werden sie kaum außerhalb eines jeglichen pragmatischen Zusammenhangs wahrgenommen werden – also sozusagen auf *keine* Weise, in einer Art desinteressierter reiner Zuwendung. Umso mehr gilt dies für den Leib: So sehe ich etwa meine Hand nicht auf die gleiche Weise wie den beliebigen Gegenstand, der neben ihr auf dem Tisch liegt. Ich kann in diese Richtung gehen, etwa wenn ich mir die Fingernägel schneide, aber eine wirklich neutrale Wahrnehmung wäre eine einigermaßen pathologische Entfremdung, wie sie sich etwa in Krankheitsphänomenen wie dem Neglect zeigt. Bezeichnend ist hier, dass einer alten Studie zufolge neun von zehn Personen ein Bild ihrer eigenen Hände nicht aus einer Reihe von vergleichbaren Bildern herausfinden können.⁵

Nach all dem sollte man weniger von „dem Leib“ sprechen, weil dies immer noch eine verdinglichende Auffassung suggeriert, sondern von *Leiblichkeit* als unserer Weise des Existierens und uns auf die Welt Beziehens. Merleau-Ponty nennt diese Weise treffend „Zur-Welt-sein“. Auch eine körperliche Beeinträchtigung müsste von diesem „Zur-Welt-sein“ begriffen werden: Die Welt des Gehörlosen ist nicht identisch mit der des normal Hörenden

4 Vgl. Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, Tübingen 151979, S. 68ff.

5 Vgl. Werner Wolf, *Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung im wissentlichen und unwissentlichen Versuch*, in: *Psychologische Forschung* 16, 1 (1932), S. 251-328.

abzüglich eines Sinnes, sondern vollkommen anders organisiert, so wie wir es bei Gehirnverletzungen in der Regel nicht mit punktuellen Ausfällen, sondern mit spezifischen kompensierenden Reorganisationen zu tun haben. Das anschaulichste Beispiel ist vielleicht das der Spinne, die ein Bein verliert: Statt von nun an eine Lücke im Bewegungsablauf zu haben, organisiert sie diesen insgesamt um.

Mit dieser Leiblichkeit verbindet sich eine sehr spezifische Weise der Erfahrung der Welt, die eine objektivierende Beschreibung ebenfalls verfehlt: Die Dinge sind nicht in vollkommener Durchsichtigkeit vor uns ausgebreitet, mit klar identifizierbaren Grenzen, Größen, Verhältnissen und Entfernungen. Zentrale Begriffe Merleau-Pontys, die auch für unseren Zusammenhang von Bedeutung sind, sind die der Tiefe, des Niveaus und der Verankerung. Aus etwas anders akzentuierten Kontexten möchte ich noch den der Ferne dazu nehmen.

Dass der Raum Tiefe hat, ist eine der grundlegenden Erfahrungen von Räumlichkeit überhaupt. Sie wird aber verzeichnet, wenn man sie lediglich als verschobene Breite versteht. Die Dinge erstrecken sich in den Raum hinein, ragen mir entgegen, verschwinden in der relativen Ferne und verdecken sich gegenseitig, und man darf den Blick, für den sich dies so darstellt, nicht durch einen Blick von oben supplementieren. Für eine solche Überschau ginge die eigene Dichte der Tiefe verloren und sie sähe alles vor sich ausgebreitet; sie sähe die Dinge vollkommen anders als der Blick von der Erde in den Raum.

Auch wenn Merleau-Ponty die Verbindung des leiblich Wahrnehmenden mit dieser räumlichen Tiefe betont, in die er selbst eingelassen ist, ist doch ein weiteres wesentliches Merkmal der gesehenen Welt die Ferne, die man allerdings selbst von diesem Wahrnehmenden her verstehen muss. So schreibt Günter Figal in Anlehnung an Heidegger:

„Von der Ferne her läßt sich das Verhältnis von Darstellung und Gegenstand, aber auch das von Wahrnehmung und Wahrgenommenem als solches denken. Aber das geschieht nicht wie von einem neutralen Standpunkt aus, von dem sich beiden in den Blick nehmen und im

Raum lokalisieren lassen. Als Grundzug von Entferntheit, Abstand und Entfernung ist die Ferne ja selbst der Raum.“⁶

Ferne hieße demnach nicht, dass die Dinge wesentlich oder primär in großer Distanz zu mir sind, sondern würde meine Entfernung von ihnen betonen und die Tiefe miteinbeziehen. Erst wenn ich mich auch von ihnen distanzieren kann, kann ich die Dinge wahrnehmen und mit ihnen umgehen. Diese Ferne ist primär von der visuellen Erfahrung gedacht, die hier aber tatsächlich allen anderen sinnlichen Modi ihre Prägung verleiht. Selbst das Tasten, das auf unmittelbare Berührung angewiesen ist, ist ein Ab-tasten mit ausgestrecktem Arm, das das Ertastete sowohl räumlich vom Torso als auch inhaltlich als äußerlich Erforschtes aus Distanz hält (das das natürlich nicht die ganze Wahrheit ist, werden wir noch sehen). Das Gehörte ist hier von einer eigentümlichen Ambivalenz: Auf der einen Seite ist es selbst räumlich lokalisierbar und insofern ebenfalls in der Ferne, auf der anderen dringt es in uns ein, ohne dass wir uns dagegen wehren könnten. Die gelungene Lokalisierung des Gehörten in der visuell geprägten Ferne, etwa als „das Auto da hinten, dessen Motor plötzlich aufgeheult hat“, hat insofern immer auch etwas vom Bannen eines potentiell Bedrohlichen. Die Dinge dringen eben nicht auf mich ein, sondern halten sich in einer gewissen Ordnung in der Distanz. Ich kann sie unterscheiden, mich zwischen ihnen bewegen, mit ihnen umgehen, mich von ihnen abwenden; überhaupt kann das „Ich kann“ mit Husserl als Inbegriff der Leiblichkeit begriffen werden.

Das Raumniveau kann zuerst einmal naheliegenderweise mit der Unterscheidung von oben und unten zusammengebracht werden, an der die Welt und mein Leib gleichermaßen Anteil haben: Unten ist dort, wo die Schwerkraft mich hinzieht, auf der Erde, oben dort, wo der Himmel sich öffnet; das erschließt sich einem leiblichen Wesen, das nicht nur liegen kann, sondern mit den Füßen unten steht und sich in die Höhe erhebt. Merleau-Ponty macht allerdings deutlich, dass wir es nicht mit einem Automatismus zu tun haben, der sich in jedem Fall von selbst ergibt. Experimente mit geneigten Zimmern und Prismenbrillen zeigen vielmehr,

6 Günter Figal, Gegenständlichkeit. Das Hermeneutische und die Philosophie, Tübingen 2006, S. 165.

dass sich jeweils ein spezifisches Raumniveau etabliert. Es hat etwas damit zu tun, was ich in diesem Raum tue, wie ich mich in ihm bewege und woraufhin ich orientiert bin. Das Raumniveau liegt nicht in meinem Belieben, als könnte ich es willentlich umstrukturieren, es ist aber auch nicht von mir unabhängig. Es hat seinen Ort in der konkreten Interaktion eines leiblichen Wesens mit der Welt und verleiht ihr Stabilität.

Der Begriff der Verankerung ist dem eng verwandt, und auch er beschreibt keinen statischen Automatismus. Die beste Illustration ist hier die Situation des Zugreisenden, der sich momentan unsicher ist, ob der Zug oder der Bahnhof sich bewegt. Bis zu einem gewissen Grade kann man zwischen diesen Perspektiven bewusst hin- und herwechseln. Dieser Wechsel ist allerdings keine intellektuelle Operation, sondern eine wechselnde Verankerung in Bezug auf das Gesehene: Einmal verankere ich mich bzw. erfahre mich verankert im Zug, der für mich Boden und Referenzpunkt bildet; einmal verankere ich mich mit meinem Blick draußen und erfahre mich selbst als bewegt bezogen auf das draußen Gesehene.

Letztlich ist die Fähigkeit, auf einem kleinen Fernseher einen Film zu sehen, nichts anderes: Während ich am Anfang das im Verhältnis zu mir viel zu kleine Bild sehe, das an einem bestimmten Ort innerhalb der von mir wahrgenommenen Welt auftaucht, verschwindet dieses Bild nach einiger Zeit, indem ich mich im Gesehenen verankere und so reale Menschen sehen kann, die sich in einem realen Raum bewegen und zu denen ich mich in ein Verhältnis setzen kann. Das Zimmer, in dem ich wirklich sitze, verschwindet, und mit ihm der drastische Unterschied zwischen ihm und dem bewegten Bild. Wenn ich nach einem Glas greife und dann wieder auf den Bildschirm sehe, wechsele ich zwischen beiden hin und her. Sowohl auf die Verankerung als auch auf das Raumniveau ist es zu beziehen, wenn Merleau-Ponty schreibt: „Mein Leib ist *da*, wo er etwas zu tun hat.“⁷ Das System Ich-Welt ist nicht einfach gegeben, sondern findet in der Interaktion statt.

Leiblichkeit als Modus, mich mit der Welt auseinanderzusetzen, die wahrgenommene Welt als Ferne und Ordnung, der durch Raumniveau und Verankerung Orientierung gegeben wird: Das sind die Bestimmungen, die wir

7 Merleau-Ponty, Phänomenologie der Wahrnehmung, a.a.O., S. 291.

für den Versuch einer phänomenologischen Beschreibung der Fiebernacht brauchen.

3. Fiebernacht

Nicht jede Nacht ist eine Fiebernacht, und nicht immer, wenn ich Fieber habe, ist es Nacht. Ich möchte daher jeweils eine kurze Beschreibung dessen versuchen, wie es ist, Fieber zu haben, und wie das leibliche Zur-Weltsein sich in der Nacht verändert, um schließlich die Fiebernacht als Potenzierung beider Erfahrungen in den Blick zu nehmen.

Ich bekomme also Fieber. Vielleicht merke ich es zuerst daran, dass sich die Bewegungen verlangsamen und sozusagen zäher werden. Der Rücken beginnt auf diffuse Weise zu schmerzen, ohne dass dieser Schmerz etwas mit den Muskeln und Knochen als identifizierbaren Körperteilen zu tun hätte; eher ist es so, als ob das Bewegungsvermögen selbst weh täte; hier ist Sartres Beschreibung des Schmerzes als Modus des Leibes treffend, als Weise, wie ich ihn ins Werk setze.⁸ Das Gleiche gilt für die Knie und den Nacken. Im Kopf verbreitet sich ein dumpfer Druck, der Denken und Wahrnehmung in Mitleidenschaft zieht und ebenfalls verlangsamt. Ich könnte nicht festmachen, dass ich schlechter sehe, aber das Sehen steht mir nicht mehr auf die gleiche Weise zur Verfügung. Das Gehörte dringt stärker auf mich ein und erscheint als potentiell Verletzendes. Die Berührung durch die Kleidung wird plötzlich wahrnehmbar, als ob meine ganze Körperoberfläche aufgeraut wäre.

