

Urania-Verlag Leipzig – Jena – Berlin 1973

Reihe: Wissenschaft und Weltbild

Herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Ley

## **Die Funktionen des philosophischen Denkens in der Medizin und die allgemeine Bewegungsrichtung medizinisch-theoretischen Denkens**

Die Funktion des marxistisch-leninistischen philosophischen Denkens in der Medizin ist im grundlegenden die gleiche, wie sie auch in anderen Wissenschaften auftritt. Sie kommt in einer direkten oder indirekten Mitwirkung der Philosophie bei der Bestimmung der allgemeinen Eigenschaften und Gesetzmäßigkeiten des Gegenstandes der bestimmten Wissenschaft zum Ausdruck und schließt damit auch die Verständigung darüber ein, wie die Stellung dieses Gegenstandes oder Objektes im Gesamtzusammenhang der Wirklichkeit zu beurteilen ist. Diese Funktion umfaßt weiterhin die Mitwirkung bei der Ausarbeitung der Methodologie der betreffenden Wissenschaft über die Verallgemeinerung der Erfahrungen wissenschaftlicher Forschung selbst wie auch über die Ableitung von Konsequenzen für das erkennende Denken aus den Besonderheiten des Untersuchungsobjektes. Schließlich umfaßt sie auch die Bestimmung von Kriterien für das wissenschaftliche und praktische Verhalten im Umgang mit dem wissenschaftlichen Objekt und insofern die Überlegung über gesellschaftlich bedingte Wertmaßstäbe und moralische Prinzipien, die für die jeweilige konkrete Wissenschaft unter gegebenen und historisch geformten gesellschaftlichen Verhältnissen gelten. Es ist sicher möglich, die Komponenten dieser Funktion der Philosophie in der Wissenschaft noch weiter zu systematisieren und beispielsweise die genannten Beziehungen in einen ontologischen (oder die Seinsgesetzlichkeit betreffenden), in einen erkenntnistheoretisch-methodologischen und einen ethischen Aspekt einzuteilen. Entscheidend über solche Einteilungen hinaus sind jedoch die konkret zu erfassenden Formen dieser Zusammenhänge und Vermittlungen, die sich äußerst vielgestaltig und differenziert entfalten.

In der Medizin tritt hinsichtlich einer solchen Funktion der Philosophie insofern eine Besonderheit auf, als ihr Gegenstand oder Objekt der Mensch ist, und zwar der Mensch mit seinen Eigenschaften, gesund oder krank zu sein. Diese Eigenschaften [6] betreffen grundlegende Lebensbedürfnisse, können nur im gesellschaftlichen Lebensprozeß erhalten oder bewältigt werden und bedingen damit ein Verhältnis zu der sich mit ihnen befassenden Wissenschaft, das in viel stärkerem Maße als beispielsweise in der Mathematik und Biologie Wertmaßstäbe, Wünsche und Leidenschaften in die theoretischen Diskussionen einfließen läßt. Der Mensch ist darüber hinaus nicht nur ein äußerst kompliziertes Objekt für die wissenschaftliche Forschung, sondern beurteilt auch in Gestalt wissenschaftlicher Aussagen sich selbst vom Standpunkt seiner gesellschaftlichen Erfahrungen und historisch gewachsenen Wertmaßstäbe. Das ergibt eine zusätzliche Schwierigkeit für das wissenschaftliche Erkennen, da objektive Sachverhalte und subjektive Erwartungen nicht immer einfach voneinander zu unterscheiden sind. Aus diesen Gründen ist das theoretische Denken in der Medizin in einer noch ausgeprägteren Form und viel unmittelbarer als die anderen Naturwissenschaften mit philosophischen Reflexionen und weltanschaulichen Entscheidungen verbunden und vollzieht in seiner spezifischen Entwicklung alle jene komplizierten Entwicklungsprozesse nach, in denen sich die Gegensätze und auch die allmähliche Höherentwicklung des philosophischen Selbstverständnisses der Menschen in der Geschichte der Philosophie und Ideologie im engsten Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Entwicklungsgang selbst repräsentieren. Das gilt auch dann, wenn diese oder jene Theoretiker der Medizin in dem Glauben lebten oder noch leben, daß ihr souveränes Denken sich von der Philosophie freimachen könne. Tatsächlich befreien kann sich der Wissenschaftler und erst recht der Mediziner immer nur von einer bestimmten Philosophie – niemals vom weltanschaulichen Denken selbst. Wir wollen dies im folgenden zunächst dadurch verdeutlichen, daß wir den allgemeinen Entwicklungsprozeß skizzieren, in dem sich bestimmte, allgemein anerkannte theoretische

Denkweisen in der Medizin herausbilden. Von diesem Verständnis her wird dabei zu untersuchen sein, welche allgemeine Bewegungsrichtung das medizinische Denken in seiner jüngeren Geschichte bis in die Gegenwart hinein aufweist und inwiefern diese Bewegung auch zugleich die des philosophischen Denkens in der Medizin zum Ausdruck bringt.