Wenn ich die Hand an die Stirn halte und mich so diagnostisch auf mich selbst zurückwende, fühle ich eine ungewohnte Hitze. Sie deutet darauf hin, dass in mir irgendetwas vorgeht, das ich nicht steuern kann und von dem ich nicht wirklich etwas weiß. Ich kann es auch nicht lokalisieren, es ist nicht an einem bestimmten Ort, sondern überall, meine Leiblichkeit als solche in ihrer Beziehung zur Welt ist in allen ihren Dimensionen beeinträchtigt. Das „Ich kann“ transformiert sich, ohne dass es irgend etwas gäbe, das ich klarerweise nicht mehr könnte – wie es etwa der Fall wäre, wenn ich mir den Fuß verstaucht hätte. Ich kann mich nicht gut konzentrie-

8 Vgl. Sartre, Das Sein und das Nichts, a.a.O., S. 587.

ren, meine Interaktion mit anderen wird zum Problem, das ich möglichst vermeiden möchte, das Sitzen schmerzt, das Gehen erst recht. Ich verstehe die Probleme, mit denen ich konfrontiert werde, nur noch bedingt, und habe keine Lösungen anzubieten. Ich habe nichts, ich bin einfach verändert, zwar undramatisch, aber auf alles durchdringende Weise. Ich kann einfach nicht mehr. Ich möchte mich zurückziehen, hinlegen und in Ruhe gelassen werden.

Insofern es sich nicht um eine fiebrige Halsentzündung, eine Sinusitis oder ähnliches handelt, wo es eine klar betroffene Körperstelle gibt, ist das Fieber so die reine Erfahrung des Krankseins, die sich nicht zu einer Sache verfestigen lässt und auch keinen Ort hat. Umso erstaunlicher, dass es legale und rezeptfreie Wunderwaffen dagegen gibt, die sofortige Hilfe versprechen. Nach Einnahme von einer oder zwei Paracetamol stellt sich allmählich wieder Normalität her, auch das nun einsetzende Schwitzen geht vorüber. Die Funktionsstörung ist behoben, alles ist wieder gut. Nur wenn ich mich aus irgendwelchen – womöglich ideologischen? – Gründen weigern sollte, auf eine solche Medikation zurückzugreifen, oder die Sache, was auch nicht ganz unwahrscheinlich ist, nach Abklingen der Wirkung mit vergrößerter Macht zurückkommt, muss ich vielleicht doch nach Hause gehen und mich ins Bett legen. Und schließlich wird es Nacht.

Die bisher beschriebene gesunde wie fiebrige Wahrnehmung ist nicht nur wesentlich vom Visuellen dominiert, sondern findet auch am Tag statt. In der Nacht verändert sich die Situation, die hier erst einmal vom einigermaßen Gesunden her beschrieben werden soll. Man darf dies nach dem bisher Ausgeführten nicht so verstehen, als würde mit dem Untergehen der Sonne Klarheit gegen Undurchsichtigkeit eingetauscht; an einer Stelle bei Merleau-Ponty heißt es gar: „Über die ganze Wahrnehmungswelt breitet sich Dunkelheit aus.“⁹ Diese Dunkelheit ist aber eine der Helligkeit selbst einwohnende Dunkelheit: Das Wahrgenommene ist in großen Teilen unklar, diffus, nur peripher und verschattet gegeben etc., und wir dürfen dies nicht so verstehen, als sei es *an sich* in allen Aspekten klar und deutlich ausgebreitet *da* und nur für mich im Moment undeutlich und undurchschau-

9 A.a.O., S. 235.

bar – die Undeutlichkeit und Opazität gehören zur Welt. Die Dunkelheit der Nacht aber bedroht noch die relative Klarheit und Ordnung der Ferne.

Die sprichwörtliche Angst im Dunkeln ist nicht primär die Furcht vor plötzlich auftauchenden Fremden, die mir Übles wollen, und vor den Gespenstern, die unsere Kindertage begleitet haben, fürchten wir uns doch alle nicht mehr. Die Dunkelheit selbst ist bedrohlich. Zuerst verschwinden die Farben, die am Sinn der Welt einen entscheidenden Anteil haben und auch zur Orientierung beitragen. Mit ihnen nimmt die Differenziertheit der Dinge gegeneinander ab. Die Undeutlichkeit des Gesehenen nimmt rapide zu, bis ich schließlich (fast) gar nichts mehr sehe. Wenn sich meine Augen an die Dunkelheit gewöhnt haben, die in unserer Welt ja ohnehin nie total ist, sehe ich zwar klarer, aber niemals klar. Die Reichweite meines Blicks nimmt ab, immer öfter kann ich etwas dort hinten nicht mehr erkennen und bin mit der Frage konfrontiert, ob es wirklich etwas Harmloses ist; Bewegungen bleiben deutlich, ohne dass ich aber immer sofort wüsste, was sich da bewegt. Das Gehörte verweigert sich der klaren Lokalisierung und verliert seinen Anhalt im Gesehenen und seine Zuordnung, und im gleichen Zuge tritt sein eindringender Charakter deutlicher hervor. Selbst die Dinge der näheren Umgebung, die sich doch immer in der Verfügbarkeit hielten, ziehen sich in schweigende Distanz zurück und werden fremd. Unter dem Bett, wo am Tag nur ein weiterer Raum war, herrscht jetzt undurchdringliche Dunkelheit, in der sich Unbekanntes verbergen könnte.

Aber es ist alles halb so schlimm. Die Umgebungen, in denen wir uns die meiste Zeit bewegen, sind gut beleuchtet, und wenn nicht, haben wir eine Lampe dabei. Fahrrad- und Autobeleuchtung helfen uns bei der Orientierung und halten die Ungewissheit in Schach. Die Orte, an denen wir uns aufhalten, sind hell erleuchtet oder gemütlich beleuchtet. Und wenn wir schließlich ins Bett gehen, so geschieht dies in der Regel in vertrauter Umgebung. Selbst wenn ich in der Nacht aufstehe, etwa um ein Glas Wasser zu trinken, bewege ich mich sicher durch meine (nie ganz) dunkle Wohnung – ich tappe sozusagen auch jetzt nicht im Dunkeln, denn mir reichen wenige Orientierungspunkte, um mich zurechtzufinden. Die Fremdheit der Dinge kann ich ignorieren, weil sie mich nichts angeht.

Überdies ist das Verblassen der Differenzen, das Nachlassen der Ansprüche nicht nur eine Bedrohung, sondern ebenso sehr eine Erleichterung. Meine Augen sind „wund gewacht“¹⁰, wie es bei Büchner heißt, und nun kann ich sie schließen und mich von der Welt zurückziehen. Wenn ich mich schlafenlege, liege ich in einem warmen Bett, auf einer Matratze und unter einer Decke, die beide keine Dinge für sich sind, sondern eine Hülle, der ich mich überlassen kann, um im Schlaf die bewusste Wahrnehmung ganz einzustellen und die Kontrolle über mich vollständig aufzugeben. Ich gebe mein Können sozusagen ab, um es hinterher zuverlässig zurückzuerlangen. Man braucht Vertrauen, um einschlafen zu können, und man muss sich nur einmal vorstellen, wir wären in einer dubiosen oder feindseligen Situation in der Fremde, in der Wildnis, im Krieg oder in der Obdachlosigkeit – oder auch auf einer Intensivstation, die hier durchaus ambivalent erscheint –, um zu sehen, wieviel diese Sicherheit bedeutet.

Nun liege ich zwar in meinem eigenen Bett in der vertrauten Wohnung, aber ich habe Fieber. Die Veränderungen des Tages sind nicht besser geworden, aber objektiv betrachtet auch nicht wirklich schlimmer – aber wie soll ich sie objektiv betrachten? Es wird langsam dunkel, und ich bin müde genug, um mich im Bett einzurichten und mich auf den Schlaf zu freuen. Den Versuch, noch etwas zu lesen, breche ich schnell ab, also lege ich mich möglichst bequem hin und versuche einzuschlafen. Es gelingt mir auch. Aber der Schlaf hat sich drastisch verändert.

Wir wissen, dass die Körperwahrnehmung während des Schlafs Einfluss auf die Träume hat; wenn ich aber nicht gerade träume, dass ich auf die Toilette muss, setzt sie sich allerdings nur sehr vermittelt darin um. Im normalen, gesunden Schlaf bin ich mir der Lage meiner Gliedmaßen nicht bewusst. Ich richte mich schon beim Einschlafen so ein, dass sich der ganze Körper möglichst widerstandslos ins Liegen fügt, so dass nur ein diffuses und hoffentlich wohliges Gesamtgefühl zurückbleibt, das sich in seine vollständige Aufhebung fügt. Das Körperschema, wie Paul Schilder es beschrieben hat,¹¹ ist bezogen auf den Leib als Vermögen der Welt,

10 Georg Büchner, Lenz, in: ders., Werke und Briefe, Frankfurt a. M. 131979, S. 85-111, hier 105.

11 Vgl. Paul Schilder, Image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche, London 1935.

und es bestimmt die Körperwahrnehmung; in vollkommen entspannter Ruhe verblasst es sozusagen. Jetzt aber bleibt der schmerzende Körper ständig präsent, ja er wird immer präsenter, je weniger er sich auf die Welt hin orientiert. Der Schlaf ist im wörtlichen Sinne fieberhaft, weil nicht einmal die Entspannung des Liegens den Rücken und die Gliedmaßen zum Verschwinden bringt, aber ihre Integration durch das Körperschema entfällt. Der Leib wird zum ungelösten und unlösbaren Problem, das bei jeder Bewegung wachgerufen wird und mich in den Schlaf begleitet. Lage und Zusammenhang der Glieder sind schwierig, sie fügen sich nicht, und es gibt nur auf unterschiedliche Weise falsche Lösungen, mit diesem Problem umzugehen.

Die mühselige Auseinandersetzung mit dem eigenen liegenden Körper findet nicht wirklich im Traum statt, und die Zustände von Schlafen und Wachen sind hier weniger durch eine klare Grenze getrennt als dass man ständig zwischen ihnen hin- und herdriftet. Das wiederholte Aufwachen aus einem Schlaf, den der Körper nie wirklich loslässt, bringt auch die besondere Zeitlichkeit dieser Fiebernacht zum Vorschein: Sie dauert immer noch an. Jedes Aufwachen bestätigt dieses endlose Dauern, das durch keine Ereignisse in der Welt punktiert und gegliedert wird, an die man sich halten könnte. Der gesunde Schlaf ist ein Abschied von der Welt, eine Erholung von ihr und ein inneres Abarbeiten an ihren Resten. Das Aufwachen mitten in der Nacht ist dann eine ärgerliche, anstrengende, beängstigende oder wie auch immer bewertete Episode, aber es ist ein wirkliches Aufwachen an einem identifizierbaren Zeitpunkt, der vermutlich durch einen Blick auf die Uhr festgestellt werden wird. Auch der Kranke kann auf die Uhr blicken, aber sie ratifiziert nur das quälende nicht Enden der Nacht.

Mit der Lage des Körpers verschwimmt im gesunden Schlaf auch die Grenze der Haut, und die reale Berührung durch Schlafanzug, Decke, Kissen und Laken wird nicht mehr als solche erfahren, sondern eher als Umfangensein. In der Fiebernacht hat die Decke plötzlich Gewicht, und die Stoffe haben eine Struktur, die an der wunden Körperoberfläche reibt. Die mit den Fingern getastete Rauigkeit der Decke setzt sich um in bedrohliche Formen und Strukturen, die plastischer sind als alles Gesehene und den Kranken in der Dunkelheit heimsuchen.