Nachdem am Ausgang des Mittelalters und in der Naturphilosophie der Romantik die Medizin als Universalwissenschaft in dem Sinne verstanden wurde, daß sie im Krankheitsgeschehen das Wirken grundlegender belebender und beseelender Kräfte der [7] Natur aufdecke und deshalb auch als eine Lebenskunstlehre aufzufassen sei, begann sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Deutschland immer deutlicher eine bedeutsame Wendung zu einer streng naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Medizin durchzusetzen, deren Vorstufen bereits im 17. Jahrhundert geschaffen worden sind. Dieser Übergang bedeutete die endgültige Konstituierung der Medizin als exakte Wissenschaft und hatte einen ganz entscheidenden Einfluß auf deren gesamte weitere schnelle und erfolgreiche Entwicklung. Äußerlich erschien der damit entfaltete Gegensatz einer romantisch-spekulativen und einer naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise als Gegensatz von Philosophie und Wissenschaft. So etwa, wenn der von Novalis vertretenen Auffassung, die Krankheit sei ein produktives Prinzip menschlichen Lebens, denn ohne Leid und Tod würde der Mensch nicht denken und zum kulturvollen Leben reifen, von R. Virchow, dem bedeutendsten Verfechter der neuen naturwissenschaftlichen Auffassung, entgegengehalten wurde: „Der Naturforscher kennt nur das, was der naturwissenschaftlichen (sinnlichen) Forschung zugänglich ist; wie sollte er den großen Unbekannten beschreiben, von dem er keine Eigenschaften wahrnimmt ... Der Naturforscher kennt nur Körper und Eigenschaften von Körpern; was darüber ist, nennt er transzendent, und die Transzendenz betrachtet er als eine Verirrung des menschlichen Geistes.“<sup>1</sup> In dem Maße aber, wie bei der Ausarbeitung dieses naturwissenschaftlichen Standpunktes in der Medizin, an der neben R. Virchow im vorigen Jahrhundert vor allem auch J. Müller und C. Ludwig als Physiologen und W. Griesinger als Psychiater beteiligt waren, die Ergebnisse der naturwissenschaftlichen Forschung wiederum verallgemeinert werden konnten und mußten, erwiesen sich die theoretische Fassung dieser Ergebnisse und auch der theoretische Ausgangspunkt wieder sehr eindeutig philosophisch geprägt oder, anders ausgedrückt, als eine bestimmte Ausdrucksform einer dem romantisch-spekulativen philosophischen System entgegengesetzten philosophischen Welt- und Menschenauffassung. Das wird allerdings erst deutlich, wenn wir die allgemeinen Prinzipien einer naturwissenschaftlichen Auffassung der Medizin zusammenfassen. Zu diesen gehören u. a. folgende Annahmen, die in den Werken der genannten führenden Vertreter der neuen Denkweise in der Medizin eine entscheidende Rolle spielen:

- Mißbildung und Krankheit sind als Folgen von Störungen biologischer Prozesse im menschlichen Organismus aufzufassen und [8] durch die Untersuchung der biologischen Organisation im Detail aufzuklären<sup>2</sup>;
- auch die Krankheiten im psychischen Bereich beruhen auf Störungen der materiellen Grundlagen des Psychischen und können nur über die Untersuchung des Gehirns und seiner Funktionsweisen geklärt werden<sup>3</sup>;
- da die Medizin eine empirisch zu betreibende Wissenschaft sein muß, bilden die morphologisch vorgehende Pathologie und die Physiologie die tragenden Säulen des Systems der medizinischen Wissenschaft, und ihre Exaktheitsmaßstäbe müssen die der anderen entwickelten Naturwissenschaften, vor allem die der Physik, sein.

In diesen und weiteren, beispielsweise auch eine strenge kausale Determiniertheit jeglichen Krankheitsgeschehens behauptenden Thesen kommt sehr deutlich eine spezifische philosophische Sicht

---

<sup>1</sup> Virchow, R.: Archiv für pathologische Anatomie 2 (1849) 9.

<sup>2</sup> Wobei insbesondere in Gestalt der Zellulärpathologie auch noch davon ausgegangen wurde, daß diese Störungen in den „kleinsten“ Bausteinen des Organismus, in der Zelle, angesiedelt seien. Virchow, R.: Die Zellulärpathologie in ihrer Begründung auf physiologischer und pathologischer Gewebelehre. Berlin 1858.

<sup>3</sup> Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie psychischer Krankheiten. Stuttgart 1845.

des Menschen und seiner Stellung in der Welt zum Ausdruck. In dieser erscheint er vorwiegend als ein Naturwesen, den gleichen Gesetzen und zwangsläufigen Notwendigkeiten wie jedes andere Naturding ausgesetzt und sachlich-rationalistisch in allen seinen Eigenschaften in den Naturzusammenhang der Wirklichkeit eingebettet. Dieser neuen Akzentuierung des Menschenbildes in der Medizin steht die Herausbildung einer naturwissenschaftlich-experimentellen Analyse des Psychischen zur Seite, und sie findet im gleichen Zeitraum in Deutschland ihre Verfechter auch in der Philosophie selbst, beispielsweise bei L. Feuerbach, bei C. Vogt u. a., die ihrerseits nachweisbar aktiv an der Förderung der entsprechenden Auffassungen in der Medizin mitgewirkt haben.