Die Ferne als unterscheidender Bezug und Möglichkeit der Erforschung bricht bei dieser Berührung weitgehend zusammen, aber sie entspricht auch nicht dem, was etwas Emmanuel Levinas mit jener Nähe meint, die „nicht reduzierbar auf die Erfahrung der Nähe“¹² ist – der Nähe des Anderen, die nicht Erkenntnis seiner ist, sondern Zärtlichkeit oder schutzloses Ausgesetztsein, oder besser: beides in einem. Die nächtliche Berührung durch die rauhen Stoffe ist demgegenüber nichts als der Kollaps der Distanz. Dabei ist es ja nicht so, als würden die Sinne des Gesichts und des Gehörs aufhören zu arbeiten. Für die Nacht hatte ich gesagt, dass die Dinge sich in die Unklarheit zurückziehen und aus der verbindenden Ferne die schweigende Distanz noch der nahen Gegenstände wird. All dies potenziert sich im Fieber noch. Dem sich im Bett wälzenden und mit sich selbst beschäftigten Leib gelingt es nicht, ein Raumniveau zu etablieren, das Orientierung und damit Halt verspricht. Wenn ich mich weder der Schwerkraft überlassen noch mich aufrichten kann, um mich aktiv der Welt zuzuwenden, gerät die gesehene Welt ins Schwanken; die asymmetrischen, latent bedrohlichen Raumkonstruktionen früher expressionistischer Filme scheinen mir dem nahezukommen.

Ähnliches gilt für die Verankerung, die weitgehend scheitert. Sie ist angewiesen auf einen Leib, der über seine Beweglichkeit verfügt oder zumindest klar orientiert ist und der blicken kann. Der Blick des Reisenden aus dem Fenster ist eine sich und das Gesehene verortende, in seinem Rahmen souveräne Operation. In der Nacht gelingt mir kein solcher Blick, weil weder die Dinge genügend Anhalt bieten noch ich selbst klar situiert bin. Von einem Leib, der selbst zum Problem geworden ist, kann keine Welt erschlossen werden. Ohne eine solche Verankerung bricht auch die Distanz zu jenen Dingen zusammen, die mich nicht berühren – den Lichtmustern an der Wand, die von draußen hereingeworfen werden, den Vorhängen, den Regalen und Schränken. Die Geräusche, die sich von ihren weltlichen Ursachen abgekoppelt haben, entwickeln ein Eigenleben und dringen wie ein neuer Typ von Dingen auf mich ein, und der selbstverständliche Sinn, den alles in der Welt mit sich führt oder der es ausmacht, geht verloren.

12 Emmanuel Levinas, *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, Freiburg, München 1983, S. 278.

Die Dinge werden zu Rätseln, die ihre Bedeutung nicht preisgeben, ohne die Suggestion der Bedeutsamkeit abzulegen; sie wollen etwas von mir, ohne zu verraten, was das ist. Ohne den Blick, der sie in die Ferne bannt, ist diese Annäherung von einer diffusen Bedrohlichkeit, der ich nichts entgegenzusetzen habe. Die Welt ist bevölkert mit Gespenstern – und die Frage, ob ich an sie glaube, wird belanglos. Die Welt des hellen Tages ist von hier aus gesehen unendlich weit weg und unvorstellbar geworden. Mein Wissen, dass es irgendwann wieder Tag werden wird, hält sich am äußersten Horizont und gibt mir die Hoffnung, dass all dies irgendwann vorbeigehen wird. Aber selbst wenn ich mir recht sicher bin, dass ich nur harmlos erkrankt bin, werde ich bisweilen zweifeln, ob das Fieber nicht ein Vorbote des Todes ist.

Es ist keine Überraschung, dass Fieberkranke in der Nacht die vollkommene Dunkelheit nur schwer ertragen können. Für kranke Kinder macht man ein Licht an, man sieht immer wieder nach ihnen, berührt sie und gibt ihnen auf diese Weise Halt. Man könnte insgesamt vermuten, dass meine bisherigen Beschreibungen die eines fiebernden Kindes waren, das von unserer erwachsenen Erfahrung und ihrer Souveränität weit entfernt ist. Das scheint mir aber nicht zuzutreffen: Das Kranksein durchbricht genau jene Souveränität und wirft uns auf die brüchige, rätselhafte Kinderwelt zurück. Wenn ich schließlich in Eingeständnis meiner Hilflosigkeit meine Nachttischlampe anmache, so erfahre ich dieselbe Erleichterung wie das Kind. Das Licht schafft eine Zone von Klarheit in der amorphen Bedrohlichkeit, an der ich mich festhalten kann, in der ich mich ganz in Merleau-Pontys Sinne verankern kann. Die Schiffsmetapher ist hier recht treffend, denn das erleuchtete Feld, an dem alles an seinem Platz ist, gegeneinander differenziert und ruhig, ist wie eine Insel der Festigkeit in einem schwankenden Meer der Dunkelheit, an der ich mich mit dem Blick festhalten kann.

Vielleicht gelingt es mir ja sogar zuzugeben, dass ich von Gespenstern umgeben bin und gern Hilfe hätte. Meine Frau, die glücklicherweise neben mir liegt, ist sicher bereit, sich mir zuzuwenden, mir vielleicht die Hand auf die Stirn zu legen wie einem Kind, ihre Nähe fühlbar zu machen und mir damit einen anderen Anker zu bieten, der nicht auf gleiche Weise in der

Welt ist wie das Licht der Lampe, aber der ebenfalls Ruhe verspricht. Zum Glück liege ich nicht im Krankenhaus (was natürlich bei einer schwereren Krankheit in anderer Hinsicht ein Segen sein könnte); dann bliebe mir nur, nach der Nachtschwester zu klingeln. Aber was sollte ich ihr sagen, wenn sie kommt? Hat sie Gegenmittel gegen Gespenster?

Schließlich verraten die Geräusche in der Umgebung, dass die ersten Nachbarn aufstehen. Vereinzelt Autos werden gestartet und fahren los, und das Getriebe der Welt läuft langsam wieder an. Das Ende der Nacht kündigt sich an, und die dunklen Rechtecke der Fenster hellen sich langsam auf. Die Welt taucht aus der Dunkelheit auf, die Dinge nehmen wieder ihren Platz ein, trennen und ordnen sich und lassen mich in Frieden. Die Fenster sind Fenster, der Schrank ein Schrank, die Decke eine Decke, und ich liege hier im warmen Bett und bin krank. Auch wenn die den ganzen Körper durchdringenden Schmerzen noch nicht vergangen sind, kann ich jetzt in der Anspannung nachlassen. Die Probleme der Welt und meines Körpers sind vorerst gelöst, und endlich kann ich beruhigt einschlafen.

4. Das Außen im Innen

Meine vielleicht etwas überpoetisierte Schilderung einer Fiebernacht sollte eine paradigmatische Erfahrung des Krankseins darstellen, die von einer Krankheit als einer Entität nichts weiß und für die auch der Körper keine Sache in der Welt ist, sondern ein Vermögen – oder besser: Unvermögen – der Welt. Natürlich macht es einen großen Unterschied, ob ich es dabei mit einem harmlosen grippalen Infekt oder einem Malariaanfall zu tun hatte, und im letzteren Fall möchte ich eine klare Diagnose, die die Dinge beim Namen nennt und davon ableitet, wie die so benannte Krankheit zu behandeln ist.

Es gibt aber noch vollkommen andere Erfahrungen von Kranksein, bei denen das Verhältnis von Kranksein und Krankheit durchaus nicht so klar ist und bei denen man nicht davon sprechen kann, dass der objektivierte Körper lediglich ein „verarmtes Abbild“ ist, das „nur ein begriffliches Dasein hat“¹³. Auf einige von ihnen möchte ich nun noch eingehen, auch wenn ich

13 Merleau-Ponty, Phänomenologie der Wahrnehmung, a.a.O., S. 490 f.

ihnen deutlich weniger Raum geben werden als der Fiebernacht. – Wenn Herbert Plügge von der Weise berichtet, wie Menschen, bei denen sich eine Herzerkrankung entwickelt, ihre veränderte Erfahrung beschreiben, so findet er eine verblüffende Formulierung: „Nie habe ich gewußt, daß ich ein Herz habe. Jetzt weiß ich es.“¹⁴ So eigenartig dieser Satz ist, so genau scheint er die Erfahrung zu treffen. Natürlich wusste jeder der Herzkranken auch vorher, dass er ein Herz hatte, aber dieses Wissen steht offenbar recht unvermittelt neben der Erfahrung des eigenen Leibes. Dabei ist das Herz noch eines jener inneren Organe, die sich deutlich vernehmbar machen. Was man aber wahrnimmt vom schlagenden Herzen, ist jenes Pulsieren selbst und nicht das Organ, das es ausführt; darin unterscheidet sich das Herz gar nicht so sehr von den Händen oder Füßen, die ebenfalls primär als fungierende Vermögen wahrgenommen werden. Nur dass im Falle des Herzens diese Wahrnehmung zuerst einmal alternativlos ist, weil ich es nicht nur nicht neutral, sondern überhaupt nicht betrachten kann.

Im den Moment nun, in dem es zu schmerzen beginnt oder die Zuverlässigkeit seines regelmäßigen Schlags abnimmt, taucht es als vollkommen neue Entität im Inneren des Körpers auf. Daran zeigt sich negativ, dass im Normalfall das Innere des Leibes nicht von Dingen bevölkert ist, sondern nur als „belebte Schwere“¹⁵ erscheint. Nun aber ist ein Etwas aufgetaucht, das sich als solches bemerkbar macht und das als eigenes zugleich fremd geworden ist. Eine besonders eindringliche Schilderung eines solchen Fremdwerdens gibt Jean-Luc Nancy in seiner Auseinandersetzung mit der eigenen Herzerkrankung, die schließlich zur Notwendigkeit einer Transplantation führte. Der „Eindringling“, der seinem Buch den Titel gegeben hat, ist dabei nicht in erster Linie das fremde, sondern das fremdgewordene eigene Herz.¹⁶

Dabei bleibt natürlich auch das aussetzende oder schmerzende Herz weitgehend ungreifbar, und die Vorstellung vom Eindringling amalgamiert die eigene Erfahrung mit der von den Ärzten gegebenen Information

14 Herbert Plügge, *Der Mensch und sein Leib*, Tübingen 1967, S. 76.

15 H. Hartmann u. Paul Schilder, *Körperinneres und Körperschema*, in: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 109 (1927), S. 666-675.

16 Vgl. Jean-Luc Nancy, *Der Eindringling. Das fremde Herz*, Berlin 2000.

über die Funktionsstörung eines beobachtbaren und im Extremfall sogar substituierbaren Organs. Mehr oder weniger genaue Vorstellungen von der Anatomie des Herzens haben wir vermutlich alle, aber bezeichnenderweise findet die Projektion dieser Vorstellungen in den eigenen Brustkorb in der Regel nicht statt. Erst das neue Wissen, das der Herzranke von seinem Organ hat, greift beinahe unausweichlich auf sie zurück. Die zitierte Aussage bringt eine eigenartige Überraschung zum Ausdruck: Das gibt es wirklich, und ich habe es in meinem Leib.