Komplexe Entwicklungen dieser Art kommen nicht zufällig zustande, sondern sind letzten Endes immer nur zu begreifen als ein notwendiger geistiger Reflex auf veränderte gesellschaftliche Lebensformen und Existenzbedingungen der Menschen. Bei genauerer Untersuchung dieser Hintergründe der kurz skizzierten Wandlungen in den allgemeinen theoretischen Ideen der Medizin von ihrem Gegenstande zeigt sich denn auch sehr eindeutig, daß es die in dieser Zeit auch in Deutschland sich formierende kapitalistische Produktionsweise war, die sowohl eine in vieler Hinsicht neue Lebensweise und Lebenserfahrung der Menschen konstituierte als auch über die Herrschaftsinteressen der aufstrebenden Bourgeoisie eine neue Ideologie zum Tragen brachte, die sich notwendig als direkter Gegensatz gegen die den Feudalismus stützende theologische Weltanschauung formieren mußte und deshalb [9] zunächst und in dieser Aufstiegsphase Materialismus war. Da sich die gleichen Zusammenhänge zwischen dem Fortschritt in der gesellschaftlichen Entwicklung einerseits und seinem geistigen und speziell auch philosophisch-theoretischen Widerschein andererseits mit gewissen Zeitverschiebungen ebenfalls in anderen Ländern nachweisen lassen, kann hier von einem wesentlichen und gesetzmäßigen Bezug gesprochen werden.<sup>4</sup> Für die Theorien entwerfenden Mediziner erschien damals die Entwicklung des wissenschaftlichen Denkens durchaus einseitig als notwendiges Ergebnis einer stetig voranschreitenden Spezialisierung und Bereicherung naturwissenschaftlicher Kenntnisse. Daß sie mit der Formulierung weitreichender und sehr allgemeiner qualitativer Eigenschaften ihrer Objekte zugleich auch wiederum Weltanschauungswissen produzierten, wurde ihnen nur selten bewußt. Wie eng sie in ihrem Denken aber auch mit der gesellschaftlichen Entwicklung verflochten blieben, zeigen sehr anschaulich die in jener Zeit vom Naturwissenschaftlichen ausgehenden Überlegungen über Wege und Möglichkeiten zur Vervollkommnung und Harmonisierung des gesellschaftlichen Lebens selbst, in denen sie sich als wirkliche Kinder ihrer Zeit und der in ihr herrschenden Ideologie erwiesen. Von Beginn dieser neuen Entwicklungsperiode der Medizin an bemerken wir nämlich bei ihnen ein eigentümlich lebhaftes Interesse für die Konsequenzen, die sich aus ihrer spezifischen Auffassung des Naturobjektes Mensch für die Gesellschaft ergeben. Bereits 1849 schrieb R. Virchow: „... welche andere Wissenschaft könnte mehr berufen sein, in die Gesetzgebung einzutreten, um jene Gesetze, welche in der Natur der Menschen schon gegeben sind, als die Grundlagen der gesellschaftlichen Ordnung geltend zu machen. Der Physiologe und der praktische Arzt werden, wenn die Medizin als Anthropologie einst festgestellt sein wird, zu den Weisen gezählt werden, auf denen sich das öffentliche Gebäude errichtet ...“ Und diese Vorstellung zieht sich charakteristischerweise bis in die Anfangsjahre unseres Jahrhunderts durch eine Vielzahl von besonderen zeitgeschichtlichen Reformbewegungen und als eine Art Standardthema optimistischer Zukunftserwartung auch durch die seit den vierziger Jahren des vorigen Jahrhunderts regelmäßig tagenden repräsentativen Versammlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte hindurch.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Vgl. dazu die eingehendere Darstellung bei Thom, A.: Grundlegende Wandlungen des theoretischen Denkens in der Medizin in philosophisch-wissenschaftstheoretischer Sicht. In: Lenin und die Wissenschaft. Bd. II. Berlin 1970, S. 345-373.

<sup>5</sup> Schipperges, H.: Utopien der Medizin. Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologie des 19. Jahrhunderts. Salzburg 1968.

Die sich hinter diesen Aussprüchen und illusionären Erwartungen verbergenden, wiederum im Grunde philosophischen Auffassungen von der Gesellschaft waren ausgesprochen bürgerlicher [10] Natur und unterstellten eine ideale Ordnung und Harmonie des gesellschaftlichen Lebens im Sinne eines reibungslos und störungsfrei funktionierenden Systems der kontinuierlichen Entwicklung der Produktivkräfte auf der Basis der kapitalistischen Ordnung. Kritik an dieser Ordnung selbst wurde nie direkt geübt; wo es sie überhaupt gab, zielte sie auf die Ausgleicheung sich entwickelnder Widersprüche, die die Gefahr sozialer Erschütterungen und Revolutionen in sich bargen, auf Reformen im Sinne der Bismarckschen Sozialgesetzgebung und dergleichen Palliativmittel. Es ist deshalb auch kein Wunder, daß sich mangels wirklicher Einsicht in die besonderen Entwicklungsgesetze des gesellschaftlichen Lebens und infolge der festen Gebundenheit der führenden medizinischen Wissenschaftler jener Zeit an die herrschende gesellschaftliche Ordnung ihre gesellschaftlichen Vorstellungen weitaus schneller den Bestrebungen der herrschenden Klassen anpaßten, als von ihnen selbst bemerkt wurde. R. Virchow, der noch 1848 gegen die absolutistische Herrschaft auftrat und damals die Verbesserung der Lebenslage der Werktätigen als Hauptinhalt humanitärer Entwicklung ansah, verkündete 1860 auf der Naturforscher-Versammlung in Königsberg in einem Vortrag zum Thema „Über den Fortschritt in der Entwicklung der Humanitätsanstalten“, daß Schulung des Geistes, Gymnastik und militärische Erziehung jene Zielpunkte seien, in denen sich der Humanismus zu bewähren habe. Zu Beginn unseres Jahrhunderts entstehen im Rahmen dieses „naturwissenschaftlichen“ Denkens in der Medizin Programme zur eugenischen und rassenhygienischen Vervollkommnung der Gesellschaft, und eine leider überaus große Zahl von in vieler Hinsicht auf wissenschaftlichem Gebiet verdienstvollen Medizinern schwenken dann in der Folge völlig eindeutig auf die Zielstellungen imperialistischer Raubpolitik und schließlich auch des offenen und unverhüllten aggressiven und menschenfeindlichen Faschismus ein.

Ebenso wie die im Rahmen der naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin des vorigen Jahrhunderts ausgeprägte eigentümliche Vorstellung vom Menschen dieses in einigen Zügen nur angedeutete Gesellschaftsbild beeinflußt, haben sich auch die von den Medizinern vertretenen gesellschaftlichen Ideen auf ihr Naturbild ausgewirkt. Eindeutig nachweisbar ist dies vor allem in jenem Moment, zu dem Fr. Engels vermerkte, daß die Naturwissenschaft jener Periode charakterisiert sei durch „die Herausarbeitung einer eigentümlichen Gesamtanschauung, deren Mittelpunkt die Ansicht von der absoluten Unveränderlichkeit der Natur bildet“.<sup>6</sup> Fehlende Einsicht in dialektische Zusammenhänge erweist sich damit für dieses naturwissenschaftliche Denken direkt und auch in seinen Anwendungen auf die Gesellschaft als entscheidender Mangel, wobei dieser Mangel nicht so sehr einem unentwickelten Stand der Naturforschung anzulasten ist – mindestens nicht mehr seit den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts – als vielmehr einer unkritischen Anpassung der Wissenschaftler an eine gegenüber der Vergangenheit zwar fortschrittliche, aber in sich selbst konservative bürgerliche Ideologie.

Es ist somit festzustellen, daß die prinzipiell bedeutsamen und leitenden Ideen, die im Zusammenhang mit der Formierung der neuen naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin entstehen, neben ihrem speziell medizinischen weitgehend auch einen philosophisch-weltanschaulichen Inhalt haben und insofern nicht nur die Verallgemeinerung einer Menge spezieller empirischer Kenntnisse, sondern auch eine Stellungnahme, ein Verhältnis zu den Untersuchungsobjekten ausdrücken. Dies ist eine charakteristische Eigenart aller allgemeinen theoretischen Ideen in den Einzelwissenschaften, eine Art Doppelcharakter, der ihnen zukommt. Insofern sie von bestimmender Bedeutung für das weitere Herangehen an die wissenschaftliche Forschung sind und das Denken der Wissenschaft einer ganzen Epoche beeinflussen, können sie auch als leitende Ideen oder – wenn sie in ihrem inneren Zusammenhang gesehen werden – als theoretische Leitkonzeptionen bezeichnet werden. Der Entwicklungsgang des wissenschaftlichen Denkens schließt ein, daß solche Ideen oder Leitkonzeptionen – in der Wissenschaftstheorie

---

<sup>6</sup> Engels, F.: Dialektik der Natur. In: K. Marx, F. Engels: Werke, Band 20. Berlin 1962, S. 314.

der bürgerlichen Gesellschaft werden sie auch als Paradigmen bezeichnet<sup>7</sup> – von Zeit zu Zeit in Form von Revolutionen im wissenschaftlichen Denken abgelöst und durch neue ersetzt werden. Die Quellen derartiger Umwandlungen erweisen sich dabei als ein vielgestaltiges System von Faktoren, unter denen heranreifende Widersprüche zwischen einmal entstandenen Theorien und dem sich entwickelnden empirischen Wissen, zwischen solchen Theorien in verschiedenen Wissenschaftsgebieten und zwischen solchen Theorien und den philosophisch-weltanschaulichen bzw. ideologischen Auffassungen einer bestimmten Gesellschaftsform eine besondere Rolle spielen.<sup>8</sup> Die unmittelbare Wechselbeziehung von philosophischem und medizinisch-theoretischem Denken ist deshalb ein inhärentes Moment der wissenschaftlichen Entwicklung und viel enger und unauflösbarer, als in der Regel noch von den Medizinern gesehen wird. Infolge der Kompliziert-[12]heit dieser Zusammenhänge und der Vielzahl der am theoretischen Prozeß beteiligten Faktoren tauchen in seinem Verlauf auch immer wieder Widersprüche auf. Die weitgehende Herrschaft des genannten naturwissenschaftlichen Denkkonzepts war deshalb auch begleitet von zugleich weiterwirkenden oder auch in neuer Form auftauchenden spekulativ-idealistischen Ideen über den Menschen sowohl in der Philosophie (etwa in dieser Periode vor allem ausgehend von Schelling über Nietzsche zu Dilthey) als auch in der Medizin selbst. Ein neuerlicher Umschwung deutet sich dann vor allem an, als das Gewicht der mit ausgesprochen idealistischen philosophischen Ansichten in der Medizin verbundenen Konzepte auf Grund verschiedener Ursachen zunimmt und eine direkte und offene Gegenbewegung gegen das klassisch-naturwissenschaftliche Denken zustande kommt. Der Gegensatz zum naturwissenschaftlichen Denkmodell in der Medizin brach von verschiedenen Seiten her besonders zu Beginn unseres Jahrhunderts auf und entzündete sich vor allem an der Frage nach der Bedeutung psychischer Faktoren für die Medizin und das Krankheitsgeschehen. Genannt seien hier als Auswahl aus jenen Ansätzen, die der Sache nach eine Negation des naturwissenschaftlichen Konzepts anstrebten, die Bemühungen von Jaspers und anderen um die Durchsetzung des von neukantianischen und lebensphilosophischen Thesen über die Sonderstellung des Psychischen ausgehenden „geisteswissenschaftlichen“ Herangehens in der Psychiatrie, die Versuche zur Begründung einer psychosomatischen Medizin als umfassender theoretischer Konzeption zur Einbeziehung psychischer Prozesse und Bedingungen in die Krankheitslehre und Therapie, die Bemühungen um eine anthropologische Medizin und auch um eine Pathologie der Person u. a. Zu Beginn der dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts war dadurch eine Situation entstanden, in der das klassisch-naturwissenschaftliche Konzept ernsthaft in Frage gestellt schien, und zwar primär deshalb, weil es für die wissenschaftliche Lösung des Subjektiven in der Medizin keine Voraussetzungen aufwies, ja für dieses Moment nicht einmal Raum in seinem theoretischen System hatte.

Wir können, das Gemeinsame aller dieser Bestrebungen zusammenfassend, von der immer deutlicheren Herausbildung eines geisteswissenschaftlichen theoretischen Leitkonzepts in der Medizin sprechen und finden die Ursachen dieser Entwicklung auch wiederum in einem ganzen Komplex von Bedingungen, unter denen wesentliche Umwandlungen in den herrschenden ideologischen Ver-[13]hältnissen der in die imperialistische Entwicklungsphase eintretenden bürgerlichen Gesellschaft eine ganz entscheidende Rolle spielen. Die aus den sozialökonomischen Widersprüchen resultierende allgemeine Unsicherheit des gesellschaftlichen Lebens, die sich in einer permanenten Kriegsgefahr, in rasch aufeinanderfolgenden Weltwirtschaftskrisen, in gewaltigen revolutionären Erschütterungen ausdrückte, ließ menschliches Verhalten und gesellschaftliche Bewegungen irrational erscheinen und aus der Geordnetheit und Gesetzmäßigkeit der Naturvorgänge scheinbar herausfallen. Der weitverbreitete und Bürgern wie Kleinbürgern zur Gewohnheit gewordene Antikommunismus machte es auch klugen und humanistisch

<sup>7</sup> Kuhn, Th.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt/M. 1967.