Die Analogie zwischen dem Herz und den Händen lässt sich sogar insofern noch weiter treiben, als man ähnliches über das „Wissen“ sagen kann, Hände zu haben: Zwar gibt es den offensichtlichen Unterschied, dass ich meine Hände sehr wohl sehen kann und auch die meiste Zeit tatsächlich sehe; dennoch gibt es Situationen, in denen ich von ihrer Existenz gewissermaßen überrascht werde – etwa wenn ich mich klemme. Meine Hände können zwischen die Dinge geraten, von ihnen gequetscht oder zerdrückt werden. Diese Dimension des Leibes kommt in der funktionalen Betrachtung, wie Merleau-Ponty sie praktiziert, ein wenig zu kurz. Wenn wir uns stoßen oder klemmen, wenn uns etwas auf den Kopf fällt oder wir uns schneiden, zeigt sich, dass dieser Leib immer auch ein materielles Ding ist, dem andere materielle Dinge in die Quere geraten können, die in der Regel härter sind als er. In solchen Situation taucht der Leib als körperlich-weltliches Ding auf, das nicht in Bewegung aufgelöst werden kann: also eher als Körper, aber nicht in einem reduktionistischen, theoretischen Sinne.

Sich die Hand zu klemmen, tut weh, und der Schmerz ist die zweite Krankheitserfahrung, die ich hier in den Blick nehmen möchte.¹⁷ Natürlich haben wir es auch hier nicht mit einem einheitlichen Phänomen zu tun, sondern mit einer Vielzahl unterschiedlicher Erfahrungen mit unterschiedlichen Kontexten und Bewertungen. Ich möchte hier auch nur auf einen Aspekt von Schmerzen eingehen, nämlich ihre sozusagen materialisierende Wirkung. Im Falle der verletzten und als verletzte sichtbaren Hand ist die Sache offensichtlich, aber auch bei inneren

17 Vgl. dazu insges. Christian Grüny, *Zerstörte Erfahrung. Eine Phänomenologie des Schmerzes*, Würzburg 2004.

Schmerzen ohne klare Ursache bemühen wird eine Sprache der Verletzung, die sie sozusagen ins Offene holt und als reale Einwirkung auf einen Teil des Körpers deutet. Elaine Scarry spricht hier von einer „language of agency“¹⁸, die sich noch in alltäglichen Charakterisierungen wie denjenigen des bohrenden, reißenden, stechenden Schmerzes wiederfindet. Körperliche Verletzungen sind (auch) reale, beobachtbare Vorgänge, die die funktionale Leiblichkeit auf die Materialität eines Körpers festnageln, und wir neigen offenbar dazu, auch innere Schmerzen nach diesem Vorbild zu begreifen, um sie überhaupt greifbar zu machen.

Eine damit zusammenhängende, aber die Sache noch einmal in eine andere Richtung wendende Interpretation fasst den Schmerz selbst als Entität auf, also nicht mehr als Folge und Anzeichen einer nicht näher spezifizierbaren Verletzung, sondern als handelnde Instanz. Der bohrende Schmerz ist dann keine Folge eines Bohrens, sondern er bohrt selbst. Der unerträgliche Schmerz, der in meinem Inneren wühlt und wütet, ist nun ein wirklicher Fremdkörper: nicht ein sich materialisierender und als solcher fremdgewordener Teil des eigenen Leibes, sondern ein schädigendes, ja böses Etwas, das mich befallen hat. Selbst der ansonsten recht nüchterne René Leriche schreibt am Anfang seines Buches über Chirurgie und Schmerz: „Der Schmerz ist jedoch eine große Wesenheit, die verdient, in sich selbst und für sich selbst analysiert zu werden.“¹⁹ Eine große Wesenheit, die die Herrschaft über mich übernommen hat – das dürfte der Erfahrung vieler Menschen entsprechen, die länger unter starken Schmerzen leiden müssen. Hier, wo eine funktionale Betrachtung, nun aber im Sinne der Physiologie, am Platze ist und man von einem Befall durch ein Körperfremdes nicht sprechen kann, tritt die Reaktion des eigenen Körpers als Ding sui generis auf. Einen Anhalt in vagen, aus der Anatomie transplantierten Vorstellungen bedarf dies nicht.

Was allerdings auch und gerade diejenigen, die länger oder gar chronisch an starken Schmerzen leiden, vom Arzt fordern, ist eine Diagnose. Primär hat diese Benennung des Leidens natürlich den Zweck, zu einer bestimmten Therapie hinzuleiten und dem Kranken insofern den Weg zur Heilung oder

18 Vgl. Elaine Scarry, *Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur*, Ffm 1992.

19 René Leriche, *Chirurgie des Schmerzes*, Leipzig 1958, S. 1.

zumindest Linderung zu eröffnen. Aber selbst in Fällen, in denen es keine wirkliche Aussicht auf Heilung gibt und auch eine dauerhafte Linderung nicht zu erwarten ist, ist die Diagnose bedeutsam als Name: Insofern sich das eigene Leiden mit einem Namen belegen lässt, scheint es zuerst einmal erklärbar, selbst wenn die Ätiologie so unklar ist wie die Therapie. Der Name fungiert hier als eine Art Bann, der die Sache distanziert und im Benennen verfügbar zu machen scheint. Überdies hat er eine wichtige soziale Funktion, weil der Name der Krankheit das unsichtbare Leiden des Einzelnen in die öffentlichen Legitimität holt – das gibt es wirklich, ich bin nicht der einzige, der es hat, und mit den Ärzten erkennt es auch die Allgemeinheit als solches an. Die Suche nach der Krankheit im Kranksein ist so weit davon entfernt, in jedem Fall eine zu beklagende Entfremdung zu sein. Sie beginnt bereits beim Fieber, das sozial eine deutlich härtere Währung ist als das diffuse Missbefinden: Mir geht es nicht gut, ich fühle mich zerschlagen, mit tut alles weh – nun ja, das mag sein. Ich habe Fieber – in Ordnung, gehen Sie nach Hause und kurieren Sie sich aus.

Mein letztes Beispiel ist eines, bei dem Krankheit und Kranksein nicht miteinander amalgamiert werden, sondern vollkommen auseinanderfallen: etwa bei bestimmten Krebsformen. Der Patient, der über eine Zufallsdiagnose ein bereits weit fortgeschrittenes Pankreaskarzinom diagnostiziert bekommt, hat womöglich keine oder nur geringe Beschwerden gehabt. Nun aber bekommt er gesagt, dass seine Bauchspeicheldrüse von Krebs befallen ist. Er war nicht krank, aber er hatte eine Krankheit, ohne es zu wissen. Der Fremdkörper ist da und war es bereits vorher, aber er hat im Stillen gewühlt und den Organismus in den meisten Fällen bereits so weit geschädigt, dass er nicht mehr zu retten ist. Wenn ein Kranksein einsetzt, das der tatsächlichen Krankheit entspricht, kann man es nur noch lindern, ohne die Krankheit noch heilen zu können. Der Krebs, der ja entgegen der Suggestion kein Befall durch einen Fremdkörper ist, sondern die Entartung von körpereigenem Gewebe darstellt, ist in der allgemeinen Vorstellung vielleicht die bedrohliche Krankheitsinstanz schlechthin. Sie wird nicht mit anatomischen Bildern belegt, sondern erscheint als kulturell vollkommen überdeterminiertes handelndes Etwas, dem eine eigene Handlungsmacht zugeschrieben wird: das somatoforme Böse.

Niemand wird die Krebsdiagnose als Pathologisierung einer beschwerdefreien Normalität kritisieren, selbst wenn Krankheit und Kranksein hier derart weit auseinandergehen; sie ist die einzige Möglichkeit, das Leben des Kranken vielleicht doch noch zu retten, von dessen Bedrohung er selbst noch gar nichts wusste. So wie sie aber das Selbstgefühl des Kranken radikal infrage stellt, so fügt sie auch dem Selbstverständnis des Gesunden eine eigenartige Note hinzu: Könnte es nicht sein, dass, während ich mich in der Blüte meiner Gesundheit wähne, in Wirklichkeit schon eine tödliche Krankheit in meinem Inneren nagt? Sollte diese Möglichkeit nicht mit allen Mitteln erforscht und so hoffentlich ausgeschlossen werden? Wenn die gewöhnliche Balance zwischen Kranksein und Krankheit derart aus den Fugen geraten ist, greift die scheinbar rein medizinisch zu beantwortende Frage nach dem Sinn, der Häufigkeit und dem Zeitpunkt der sogenannten Vorsorgeuntersuchungen tief in das Selbstverständnis des Einzelnen ein. Statistik ist hier kein wirklich überzeugendes Argument.

5. Schluss

Zwischen der Fiebrnacht und der Krebserkrankung liegt ein breites Spektrum. Was man an meinen wenigen Beispielen hoffentlich sehen konnte, war, wie unterschiedlich die jeweiligen Verhältnisse von Kranksein und Krankheit hier sind. Natürlich sind sie in der Regel nicht in reiner Form zu haben: Auch der Krebskranke wird seine Fiebrnächte haben, die durch die Schrecknisse, die mit seiner Krankheit assoziiert sind, und seine Todesangst noch potenziert sein werden.

Ich hatte eingangs gesagt, dass es mir nicht um eine kulturkritische Verdammung der objektivierenden Rede von Krankheit geht – das wäre angesichts des tatsächlichen Leidens der Betroffenen und der medizinischen Möglichkeiten eine grobe Fahrlässigkeit. Worum es allerdings durchaus gehen sollte, ist die Anerkennung des Eigenrechts der Erfahrung der Kranken, die sich nicht in eine Diagnose auflösen lässt. Zwischen Erfahrung und Diagnose, zwischen der Selbstwahrnehmung der Kranken und dem durch Daten, Bilder und Diagramme gefilterten Blick des Arztes ist kein unmittelbarer Übergang möglich, und der Bruch zwischen

diesen beiden Perspektiven lässt sich nicht dadurch heilen, dass Elemente der einen in die andere übernommen werden. Das anzuerkennen, scheint mir die Voraussetzung für jede weitere Diskussion. Von hier aus betrachtet ist es durchaus problematisch, dass die Überbrückung des Bruchs allein dem Kranken auferlegt ist, der sich die ärztliche Perspektive zu eigen machen soll und sie sich sozusagen unter die Haut zu transplantieren gezwungen ist. In der Regel wird dem Arzt nicht zugemutet, eine komplementäre Anstrengung zu unternehmen.

Der bereits eingangs zitierte Wissenschaftstheoretiker und -historiker Georges Canguilhem, dem wir die grundlegendsten Untersuchungen medizinischer Rationalität verdanken, schreibt in diesem Sinne:

„Es ist an der Zeit einzugestehen, daß gegenüber der Krankheit einerseits und dem Kranken andererseits Aufmerksamkeit und Verhalten weder inhaltlich noch formal gleich sein können, und daß die Zuwendung zum Kranken mit einer anderen Verantwortung zu tun hat als der rationale Kampf gegen die Krankheit.“²⁰

So bedeutsam dieser Hinweis ist, so sehr ist er doch von einer klaren Hierarchisierung der Verantwortungen geprägt: auf der einen Seite Zuwendung, auf der anderen rationaler Kampf. Man muss aufpassen, dass die Zuwendung in dieser Gegenüberstellung nicht auf gelegentliches Händehalten und über die Stirn Streichen reduziert wird. Überdies hört man unweigerlich die Zuordnung zu unterschiedlichen Geschlechtern und Berufsgruppen mit: auf der einen Seite die Frauen und Pflegenden, auf der anderen Männer und Ärzte. Wenn sich die Anerkennung der Unterschiede des Verhaltens zur Krankheit einerseits und zum Kranken andererseits in dieser Aufteilung erschöpft, ist damit wenig gewonnen.