<sup>8</sup> Jobst, E. und A. Thom: Entwicklungsbedingungen und Ausdrucksformen von Revolutionen im wissenschaftlichen Denken. D. Z. f. Philos. 20 (1972) 5, S. 547-563.

gesinnten Wissenschaftlern schwer, den Marxismus-Leninismus zu begreifen und gerade in der revolutionären Arbeiterbewegung die Zukunft der Geschichte und den verlorengegangenen Geschichtsoptimismus zu entdecken. Philosophischer Irrationalismus und Agnostizismus, die in diesem Rahmen sowohl einen typischen Reflex auf die gesellschaftlichen Erscheinungen als auch ein geeignetes Mittel zur Verdeckung der eigentlichen Ursachen der Misere imperialistischen Gesellschaftslebens bilden, bestimmen weitgehend den Charakter und die Tendenz des theoretischen Denkens in der geisteswissenschaftlichen Medizin, ohne jedoch den für die Praxis weiterhin unumgänglichen naturwissenschaftlichen Standpunkt vollkommen verdrängen zu können. Die Aufspaltung der theoretischen Systeme der Medizin bleibt daher für die Folgezeit ein bleibendes Merkmal ihrer Existenzform in der bürgerlichen Gesellschaft und wirkt heute, wenn auch in etwas anderen Formen, weiter. Dafür zeugt ein charakteristisches Beispiel aus der neueren Literatur mit einem durchaus aktuellen Hintergrund, nämlich der Auseinandersetzung um die Studienreform des Medizinstudiums in der BRD. Auch in dieser vor etwa vier Jahren besonders intensiv geführten Diskussion ging es um eine grundlegende einheitliche theoretische Konzeption der Medizin, als deren mögliche Modelle sich wiederum das klassisch-naturwissenschaftliche und das geisteswissenschaftliche oder auch anthropologische Konzept anboten. Einer der neueren Anhänger der anthropologischen Medizin, der Psychiater H. Tellenbach aus der BRD, vertrat dabei die folgende These – er schrieb: „Die Medizin der Zukunft wird sich nur dann humanisieren lassen, wenn sie das spezifisch Menschliche des menschlichen Leibes in einer grundlegenden wissenschaftlichen Lehre in ihren Bestand aufnimmt.“<sup>9</sup> Den Gegensatz einer so verstandenen Theorie der [14] Medizin zum traditionellen naturwissenschaftlichen Denken stellte er im folgenden in der Weise dar, daß er die seiner Ansicht nach wichtigen theoretischen und methodologischen Prinzipien beider Denkrichtungen direkt einander gegenübersteht. Dabei ergibt sich dann folgendes Bild:

*Annahmen und Ziele der naturwissenschaftlichen Medizin*

Aufgabe der Medizin sei die biophysische und biochemische Analyse des Organismus mit technischen Hilfsmitteln.

Gegenstand der Medizin sei das mehr oder weniger vorstellbare, kompliziert konstruierte System von Organen; das Körperding.

Anzustreben sei die Exaktheit in den mathematischen Wissenschaften.

Die Physiologie und die Medizin seien von philosophischen Spekulationen freizuhalten.

Ergebnis dieser Medizin sei der Physiologe als Physiko-Chemiker.

*Annahmen und Ziele der anthropologischen Medizin*

Aufgabe der Medizin sei es, makroskopische Bilder des körperlichen Geschehens, seine dynamischen Gestalten und die darin beobachtbaren Sinnzusammenhänge zu erfassen.

Gegenstand der Medizin sei der die Welt erschließende, der beseelte Leib. Geist im Stoff.

Anzustreben sei die notwendige Unexaktheit in der Biologie.

Die Trennung von Philosophie und Wissenschaft sei unmöglich.

Ergebnis dieser Medizin sei der Physiologe als Arzt.

Abgesehen davon, daß die Positionen einer naturwissenschaftlich aufgefaßten Medizin sehr einseitig und z. T. auch mit ausgesprochen demagogischer Absicht dargestellt werden, macht diese Gegenüberstellung doch recht deutlich, wie unterschiedlich und auch unvereinbar diese Systeme zueinander stehen und wie stark auch in den anthropologischen Thesen spekulative

<sup>9</sup> Tellenbach, H.: F. J. J. Buytendyks „Prolegomena einer anthropologischen Physiologie“, ein substantieller Beitrag zur Konzeption einer neuen Studien- und Approbationsordnung. *Nervenarzt* 41(1970) 8, S. 400-403.

Philosophie zum Ausdruck kommt. Das geisteswissenschaftliche Konzept der Medizin erweist sich damit auch in einer gegenwärtigen Gestalt – in der es auch von A. Jores, V. v. Weizsäcker u. a. vertreten wird – in doppelter Weise als eine Reaktion auf die vorhergehende und z. T. auch nebenherlaufende Entwicklung des naturwissenschaftlichen Denkens. In formaler Hinsicht handelt es sich um eine Reaktion im Sinne des Geltendmachens eines gegensätz-[15]lichen Standpunktes, dem das Bewußtsein eines Mangels bezüglich der Stellung des Psychischen oder Subjektiven zugrunde liegt. In qualitativer Hinsicht handelt es sich um eine Reaktion im Sinne der Negation auch durchaus bewährter und progressiver Seiten und Momente der Wissenschaftsentwicklung. Wenn es auch unbezweifelbar ist, daß der naive und einfache naturwissenschaftliche Materialismus einseitig, fehlerhaft und unvollkommen ist und insofern einer Weiterentwicklung und Präzisierung bedarf, so ist erst recht hervorzuheben, daß demgegenüber der Rückgriff auf irrationalistischen Idealismus in der Medizin ausgesprochen reaktionär und falsch ist. Wir verkennen bei dieser kurzen Bewertung allerdings nicht, daß im Rahmen der anthropologischen und psychosomatischen Medizin aufgeworfene Fragen teilweise wichtig sind und einer weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung bedürfen, und werden uns im Abschnitt „Das psychosomatische Problem“ damit etwas eingehender befassen.

Wenn wir feststellen konnten, daß die Ursachen für die Herausbildung zunächst der naturwissenschaftlichen, später auch der ihr entgegengesetzten geisteswissenschaftlichen theoretischen Leitkonzeption in der Medizin in ganz wesentlichem Maße immer auch in einer bestimmten gesellschaftlichen Situation und in der von dieser hervorgebrachten Ideologie liegen, so folgt daraus auch, daß bedeutsame weitere Entwicklungen des theoretischen Denkens der Medizin bei ernsthaften Veränderungen des gesellschaftlichen Lebensprozesses und im Zusammenhang mit Wandlungen in der ideologischen Situation der Gesellschaft auftreten müssen. Dies ist auch tatsächlich der Fall; allerdings sind die hier gerade in der allerjüngsten Geschichte und z. T. auch noch in der Gegenwart sich entfaltenden theoretischen Veränderungen schwerer zu übersehen und in diesen generellen Zusammenhang einzuordnen. Ein noch fehlender historischer Abstand erschwert dabei die Einschätzung wesentlich und läßt uns weniger abgeschlossene Ergebnisse, vor allem erst Tendenzen und sich abzeichnende Konturen erfassen. Zu beachten sind hier vor allem zwei interessante Entwicklungslinien: die eine, die sich in der allmählichen Herauskristallisierung eines eigenständigen theoretischen Standortes in der Medizin der sozialistischen Gesellschaft deutlich macht, und eine zweite, die sich innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft selbst als kritischer Protest gegen eine systemkonforme und dieser Gesellschaftsform angepaßte Medizin akzentuiert und zu formieren beginnt. Zu beschreiben ist zunächst diese zweite Linie.

[16] Im Rahmen der vor allem seit 1966 an den höheren Bildungseinrichtungen der entwickelten imperialistischen Staaten und damit auch in der BRD spürbaren politischen Bewegung einer zum Teil doch recht unklaren und zum Anarchismus neigenden Studentenbewegung wurden auch die Probleme einer grundsätzlichen Reform des Medizinstudiums Gegenstand intensiver politischer Diskussionen. Medizinstudenten und interessierte Studierende auch anderer Fakultäten behandelten solche Fragen in sogenannten Basisgruppen, entfalteten eine rege Publikationstätigkeit über Flugschriften und spezielle Studentenzeitschriften (eine erschien auch unter dem Titel „Der rote Medicus“) und erarbeiteten sich Positionen, die im Zeichen einer zunehmenden Radikalisierungstendenz zu einer sehr harten Kritik an der traditionellen Theorie und Praxis der Medizin führten. So heißt es beispielsweise in einer Kollektivarbeit von Freiburger Medizinstudenten: „Die Medizin hat sich heute als Wissenschaft selbst aufgegeben. Sie hat keinen Begriff von sich selbst, entbehrt einer kritischen Theorie und beschränkt sich im wesentlichen auf die Anwendung naturwissenschaftlicher Ergebnisse auf den Menschen. Die Naturwissenschaften ... haben ... die Medizin okkupiert, prägen und beherrschen den Begriff von Krankheit und die Art der Auseinandersetzung mit dem kranken Menschen. Welches sind nun die Konsequenzen einer auf diese Weise eindimensionalen Medizin? Da Medizin in einem gesellschaftlichen Rahmen veranstaltet wird, da ärztliches Handeln soziales Tun ist, Medizin aber

heute diese Bezüge zurückweist, macht sie sich zum bewußten Handlanger des jeweils herrschenden Systems.“<sup>10</sup> Ähnliche Ideen wurden von vielen weiteren Basisgruppen und in der Folgezeit auch von einem Kreis jüngerer Wissenschaftler, Mediziner und Soziologen geäußert, die offenbar aus dieser Bewegung hervorgegangen sind. In der Anwendung der Sprache der Politik könnte man hier von einer Kritik des naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin von links sprechen – während das geisteswissenschaftliche Gegenkonzept eine Art Kritik von rechts wäre. Eine nähere Betrachtung der mit dieser zunächst linksorientierten Kritik weiter ausgedrückten Standorte zeigt aber, daß sie in sich sehr differenziert und problematisch sind. Neben den berechtigten Forderungen nach der Aufhebung des privatwirtschaftlichen Systems medizinischer Versorgung im Kapitalismus, nach der Vergesellschaftung der ärztlichen Praxen und der Kliniken, nach der Abschaffung der Klasseneinteilung in den Krankenhäusern und dem Aufbau einer ein-[17]heitlichen Versicherung sowie einer kostenlosen Sozialfürsorge, nach einer grundlegenden Reform des Hochschulwesens u. a. tauchen in dem vorgelegten Programm auch sehr unklare Vorstellungen auf, beispielsweise die einer gleichen Entlohnung aller im Gesundheitswesen Beschäftigten, und schließlich eine Reihe von eindeutig falschen Ideen über den Charakter einer generell erforderlichen Revolutionierung der gesellschaftlichen Verhältnisse und der Aufgaben der Medizin in einer solchen Revolution. Zu letzterem Aspekt wird beispielsweise folgendermaßen argumentiert: Krankheit sei ein gesellschaftlich geformtes Verhalten, vor allem Ausdruck von Konflikten zwischen individuellen Interessen und Bedürfnissen und den jeweils von der Gesellschaft gebotenen Möglichkeiten zu deren Realisierung. Für ein solches Verständnis erweitert sich dann der Aufgabenbereich der Medizin „von der Beschäftigung mit dem kranken Menschen zur Auseinandersetzung mit den Gründen, die zur Erkrankung in einem alle faßbaren Umweltfaktoren einschließenden Sinn führen.“ Demzufolge müsse die Medizin politisch wirksam werden und an einer erforderlichen Revolution der gesellschaftlichen Verhältnisse teilnehmen. „Diese Revolution“, wird dann schließlich gefolgert, „muß sich richten gegen die krankhaften Faktoren der Gesellschaft, gegen Abhängigkeitsverhältnisse, gegen sexualfeindliche Beziehungsnormen, die mit dem Einhämmern von Moralbegriffen wie: Sauberkeit, Sparsamkeit, Gehorsamkeit, Pflichtbewußtsein und der Unterdrückung der Sexualität Potentiale an Aggressionen schafft, die in der Gesellschaft mißbraucht werden.“<sup>11</sup>