Es wäre auch für die Ärzte geboten, sich die Frage zu stellen, wie es eigentlich ist, krank zu sein nicht allgemein, sondern jetzt gerade für diesen besonderen Patienten. Dies kann und sollte durchaus Auswirkungen auf das ärztliche Handeln haben. Gerade beim Schmerz, der doch das erste und prägnanteste Beispiel für ein reines Reizweiterleitungsmodell war, ist das nicht abzuweisen: Chronische Schmerzerkrankungen verlangen nach einer

20 Canguilhem, Macht und Grenzen der Rationalität in der Medizin, a.a.O., S. 61.

Auseinandersetzung, die Chirurgen und Anästhesisten nicht alleine führen können, und mit dem gefühlten Kranksein der Patienten kommt ihre ganze Geschichte ins Spiel.

Die Lösung dafür ist nicht, all dies zu einem „ganzheitlichen“ Gebräu zusammen zu rühren: Ein solcher Schritt wird immer dazu tendieren, den Spieß lediglich umzudrehen, und in Versuchung sein, die Körpermedizin als unmenschlich zu verfemen. Canguilhem selbst findet dafür denkbar harsche Formulierungen, wenn er von „einem ideologischen Mischmasch“ spricht, „in dem sich die Lebensqualität, die Reformhausmentalität sowie einige Abfallprodukte der Psychoanalyse ein Stelldichein geben. Dieses Plaitüdenamalgam, das noch mit der Forderung nach Selbstverwaltung der persönlichen Gesundheit gekrönt wird, läuft einfach auf die Wiederbelebung der therapeutischen Magie hinaus.“²¹

Damit die Psychosomatik als ganze als ideologisches Unternehmen zu verabschieden, wozu er hier neigt, treibt die Sache sicher zu weit. Geboten scheint es mir aber, sie nicht als für sich bestehende Disziplin, sondern primär als *Problem* zu verstehen, das jede medizinische Behandlung begleitet und keine wirkliche Lösung hat. Die Rede von „Ganzheitlichkeit“ kann dem nicht gerecht werden. Sie bleibt Ideologie, mit der die realen Brüche verkleistert werden, statt sie immer wieder neu zu reflektieren. Kranksein ist nicht Sache einer zu vernachlässigenden Befindlichkeit, und die verdinglichende Rede von Krankheiten ist kein Symptom einer Verfallsgeschichte. Es scheint mir die Aufgabe medizinische Rationalität zu sein, beide in sich aufzunehmen, ohne auf ihre Vereinheitlichung zu beharren.

21 A.a.O., S. 53.

Christian Bermes

Der Umgang mit Leiden und die Erwartungen an das Heilen

Die Grenzen des Arzt-Patient-Verhältnisses und die Normativität des Leibes

I. Einleitung

„Er (der Arzt) sagte: ‚Das und das zeigt, dass Sie das und das haben; sollte sich das nach der und der Untersuchung als unrichtig erweisen, so sind wir gezwungen, bei Ihnen das oder das anzunehmen. Nehmen wir nun das oder das an, so und so weiter, und so weiter‘. Für Iwan Iljitsch war nur die eine Frage wichtig: Ist mein Zustand gefährlich oder nicht. Der Doktor jedoch ignorierte diese unpassende Frage. Vom Standpunkt des Doktors aus war diese Frage müßig und überhaupt nicht zu erörtern; er hatte nur die größere Wahrscheinlichkeit abzuwägen zwischen Wanderniere, chronischem Katarrh oder Blinddarm. Es handelte sich hier durchaus nicht um das Leben von Iwan Iljitsch, sondern um Wanderniere oder Blinddarm.“¹

Im Anschluss an diesen Ausschnitt der bekannten Erzählung Leo Tolstois wird deutlich, dass die Frage nach dem Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt nicht neu ist, sie gehört im Gegenteil seit der Antike zu einer der grundlegenden Fragen der Philosophie und insbesondere der Ethik. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass in diesem Verhältnis grundlegende Selbstverständlichkeiten fraglich werden, die im üblichen zwischenmenschlichen Verkehr nicht im Vordergrund stehen: Hierzu gehört (1) die Frage nach dem ‚Gegenstand‘ des ärztlichen Tuns, dem Objekt, mit dem der Arzt beschäftigt ist: Sieht der Arzt sich mit einem isolierbaren körperlichen Organ oder einer Person konfrontiert? Des Weiteren zählt (2) dazu die Frage nach dem Vorgehen des Arztes: Ist er in erster Linie Mediziner und folgt den Anweisungen bzw. Regeln der (zumeist) naturwissenschaftlichen Medizin, oder fungiert er als Arzt im Sinne der Sorge um den ganzen Menschen? Unweigerlich stößt man bei der Analyse (3) auf die Frage nach dem Status des

1 Lew Tolstoi: Der Tod des Iwan Iljitsch, übers. v. Rudolf Kassner, Frankfurt/M. 2010, S. 65f.

kranken Menschen: Handelt es sich um einen anonymen Fall, der beispielsweise mit der Krankenkasse abgerechnet wird, oder handelt es sich um einen Patienten, der in einem unmittelbaren und unvertretbaren Verhältnis zum Arzt steht? Schließlich stellt sich (4) gerade in unserer Zeit die Frage nach dem gegenseitigen Erwartungshorizont, der sich in diesem Verhältnis aufspannt und der die Beziehung vielleicht auch zum Bersten überfordert: Darf der Patient vom Arzt mehr als Unterstützung für den Heilungsprozess erwarten, so dass neben Gesundheit auch ‚verbessertes‘ Leben ‚hergestellt‘ wird? Oder darf sich der Arzt umgekehrt als Wunscherfüllungsgelhilfe für alle Erwartungen des Patienten verstehen?

Diese Probleme eröffnen ein Panorama weiterer Fragen, das in der Medizinethik ausgiebig und gründlich diskutiert wird.² Im Folgenden sollen davon nur zwei Aspekte behandelt werden, die beide zusammenhängen, jedoch leicht in Vergessenheit geraten können. Der erste Aspekt betrifft das Verständnis des ärztlichen Tuns, das vor falschen Erwartungen geschützt werden muss, der zweite betrifft den Status des menschlichen Körpers, der im Falle des Menschen und in seinem Auftreten als menschlicher Leib als eine normative Instanz fungiert. Beide Aspekte, das Verständnis der spezifisch ärztlichen Handlung und die leibliche Verfassung des Menschen, limitieren Überdehnungen und Überschreitungen im Arzt-Patient-Verhältnis, die sich angesichts des medizinischen Fortschritts allzu leicht einstellen können. Vor diesem Hintergrund plädiere ich im Folgenden für eine Zurückhaltung, eine Bescheidenheit in zweierlei Hinsicht: Das ärztliche Handeln fordert als solches zur Bescheidenheit gegenüber der überspannten Erwartung, es könne mehr sein oder erfüllen als Unterstützung im Heilungsprozess; und der leiblich verfasste Körper fordert als solcher zur Zurückhaltung gegenüber vielleicht frivolen Versuchen, die Krankheit aus unserem Verständnis des Menschen zu verbannen.

2 Zum Überblick der Fragestellungen der Medizinethik in ihrer Komplexität vgl.: Urban Wiesing (Hg.): Ethik in der Medizin, Stuttgart ³2008; Günther Pöltner: Grundkurs Medizin-Ethik, Wien ²2006.

II. Die Grenzen des Heilens

Wolfgang Wieland stellt in seiner Abhandlung zum Strukturwandel der Medizin eine Frage, die provozierender kaum sein könnte: „Muss man mit der Möglichkeit einer zukünftigen Medizin rechnen, die in einem präzisierbaren Sinn eine Medizin ohne Arzt wäre?“³ Wieland macht mit dieser Frage darauf aufmerksam, dass wir angesichts der technischen Errungenschaften, die unbestreitbar die naturwissenschaftlich begründete Medizin auszeichnen, in eine Verlegenheit geraten. Sie besteht darin, die Technik des medizinischen Wissens und Könnens mit der Handlung des ärztlichen Umgangs mit dem Patienten zu verwechseln – oder anders und kürzer ausgedrückt: Wir könnten der Versuchung erliegen, die medizinische Technik an die Stelle des ärztlichen Handelns zu setzen.

Genau an dieser Stelle gilt es einzugreifen, um zu verstehen, welche Grenzen dem ärztlichen Handeln gezogen sind. Denn niemals wird eine Technik ein Handeln beschreiben oder gar erklären können. Wenn hier von Grenzen die Rede ist, so sind damit keine äußerlichen Beschränkungen (etwa rechtliche oder ökonomische) gemeint; es sind inhärente Grenzen, wie sie sich aus dem Handeln selbst ergeben und verstehen lassen. Wenn wir – um dies an Beispielen zu erläutern – erklären wollen, was es bedeutet, als Lehrer tätig zu sein, so könnten wir die didaktischen Techniken und Fertigkeiten schildern und uns beispielsweise Lernsituationen des 19. Jahrhunderts im Vergleich zum 20. Jahrhundert vergegenwärtigen. Wollen wir erklären, was es bedeutet, als Wissenschaftler tätig zu sein, so könnten wir einiges erfahren, wenn wir beispielsweise die unterschiedlichen Typen von Experimenten in den verschiedenen Wissenschaften über die Epochen hinweg studieren. Und in diesem Sinne werden wir auch einiges über den Mediziner erfahren, wenn wir die technischen Möglichkeiten der heutigen Zeit mit denen der vorangehenden Jahrhunderte vergleichen und deren Erfolge würdigen. *Doch in all diesen Fällen geht es allein um Fertigkeiten zur Ausübung von Techniken, nicht um Qualifikationen des Handelnden selbst.* Der Bezugspunkt zur Erklärung des jeweiligen Tuns ist ein spezifisches Wissen um das Vorgehen und die Ausübung von Fertigkeiten, die an Universitäten

3 Wolfgang Wieland: Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft, Heidelberg 1986, S. 68.

gelehrt oder in Berufsschulen gelernt werden können. Im Falle des Lehrers werden wir auf diese Art aber nicht erfahren, dass zur Ausübung seines Tuns neben der Beherrschung und Aufbereitung des Materials so etwas gehört wie Nachsichtigkeit, gepaart mit dem Talent, die Schüler zu fordern und zu faszinieren. Im Falle des Wissenschaftlers werden wir nicht erfahren, dass neben der Beherrschung von Methoden, der Kenntnis des Forschungsstands und dem Wissen um die Nutzung der benötigten Instrumente so etwas gehört wie Phantasie, Mut und Wahrheitsliebe. Und im Falle des Arztes werden wir nicht erfahren, dass neben dem Wissen um Krankheiten oder um die Nebenwirkungen von Arzneimitteln so etwas gehört wie Verlässlichkeit, Empathie und Zuversicht. Solche Charakterisierungen bezeichnen keine Fertigkeiten, sondern die Qualifikation des Handelnden und sie erlauben es uns, den Witz oder die Pointe des jeweiligen Handelns zu verstehen. Sie machen die unterschiedlichen Handlungstypen unterscheidbar, indem die Handlung aus der Teleologie, der Ausrichtung des Handelns auf seinen inhärenten Zweck, angegeben und als Auszeichnung des Handlungsakteurs verstanden wird.