Hier wird nun nicht nur großzügig vergessen, daß Krankheit ein weitaus komplexeres Geschehen darstellt, als nur Ausdruck unbewältigter Konflikte zu sein – obwohl auch solche Krankheit möglich ist –, sondern vor allem ein im bürgerlichen Denken selbst befangen bleibendes Verständnis des Gesellschaftlichen sichtbar, welches über der Abstraktion von den entscheidend wichtigen materiellen Produktionsverhältnissen die Wurzel aller Übel letzten Endes in falschen Einstellungen zur Individualität und Freiheit des Menschen steht und dabei unversehens von der Revolution als einer Umwälzung der Produktions- und Eigentumsverhältnisse zu einer seichten Aufklärungsphilosophie gelangt. Die geistigen Väter dieses genaugenommen sehr naiven Programms des in der ersten Phase dieser Entwicklung dominierenden Reformdenkens waren auf dem Gebiet der Medizinteorie A. Mitscherlich und auf dem Gebiet der Gesellschaftstheorie die Frankfurter [18] Schule von Adorno und Habermas sowie H. Marcuse, d. h. Theoretiker, die eine ausgesprochen bürgerliche Ideologie in linker Verkleidung und mit wenig glückten Anleihen bei Marx als neueste Modephilosophie des sogenannten dritten Weges offerierten.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Nach einer Dokumentation zu dieser Bewegung unter Medizinstudenten zum Thema „Thema Nummer eins: Medizin und Gesellschaft“. Deutsches Ärzteblatt, Köln, 33, 34 u. 35, 1969, S. 2296.

<sup>11</sup> Ebenda, S. 2297.

<sup>12</sup> Vgl. dazu die marxistisch-leninistischen Analysen wie: Steigerwald, R.: Marxistische Klassenanalyse oder spätbürgerliche Mythen. Berlin 1972.

Steigerwald, R.: Herbert Marcuses dritter Weg. Berlin 1969: <http://www.max-stirner-archiv-leipzig.de/dokumente/Steigerwald-Marcuse.pdf>

Wie in jeder an ernsthafte gesellschaftliche Probleme rührenden geistigen Bewegung hat sich allerdings in den folgenden Jahren bis zur unmittelbaren Gegenwart auch innerhalb dieser kritischen Auffassungen zur Medizin ein Differenzierungs- und Klärungsprozeß vollzogen, in dessen Verlauf die klardenkenden Köpfe offenbar zu einer sachlicheren Auffassung gelangt sind. Die kritische Analyse der Schwächen der Medizin in der bürgerlichen Gesellschaft ist dabei konkreter und gehaltvoller geworden. Aufgedeckt wurden u. a. die beschränkten und, soweit überhaupt vorhanden, dem kapitalistischen System weitgehend dienenden Einsatzformen der Arbeitsmedizin, die in hohem Grade apologetische Funktion der Medizinsoziologie und der auf ihr aufbauenden Soziotechnik<sup>13</sup>, die Einseitigkeit der medizinischen Ausbildung und der reaktionäre Charakter der in ihr vermittelten Standesideologie<sup>14</sup>, und in wachsendem Maße wird deutlich der entscheidende Einfluß der herrschenden Produktionsverhältnisse auf die medizinische Praxis hervorgehoben<sup>15</sup>. In diesem Zusammenhang wird auch eine allmählich eindeutiger Orientierung an der marxistisch-leninistischen Gesellschafts- und Revolutionstheorie und an der Praxis des sozialistischen Gesundheitswesens spürbar, unter deren Einfluß diese Bewegung im Laufe der Zeit in den von den kommunistischen Parteien geführten Kampf um eine Demokratisierung des gesellschaftlichen Lebens im Imperialismus und die Vorbereitung einer tiefgehenden sozialen Revolution als Voraussetzung für die Überwindung aller dem imperialistischen System dienenden Seiten der Medizin der bürgerlichen Gesellschaft in Praxis und Theorie einmünden kann.

Im Hinblick auf die wissenschaftliche Einschätzung der allgemeinen theoretischen Positionen dieser Bewegung der Kritik an der Medizin muß wohl noch ausdrücklich folgendes festgestellt werden:

Um ein dem natur- oder dem geisteswissenschaftlichen Konzept in der Medizin irgendwie gleichrangiges theoretisches Leitsystem handelt es sich hier nicht, denn dazu ist weder eine ausreichende Ausarbeitung der Theorie noch eine umfangreiche Wirksamkeit in der medizinischen Wissenschaft oder Praxis feststellbar. Wir werten deshalb diese Ansätze als ein Moment im Umbruch zu einer [19] erst neu zu gewinnenden Theorie der Medizin. Die harte und ausgesprochen negative Kritik am naturwissenschaftlichen Denken der Medizin, zu der u. a. auch festgestellt wird, sie liefere „mit ihrer vorwiegend naturwissenschaftlichen Erklärung jene gesellschafts- und herrschaftsunabhängige Definition von Krankheit, durch die diese überhaupt erst als relativ gefahrlose Rückzugszone ... funktionieren kann, und fungiert damit in letzter Instanz als Auffangnetz für die aus den gesellschaftlichen Widersprüchen resultierenden sozialen Konflikte“<sup>16</sup>, d. h. sie verdecke die eigentlichen Ursachen des Krankseins und wirke systemstabilisierend, ist so nicht richtig und führt zu falschen Konsequenzen. Eine sich einseitig nur als Naturwissenschaft verstehende Medizin verliert zwar unbedingt den Blick für die in vielen Fällen wesentlichen sozialen Bedingungen des Krankheitsgeschehens und kann auch immer wieder politisch reaktionär manipuliert und mißbraucht werden, ist aber andererseits ein zwar einseitiger, aber auch notwendiger Ausdruck des tatsächlich existierenden Doppelcharakters der Krankheit als eines biologischen Prozesses und eines sozialen Zustandes. Das Problem, auf das im nächsten Abschnitt noch näher einzugehen sein wird, kann nicht durch die totale Aufhebung des naturwissenschaftlichen Aspekts der Medizin gelöst werden, sondern erfordert die dialektische Bestimmung des wirklichen Vermittlungszusammenhanges von Biologischem und Sozialem beim Menschen und speziell auch beim Menschen in Gesundheit und Krankheit. Die Denunziation einer bornierten naturwissenschaftlichen Medizin ist insoweit berechtigt und dem Erkenntnisfortschritt dienlich, soweit sie gerade deren Einseitigkeit und nicht gleich alle

<sup>13</sup> Kilian, 14.: Kritische Theorie der Medizin. Das Argument, Sonderband 60, 1970, S. 87-104.