Vor diesem Hintergrund erschließt sich das ärztliche Handeln nicht allein aus der souveränen Beherrschung einer Technik, sondern aus dem Kontakt mit dem Patienten, in welchem der Arzt die Aufgabe übernimmt, dem Patienten bei der Heilung zu helfen und ihm dabei zu unterstützen.⁴ Er hilft ihm in dem Sinne, dass er der Krankheit entgegenwirkt und in dieser Hinsicht dem Patienten zur Seite steht. Dies bedeutet zugleich, dass der Arzt keine Gesundheit ‚herstellt‘ oder dass er keine Gesundheit ‚optimiert‘ (was immer das sein mag). Damit ist eine entscheidende Grenze im Arzt-Patient-Verhältnis markiert. Weder kann der Arzt instrumentalisiert werden oder sich instrumentalisieren lassen, um Gesundheit ‚zu machen‘; noch kann der Patient vom Arzt verlangen, ihm gleichsam ein besseres Leben ‚zu schenken‘. Wäre eines von den zuletzt genannten Erwartungen wegweisend und charakterisierend für das Arzt-Patient-Verhältnis, dann würden wir von vielem sprechen, jedoch nicht mehr von Ärzten und Patienten.

4 Vgl. hierzu detailliert Anselm Müller: Medizin als Gemischtwarenladen? Thesen zum ärztlichen Berufsethos, in: Die Neue Ordnung 57 (2003), S. 336-346.

Es scheint mir genau diese Erwartungsbescheidenheit, die auf beiden Seiten wieder geweckt werden muss, um einen adäquaten Blick auf die häufig prekären Beziehungen zwischen Arzt und Patient zu gewinnen. Neben dieser Erwartungsbescheidenheit kommt es aber auch darauf an, die leibliche Verfassung des Menschen wieder in den Blick zu nehmen. Denn auch hier scheint sich eine Überforderung von Körperphantasien abzuzeichnen, die gelegentlich auch abstruse Züge annimmt.

III. Der Leib als Norm des Körpers

Unsere Gegenwart zeichnet sich auch dadurch aus, dass der Körper, und zwar der gesunde, hygienisch reine und sportlich austrainierte Körper, unsere Aufmerksamkeit geradezu besetzt und fesselt. Dieser Körper aber wird hierbei nicht selten aus dem menschlichen Leben herausgelöst und stilisiert, so als wäre es gleichgültig, dass es ein menschlicher Körper ist, der sich in menschlichen Lebensformen und Handlungskontexten realisiert und dort zum Ausdruck kommt.

In diesem Sinne verweist auch Wolfgang Frühwald in seiner Einleitung zu dem Band *Das Design des Menschen* darauf, dass die Gegenwart gleichsam vor sich selbst erschrickt, ja manchmal sogar kapituliert, wenn es um den Körper geht.⁵ Der Ausgangspunkt für dieses Erschrecken betrifft unsere Hoffnungen und Ängste, die sich mit der uneingeschränkten Körpermanipulation verbinden. Angesichts der technischen Möglichkeiten der Steuerung unseres Organismus, wie sie sich in der Gentechnologie, der Pharmazie und der Medizin entwickeln, wissen wir nicht mehr, was der menschliche Körper – und damit: der Mensch – eigentlich bedeutet. Wir betrachten ihn als einen Gegenstand des Designs: Die Moderne, so Frühwald,

„(...) entwirft inzwischen ein Design des Menschen, welches nicht nur die Oberfläche des Körpers betrifft, die Kosmetik, die Moden, die Hygiene, Gesten und Bewegungen, sondern welches beginnt, den menschlichen Körper von innen her zu verändern.“⁶

5 Wolfgang Frühwald: *Das Design des Menschen. Vom Wandel des Menschenbildes unter dem Einfluss der modernen Naturwissenschaft*, Köln 2004.

6 Ebd., S. 11.

Dieses Design ist gemäß den Protagonisten der Künstlichen Intelligenz und Robotik nicht mehr an ein bestimmtes Material wie den menschlichen Organismus gebunden. Im Gegenteil: Dieser anfällige und gebrechliche Körper ist ein Defekt, der ersetzt werden muss. So etwa die Thesen von Hans Moravec, Ray Kurzweil und Rodney Brooks, die ich hier kurz anführe, um zu erläutern, wie die Körperbesessenheit zu einer Leibvergessenheit führt – und in letzter Konsequenz zur Negation der körperlichen Verfasstheit des Menschen selbst.

Hans Moravec bemerkte in diesem Sinne vor gut zehn Jahren:

„Es ist sowieso egal, was die Leute machen, denn sie werden bald zurückgelassen werden wie die erste Stufe einer Rakete. Unglückliche Existenzen, schreckliche Tode und gescheiterte Projekte sind Bestandteile der Geschichte des Lebens, seitdem es Leben auf der Erde gibt. Was aber auf lange Sicht zählt, ist das, was übrigbleibt (...). Interessiert es uns wirklich noch, dass die Dinosaurier ausgestorben sind? In diesem Sinne wird auch das Schicksal der Menschen für die hochintelligenten Roboter der Zukunft völlig uninteressant sein. Die Menschheit wird als gescheitertes Experiment gelten.“⁷

Kurz nachdem Moravec das Verschwinden der Menschen nach dem gescheiterten Experiment der Menschheit prognostizierte, kommt Ray Kurzweil 1999 in seinem Bestseller *Homo Sapiens* zu einem ähnlichen Ergebnis:

„[2019] Mit Hilfe dreidimensionaler visueller und akustischer virtueller Environments und realistischer allumfassender taktiler Environments kann jeder mit jedem alles machen, und zwar unabhängig von physischer Nähe. [2029] Kommunikation erfolgt überwiegend ohne menschliche Beteiligung. Der Großteil der Kommunikation, an der ein Mensch beteiligt ist, findet zwischen einem Menschen und einer Maschine statt. [2099] Das menschliche Denken verschmilzt mit der ursprünglich von der menschlichen Spezies erschaffenen Maschinenintelligenz. Es gibt keine klare Unterscheidung mehr zwischen Mensch und Computer. Die meisten bewussten Wesen besitzen keine permanente physische Präsenz mehr.“⁸

7 So Moravec in Mark Dery: *Escape Velocity*, New York 1996. S. 307; vgl. ebenso: Hans Moravec: *Robot. Mere Machine to Transcendent Mind*, New York/Oxford 1999.

8 Ray Kurzweil: *Homo Sapiens. Leben im 21. Jahrhundert – Was bleibt vom Menschen?*,

Und Rodney Brooks spinnt den Gedanken weiter, indem er den Weg skizziert, der über das ‚Enhancement‘ als Optimierung des menschlichen Körpers zur Ersetzung desselben führt.

„Heute haben Zehntausende von Menschen Implantate, die elektronische Bauteile direkt mit ihrem Nervensystem verbinden. Diese Menschen haben erkannt, dass es ihnen besser geht, wenn sie Mischwesen werden – teils Mensch, teils Maschine, statt rein menschlich zu bleiben. Ich spreche unter anderem von Menschen mit Implantaten in der Gehörschnecke, die ihnen ermöglichen, wieder zu hören.“

„Es wird eine ganz neue Art von Verbesserungen für den menschlichen Körper geben. (...) Gesunde Menschen werden Robotertechnologie in ihre Körper implantieren lassen. (...) Menschen mit extremen Hobbys könnten eine Veränderung ihrer Augen ebenfalls nützlich finden und sich dafür entscheiden, wenn sie bezahlbar wird. Bergsteiger, Höhlenforscher, Extremläufer, Polar-Trecker und Schlittenfahrer könnten alle Gefallen an der Idee finden, in der Dunkelheit sehen zu können (...)“⁹

Der Weg führt wieder zurück in die Höhle. Im Namen der Körperoptimierung ziehen wir die Höhle dem Licht vor – Platon hätte wohl seine Freude an solchen Gedankenspielen, die jedoch alles andere als harmlos sind. Ihr durchaus gefährliches Potential betrifft dabei nicht so sehr die Frage nach der technischen Realisierbarkeit, sie betrifft das zugrundeliegende Bild des Menschen, der in solchen Konzeptionen offensichtlich unter Einsatz all seiner Kräfte bereit ist, aussterbende Tierarten zu retten, und gleichzeitig fest entschlossen ist, seinen eigenen Leib aufzugeben.

Wir verbessern uns bis zur Ersetzung; wir optimieren den Körper bis zu seiner Elimination, wir perfektionieren unsere Physis bis zu ihrer Abschaffung – so zumindest die vorgestellte Hoffnung oder Illusion. Doch es bleiben die schlichten Fragen: Werden wir noch nicht einmal unserem Körper, diesem verflixt anfälligen Fundament unseres Seins, nachtrauern? Werden wir uns in und nach solchen Utopien noch als Menschen verstehen können? Und noch einmal anders gefragt: Was sagt eigentlich ein solcher Wunsch über denjenigen aus, der ihn äußert? Versteht er sich selbst vielleicht nicht mehr?

München ³2001, S. 449ff.

9 Rodney Brooks: Menschenmaschinen, Frankfurt/M. 2005, S. 235f.

Auf diese Frage soll im Folgenden eingegangen werden, um zu belegen, dass es Grenzen des Eingriffs in den menschlichen Körper gibt und dass diese Grenzen durch einen Rekurs auf die *Natur des Menschen in seiner leiblichen Verfassung* bestimmt werden können. Dazu werde ich auf einen bestimmten Argumentationsgang in der sogenannten Enhancement-Debatte aufmerksam machen, der das umstrittene anthropologische Argument betrifft, wonach die menschliche Natur diese Grenze markiert.¹⁰ Dieses Argument ist deshalb umstritten, weil – so die Kritiker – der Naturbegriff unklar bleibt und man einen naturalistischen Fehlschluss vermutet, wenn eine oder die Natur als Grenze des Handelns angegeben wird. Anschließend soll anhand der Unterscheidung zwischen *Leib und Körper* die These belegt werden, dass *der Leib als die Norm des Körpers* zu begreifen ist.

Bevor allerdings in die Diskussion eingestiegen werden kann, ist auf einen Aspekt noch einmal besonders hinzuweisen: Der menschliche Körper ist kein Heiligtum, wir haben ihn immer bearbeitet und werden ihn auch zukünftig stets weiter bearbeiten. Eine einfache, fixe Natur des Körpers ist ebenso eine Illusion, wie dessen Beliebigkeit hinsichtlich einer oder seiner Transformation. Wir produzieren und verändern mit unserem Körper nicht nur externe Gegenstände, sondern auch unseren Körper selbst. Sportler trainieren ihre Muskeln und optimieren ihre Bewegungsabläufe, Balletttänzer üben Tanzfiguren und erweitern ihre Beweglichkeit bis zum Äußersten, Bergsteiger sorgen für ihre Ausdauer und ihre körperliche Fitness sowie Wendigkeit. Auch setzen wir selbstverständlich Hilfsmittel ein, den Körper zu verändern. Zu denken ist hier an medizinische Interventionen wie etwa Zahnfüllungen oder künstliche Gebisse bzw. Hörgeräte, an ästhetische Manipulationen wie beispielsweise das Rasieren oder Löcher für Ohringe oder auch an religiöse Praktiken wie die Beschneidung oder bestimmte Regeln der Buße. Der menschliche Körper – so können wir nach diesen einfachen Hinweisen und Fingerzeigen sagen – war nie ein unveränderliches Objekt menschlichen Wirkens, und er wird auch in Zukunft ein Gegenstand unserer Eingriffe bleiben. Aber, so zeigen diese Beispiele ebenfalls: Der menschliche Körper ist stets in eine Lebensform und eine Praxis eingebettet. Als erstes

10 Zum Überblick über die aktuelle Debatte vgl. Jan-Christoph Heilinger: *Anthropologie und Ethik des Enhancements*, Berlin/New York 2010.

können und müssen wir dementsprechend feststellen, dass der menschliche Körper kein Heiligtum ist, das gleichsam aus der Welt fällt, und dass die Manipulation des menschlichen Körpers kein Sakrileg darstellt, jedoch eingebunden ist in die Handlungen, die unsere Lebensform auszeichnen.

Doch nicht jeder Eingriff ist erlaubt. Wir akzeptieren nicht alles, was technisch und kulturell möglich ist. Wir tolerieren weder die Dopingpraktiken im Sport noch jede Operation, die der Verschönerung dient. Auch gibt es für medizinische Eingriffe Grenzen. Selbstverständlich lassen wir Brillen und Hörgeräte zu, um Defekte unserer Sinneswahrnehmung auszugleichen, auch ersetzen wir funktionsuntüchtige Gelenke durch intakte künstliche Prothesen. Doch wir würden es nicht akzeptieren, wenn ein Waldarbeiter auf die Idee käme, sich seinen Arm durch eine Säge ersetzen zu lassen, um effektiver Arbeiten zu können. Offensichtlich liegt auch im Falle des natürlichen (nicht defekten) Arms ein Nachteil vor, der durch eine Veränderung des Körpers ausgeglichen werden könnte – doch wir lächeln eher über eine solche Vorstellung, d.h. wir akzeptieren sie nicht. Und genau hier taucht das anthropologische Argument auf, das besagt, dass eine solche Handlung der Natur des Menschen widerspricht.

Wenn Enhancement – ein Begriff, der alles andere als leicht zu fassen ist – im weitesten Sinne einen Eingriff in das körperliche und/oder geistige Sein des Menschen bedeutet, um dieses zu optimieren, so liegt es nahe, von der Natur des Menschen entweder als demjenigen zu sprechen, was verändert werden soll, oder die Natur als dasjenige anzuführen, was gegen eine Veränderung spricht. Im ersten Fall wird die Natur (des Menschen) optimiert, gestaltet, perfektioniert oder gesteigert; im zweiten Fall wird die Natur als Grenze eines intervenierenden Eingriffs angeführt. Das anthropologische Argument taucht in der Enhancement-Debatte in dem zuletzt angeführten Kontext als eine Begründung gegen eine wie auch immer geartete Intervention auf, um diese im Namen der Natur des Menschen entweder zu limitieren oder gar ganz zu untersagen. In diesem Kontext können beispielsweise Sätze folgender Art angeführt werden, um einen Eingriff im Sinne des Enhancements und gemäß dem anthropologischen Argument zu untersagen: a) Wir sollten unseren Körper oder unseren Geist nicht über einen gewissen Grad hinaus, der durch die menschliche Natur vorgegeben ist, verändern.

b) Die Natur ist diejenige Instanz, die Eingriffe in unseren Körper oder auf unseren Geist erlaubt oder verbietet. c) Aus Rücksicht auf unsere Natur sollten wir es unterlassen, unsere natürliche Ausstattung zu manipulieren.

So klar die Sätze auch sein mögen, so unklar scheint hier auf den ersten Blick der Begriff der Natur, auf den man sich in allen genannten Fällen bezieht. Genau dies führen die Gegner des Arguments ins Feld: Was ist, so fragen sie pointiert, mit der Natur des Menschen gemeint? Und noch genauer, was ist die Natur des menschlichen Körpers, gegen die nicht interveniert werden darf? Ist der menschliche Körper nicht einfach ein Objekt wie jedes andere, das wir verändern können? Und sind wir nicht sogar dazu verpflichtet, unseren Körper zu optimieren, um effektiver, glücklicher oder lustvoller unser Leben zu führen? Schließlich, so könnte man weiter ausführen, ist unser Körper doch nur ein Werkzeug, um unsere eigentlichen Ideen und Vorstellungen durchzusetzen.

Die Kritiker des anthropologischen Arguments sprechen, um es anders auszudrücken, dem menschlichen Körper jede Bedeutung ab: Man könne, so unterstellen sie, sich nicht auf etwas Bedeutungsloses berufen, um den Sinn einer Handlung zu rechtfertigen, die aus diesem Bedeutungslosen erst etwas Bedeutungsvolles macht. Wertvoll, so die These, ist nicht der Körper selbst, sondern nur der optimierte Körper.

Die Frage ist nun, ob diese schlichte Wahrheit auch als die ganze Wahrheit angesehen werden kann. Die Sachlage scheint komplexer, und meine Gegenthese wird lauten, dass nicht der Körper die Norm unseres Handelns im Kontext des Enhancements darstellt, sondern dass der Leib diese Norm markiert und dass der Leib zugleich diejenige Instanz bezeichnet, die die Körpermanipulation begrenzt.

Es ist das bleibende Verdienst von Husserl, Merleau-Ponty und Plessner, im 20. Jahrhundert eine Unterscheidung bezüglich des menschlichen Körpers eingeführt und detailliert diskutiert zu haben, die kaum überschätzt werden kann – die Unterscheidung zwischen Leib und Körper. Mit „der dem Menschen eigenen Leiblichkeit“, so heißt es bei Plessner paradigmatisch und dezidiert,

„(...) muss die Person sich auseinandersetzen, vom ersten Schritt bis zum letzten Atemzug. Sein organischer Körper ist der exakten Natur-

wissenschaft erreichbar, Objekt der Physiologie, der Medizin. Sein Leib aber (...), der Leib, der dem Menschen seine Exponiertheit in der Welt vermittelt, ist ein Problem der philosophischen Anthropologie.“¹¹

Nun ist die Differenz zwischen Leib und Körper alles andere als einfach zu beschreiben. Eine Möglichkeit besteht darin, sie in dem Sinne zu begreifen, dass der *Leib erlebt*, der Körper hingegen *erkannt* wird. Der Arzt heilt in diesem Sinne einen naturwissenschaftlich objektivierten Gegenstand, den kranken Körper, während der Kranke selbst seinen Körper nicht nur als Gegenstand, sondern zugleich als Erlebnisraum begreift. Diese Art der Beschreibung der Differenz von Körper und Leib ist sicherlich eine der populärsten und geläufigsten. Im Endeffekt läuft sie jedoch auf die Differenz zwischen dem Erleben der Ersten Person und dem Erkennen der Dritten Person hinaus und fällt damit (wenn auch nicht notwendig) mit der Differenz von *Innen* und *Außen* sowie der Differenz von *Privat* und *Öffentlich* zusammen. Doch dies ist nicht nur erkenntnistheoretisch problematisch, sondern auch aus der Handlungsperspektive, wie bereits der erste Teil meiner Ausführungen zum Arzt-Patient-Verhältnis gezeigt hat – sie würde nämlich in der Verzweiflung des Iwan Iljitsch münden.

Darum ist es hilfreich, die häufig insinuierte Differenz zwischen *Innen* und *Außen*, *Privat* und *Öffentlich* oder *Erleben* und *Erkennen*, die die Unterscheidung zwischen Leib und Körper begründen soll, aufzulösen. Ist nämlich vom Leib die Rede, so ist von einem Ausdrucksgeschehen die Rede. Und dies heißt, dass der menschliche Körper als Leib nicht unabhängig von der Realisierung einer Bedeutung – etwa der des Zorns, der Freude, der Furcht, der Gebrechlichkeit, der Krankheit, des Leidens oder auch der Verletzlichkeit – in der Lebensform des Menschen beschrieben werden kann, sondern erst aufgrund dieser Realisierung als menschlicher Leib thematisch wird. Dadurch ist er für uns nichts Beliebiges.

Das hier in Anschlag gebrachte Ausdrucksgeschehen ist nichts Privates oder Innerliches, es ist kein Entäußern eines zuvor Verborgenen, es ist keine Übertragung vom Privaten ins Gemeinsame. Was sollte auch am Zorn,

11 Helmuth Plessner: *Homo absconditus* (1969), in: Ders.: *Die Frage nach der Conditio humana. Aufsätze zur philosophischen Anthropologie*, Frankfurt/M. 1976, S. 138-150, hier: S. 140f.

an der Gebrechlichkeit oder an der Furcht privat oder verborgen sein? Was könnte an der Freude, der Angst oder der Zuneigung innerlich sein? All diese Phänomene sind durch und durch öffentlich, sie gehören zum gemeinschaftlichen Leben und zeichnen die menschliche Lebensform als menschliche aus. Dasjenige, was den Leib als Bühne der Expressivität vom Körper als Ort der Gegenständlichkeit scheidet, ist dementsprechend nicht in der Differenz von Innen und Außen zu suchen. Der Unterschied liegt vielmehr darin begründet, dass der expressive Leib Qualitäten verkörpert, die dem gegenständlichen Körper abgesprochen werden.

Qualitäten sind jedoch nichts Privates. Die Qualität des Zorns ist so wenig privat wie die Qualität des Roten. Qualitäten sind in dem Sinne öffentlich, wie Zahlen, Spielregeln oder Märchen öffentlich sind. Und genau an dieser Stelle kann nun deutlich werden, was die These besagt, dass der Leib als die Norm des Körpers begriffen werden kann: Der qualitativ in und durch die Lebensform des Menschen bestimmte Leib ist das intrinsische Gut des menschlichen Daseins, das von dem Körper als dem extrinsischen Gut zu unterscheiden ist.

Wenn wir, um diese Differenz von intrinsischem und extrinsischem Gut zu erläutern, jemanden zum Lernen eines Instruments bewegen wollen, so könnten wir etwa sagen, dass dies gesellschaftliches Ansehen, vielleicht sogar Geld verspricht. Diesem extrinsischen Gut steht jedoch das intrinsische Gut der Musik gegenüber, das in der Praxis des Musizierens und deren Fortführung besteht. Diese Differenz gilt ebenso für diejenige zwischen Leib und Körper. Wenn wir von Optimierung oder Verbesserung sprechen, sprechen wir über den Körper als ein extrinsisches Gut. Wenn wir von Qualitäten sprechen, handeln wir vom Leib als einem intrinsischen Gut unseres Daseins. Das extrinsische Gut unseres Körpers ist an keine spezifische Praxis gebunden. Es gibt in diesem Fall stets alternative Wege, dieses Gut zu erhalten oder gar zu vermehren. Auf der anderen Seite steht das Gut des Leibes, das der Praxis menschlichen Lebens in einer Gemeinschaft inhärent ist. Wir können dieses Gut nur beschreiben, wenn wir die Praxis dieser Gemeinschaft beschreiben, und wir können dieses Gut nur begreifen, wenn wir durch Teilnahme an dieser Praxis über eine Erfahrung verfügen, über dieses Gut zu urteilen.

Stellen wir all dies nun in Rechnung, dann können wir wieder auf die Sätze zurückkommen, die im Kontext des anthropologischen Arguments eine Rolle spielen, also Sätze der Art: „Dies oder jenes sollte man unterlassen, da es der Natur des Menschen zuwider ist.“ Oder: „Unterlasse es, denn dies widerspricht Deiner Natur.“

Wenn diese oder ähnliche Sätze in der Enhancement-Debatte angeführt werden, so vermuten wir, dass gemäß ihrer Form als Erfahrungssatz eine Referenz auf die oder eine Natur im Sinne des Körpers vorliegt (und wir geraten in die diagnostizierte Not, diese Natur nicht als Maßstab bestimmen zu können oder zu wollen). Doch diese Vermutung entpuppt sich nach den Ausführungen als falsch, da solche Sätze auf keine Erfahrung des *Körpers* als Gegenstand rekurren.

Doch wovon ist dann die Rede? Worauf könnte man zeigen, wenn nicht auf die Tatsache des Körpers? Die Antwort dürfte inzwischen klar sein: Es handelt sich um den Leib als intrinsischem Gut unseres Daseins. Um dies noch genauer zu verdeutlichen, scheint es mir sinnvoll, einen Umweg zu gehen und ein anderes Beispiel anzuführen. Stellen wir uns vor, ein Kind fragt seine Eltern, warum es sich nicht selbst verstümmeln darf, denn es würde sich ja auch die Haare selbst schneiden und keiner hätte etwas dagegen. Es ist bereits ein wichtiges Indiz, dass wir auf ein solches Beispiel nicht neutral reagieren, so als wäre dies eine beliebige theoretische Frage, die je nach den Umständen mal so und mal anders beantwortet werden könnte. Natürlich könnte man sich vorstellen, wie die Eltern reagieren und sagen, dass diese Handlung unvernünftig sei, da die Verstümmelung Schmerzen bereite, oder dass es nicht sinnvoll sei, mit Narben im Gesicht herumzulaufen, weil es dann schwierig sei, einen Freund oder einen Beruf zu finden. Doch all diese Argumente spielen mit dem Kind sozusagen ein falsches Spiel. Denn es ist ein Leichtes, sich für diese Argumente triftige Gegenargumente zu überlegen bzw. Szenarien vorzustellen, die die Argumente aushebeln: So könnte man sich in dem einen Fall (dem Verweis auf Schmerzen) betäuben lassen, oder man könnte sich in dem anderen Fall (dem Hinweis auf den Beruf) auf eine einsame Insel zurückziehen wollen.

Der entscheidende Punkt ist demgegenüber vielmehr, dass wir diesen Fall nicht nach irgendwelchen Konsequenzen beurteilen, sondern nach demjenigen, was es heißt, als Mensch zu leben. Hier steht nicht der Körper, sondern der Leib zur Disposition. Die Lebensform des Menschen lässt die Selbstverstümmelung in dem Sinne als einen Defekt erscheinen, wie es ein Defekt ist, wenn die Löwin ihren Nachwuchs daran hindern würde, laufen zu lernen. Philippa Foot, die ein solches Argument anführt, formuliert in ihrem Entwurf einer „naturalistischen Ethik“, den sie im Jahr 2001 unter dem Titel *Natural Goodness* publizierte, eine provozierende Frage, die uns an dieser Stelle weiterhelfen kann:

„In meiner Sicht steht daher moralische Bewertung nicht im Gegensatz zu *Tatsachenbehauptung*, sie hat vielmehr mit Tatsachen einer besonderen Art zu tun – genauso wie Bewertungen solcher Dinge wie Sehvermögen und Gehör bei Tieren sowie anderer Aspekte ihres Verhaltens. Ich denke, niemand würde etwas anderes als eine Tatsache darin sehen, dass mit dem Gehör einer Glucke etwas nicht in Ordnung ist, die das Schreien ihres Kükens nicht ausmachen kann – ebenso wie mit dem Sehvermögen einer Eule, die im Dunkeln nicht sieht. Nicht weniger offensichtlich ist, dass es Bewertungen gibt, die auf der Lebensform unserer eigenen Spezies basieren – Bewertungen des Sehvermögens von Menschen, ihres Gehörs und Gedächtnisses, ihrer Konzentration usw., die objektiv sind und Tatsachen zum Ausdruck bringen. Warum scheint es dann so abwegig, dass sich auch die Bewertung des menschlichen Willens an Tatsachen der menschlichen Natur und des Lebens unserer Spezies orientieren muss?“¹²

Es scheint gerade nicht abwegig, eine solche Position zu vertreten, wenn wir die normative Tatsache unserer körperlichen Existenz als Leib verstehen, der sich in der Lebensform des Menschen realisiert.

Sprechen wir nämlich vom Leib, dann sprechen wir von keinem bloßen Organismus, der einem externen Gut unterworfen werden könnte, wir sprechen vielmehr von einem intrinsischen Gut unserer Existenz, das in der Realisierung eben dieser Existenz seinen Sinn entfaltet. Philippa Foot macht in ihrer eben zitierten Studie weiterhin und gleichsam süffisant darauf auf-

12 Philippa Foot, *Die Natur des Guten*, Frankfurt/M. 2004, S. 42.

merksam, dass ein Forscher unrecht hätte, „wenn er der ersten Schildkröte, der er begegnete, wegen ihrer Langsamkeit schlechte Noten gäbe.“¹³ Wir Menschenforscher müssen uns heute in einem ähnlichen Sinne fragen und fragen lassen, warum wir uns fortwährend schlechte Noten geben, nur weil wir nicht ganz so gut sehen können wie eine Fledermaus. Könnte es vielleicht sein, dass wir zwar wissen, wie wir etwas verbessern können, aber vergessen haben, was es heißt als Mensch zu leben?

13 Philippa Foot, Die Natur des Guten, Frankfurt/M. 2004, S. 56.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. Christian Bermes

Studium der Philosophie, Geschichte und Politikwissenschaft in Trier, Madrid und Frankfurt/Main. Nach einer Lehrstuhlvertretung an der TU Chemnitz, hat er seit 2009 den Lehrstuhl für Philosophie an der Universität Koblenz-Landau als Leiter des Instituts inne. 2010 installierte er dort das Graduiertenkolleg „Herausforderung Leben“, dessen Sprecher er ist. Er leitet weiterhin ein DFG-Forschungsprojekt zur Edition des „Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik“ von Max Scheler sowie ein von der Thyssen-Stiftung gefördertes Forschungsprojekt mit dem Titel „Streitfall Mensch“. Zudem ist er Herausgeber des „Archivs für Begriffsgeschichte“ sowie Vizepräsident der Max-Scheler-Gesellschaft. Seine Publikationen beschäftigen sich mit den aktuellen Problemstellungen der Anthropologie, Ethik, Phänomenologie und Sprachphilosophie.

Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs

Geb. 1958. Nach dem Studium der Medizin, Philosophie und Wissenschaftsgeschichte folgten Promotionen in Medizingeschichte und in Philosophie. Seit 1997 Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Habilitationen in Psychiatrie (1999) und in Philosophie (2010). Seit 2010 Professor für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie an der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkte: Phänomenologische Psychologie, Psychopathologie und Anthropologie, Theorie der Neurowissenschaften. Buchveröffentlichungen: „Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie“, Klett-Cotta, Stuttgart 2000. „Psychopathologie von Leib und Raum“, Steinkopff, Darmstadt 2000. „Zeit-Diagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays“, Die Graue Edition, Kusterdingen 2002. „Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays“, Die Graue Edition, Kusterdingen 2008. „Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption“, Kohlhammer, Stuttgart 2008.

Prof. Dr. Christian Grüny

Studium der Philosophie und Linguistik in Bochum, Prag und Berlin. 2003 Promotion in Bochum, 2011 Habilitation in Witten/Herdecke. Seit 2008 Juniorprofessor für Philosophie an der Universität Witten/Herdecke. Forschungsschwerpunkte: Ästhetik, Musikphilosophie, Bildtheorie, ältere kritische Theorie, Philosophie der Leiblichkeit, Schmerz, Gewalt.

Dr. med. Dr. phil. Ilhan Ilkiliç M.A.

Geb. 1967. Er hat Humanmedizin, Philosophie, Islamwissenschaften und Orientalische Philologie in Istanbul, Bochum und Tübingen studiert. Er ist seit 2005 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Islamische Bioethik, interkulturelle Medizinethik, ethische Fragen am Lebensende und ethische Aspekte von Public Health Genetics gehören zu seinen Forschungsschwerpunkten. Er ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Migration und Gesundheit“ der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) bei der Bundesärztekammer und wurde im April 2012 in den Deutschen Ethikrat berufen. Publikationen: „Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses“, in: Migration und Gesundheit, Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung, Deutscher Ethikrat (Hg.), Berlin 2010, S. 29-40. „Ethical Aspects of Genome Diversity Research: Genome Research on Cultural Diversity or Cultural Diversity of Genome Research?“, in: European Journal Medicine, Health Care and Philosophy (Zusammen mit N. W. Paul), 2009, 12(1), S. 25-34. „Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft“, Diss., Münster-London: LIT, 2002.

Prof. Dr. Heinz Schott

Geb. 1946. Studium der Medizin und Philosophie in Heidelberg, München und Glasgow. 1978-1987 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Freiburg i. Breisgau. Habilitation für

das Fach Geschichte der Medizin 1982. Seit 1987 Professor für Geschichte der Medizin (C 4) an der Universität Bonn und Leiter des dortigen Medizinhistorischen Instituts. Hauptarbeitsgebiete: Geschichte der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse; Medizin der Goethezeit (Mesmerismus, Medizin der Romantik); Magische bzw. (al)chemische Medizin (Paracelsismus); Geschichte der Medizinischen Anthropologie. Veröffentlichungen: „Zauberspiegel der Seele: Sigmund Freud und die Geschichte der Selbstanalyse“ (1985); „Die Chronik der Medizin (1993)“; „Der sympathetische Arzt: Texte zur Medizin im 18. Jahrhundert“(Hrsg., 1998); „Geschichte der Psychiatrie: Krankheitskonzepte – Irrwege – Behandlungsformen“ (zusammen mit Rainer Tolle, 2006); „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ (zusammen mit Walter Bruchhausen, 2008).

Dr. Frank Vogelsang

Geb. 1963. Direktor der Evangelischen Akademie im Rheinland, 1990 Dipl.-Ing. Elektronik. 1994 1. kirchliches Examen evangelische Theologie. 1998 Promotion: „Ingenieurethik. Ein Ansatz aus theologischer Perspektive“. Arbeitsschwerpunkte: Dialog zwischen Naturwissenschaft, Theologie, Bioethik, Neuroethik. Veröffentlichungen u.a.: „Offene Wirklichkeit. Ansatz eines phänomenologischen Realismus nach Merleau-Ponty“, Verlag Karl Alber, Freiburg/München 2011.