<sup>14</sup> Krähe, N., und G. Schönig: Funktionen der Medizin und ihre Manifestation in der medizinischen Ausbildung. Das Argument, Sonderband 60, 1970, S. 2-16.

<sup>15</sup> Deppe, H. U.: Zum „Objekt“ der Medizin. Das Argument 11 (1969) S. 284-298.

<sup>16</sup> Siehe 14., S. 3.

Prinzipien in Frage stellt. Hier schießt die kritische Bewegung doch in vielen Fragen weit über das Ziel und das vertretbare Maß hinaus.

Von vornherein anders verlief die theoretische Entwicklung in bezug auf die Herausbildung qualitativ neuer Züge der theoretischen Leitkonzeption der Medizin in der sozialistischen Gesellschaft, wobei andere historische Bedingungen und andersartige theoretische Frontstellungen dabei die entscheidende Rolle spielten. In den jeweils ersten Etappen der theoretischen Neubestimmung der Medizin nach der sozialistischen Revolution und der Festigung der neuen sozialistischen Verhältnisse stehen dabei die Verteidigung und Weiterentwicklung des naturwissenschaftlichen Denkens und eine entschiedene Abgrenzung gegenüber den geisteswissenschaftlichen Strömungen, insbesondere der Psychosomatik, im Vordergrund. In der Sowjetunion, in der nach der Großen Sozialistischen Oktoberrevolution ein gewaltiger Aufschwung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens erfolgte, äußerte sich dieser Zug zu einer dialektischen Bereicherung der theoretischen Positionen der naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin vor allem in dem Bemühen, über die von I. P. Pawlow begründete Physiologie der höheren Nerventätigkeit die Mensch-Umwelt-Beziehung im theoretischen System stärker zu beachten. Über das experimentelle Studium der Einwirkungen der höheren Nerventätigkeit auf organisches Geschehen hinaus entstand dabei unter dem Begriff der kortikoviszeralen Pathologie der Versuch einer materialistisch begründeten Lehre psychosomatischer Beziehungen als ausdrücklicher Gegenstandspunkt zur anthropologisch-geisteswissenschaftlichen Konzeption.<sup>17</sup> In Orientierung auf den in der UdSSR bereits vollzogenen Entwicklungsprozeß stand auch in unserer Medizin nach der Klärung der dringendsten praktischen Fragen des Wiederaufbaus des Gesundheitswesens zunächst die kritische Auseinandersetzung mit psychoanalytischen und psychosomatischen Ideen im Vordergrund, und im Zusammenhang damit erfolgte eine erste Auflockerung der traditionellen naturwissenschaftlichen Auffassungsweise durch die Aneignung der mit der Pawlowschen Lehre verbundenen Ideen der Mensch-Umwelt-Dialektik. Ein gewisser Kulminationspunkt dieser ersten Entwicklungsphase war die 1953 in Leipzig veranstaltete Pawlow-Konferenz.<sup>18</sup> Nicht alle der damals gehegten Erwartungen über neue Möglichkeiten der Therapie und Prophylaxe in systematischer Anwendung der kortikoviszeralen Pathologie haben sich erfüllt, und naturgemäß gab es in dieser Zeit auch viele sehr einseitige und extreme Positionen. Bei genauerer Prüfung erweist sich sogar, daß das auf Pawlows Physiologie aufbauende Gedankensystem im Grunde nur eine Modifikation vieler prinzipieller Ideen des klassisch-naturwissenschaftlichen Denkens darstellt. Dennoch war diese Phase von sehr großer Bedeutung für den gesamten weiteren Entwicklungsgang, da sie zum Bewußtwerden eines engen Bündnisses von Medizin und Materialismus beitrug und insofern die Weichen für alle folgenden Bemühungen um eine wissenschaftliche Behandlung der komplizierten Fragen der Subjektivität und des gesellschaftlichen Daseins des Menschen in der medizinischen Theorienbildung stellte. Diese folgenden Bemühungen bestanden dann auch vor allem in konkreten und systematischen Forschungen zur Ermittlung von Korrelationen zwischen Persönlichkeitsstrukturen, situativen Lebensbedingungen und Krankheitsäußerungen verschiedener [21] Art. Ebenso auf empirische Analyse begründet entfaltete sich die speziell sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin der sozialistischen Gesellschaft, in der auch aus praktischen Erfordernissen der Schaffung von Grundlagen für die Planung, Leitung und Organisation des gesellschaftlich existierenden Gesundheitswesens Sozialhygiene und Medizinsoziologie im Vordergrund standen.

Da sich bei uns in Auswirkung ständiger Fürsorge und Aufmerksamkeit der Partei der Arbeiterklasse für die materiellen und geistigen Entwicklungsprozesse in der Medizin auch verhältnismäßig

---

<sup>17</sup> Vgl. dazu: Bykow, K. M., und J. T. Kurzin: Kortiko-viszerale Pathologie. Berlin 1966.

<sup>18</sup> Eine Darstellung der wichtigsten Seiten dieser Entwicklung enthält: Pickenhain, L.: Methodologische Probleme der Untersuchung biologischer Faktoren bei psychiatrischen Erkrankungen. In: Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Jena 1968, S. 79-120.

schnell eine größere Zahl namhafter Mediziner um die Aneignung der dialektisch-materialistischen Weltanschauung und deren Anwendung in ihren Fachgebieten bemühte, entstanden auch für die Herausbildung einer bewußt vollzogenen weiteren Arbeit an den theoretischen Grundlagen der Medizin günstige Bedingungen und neue Impulse. Mehrere große Konferenzen, auf denen Grundsatzfragen theoretischer und methodologischer Art beraten wurden, wie die 1960 in Berlin durchgeführte Konferenz „Arzt und Philosophie“, das 1967 veranstaltete Symposium zum Thema „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“ und die 1971 veranstaltete Lenin-Konferenz des Ministeriums für Gesundheitswesen und der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR, wie auch eine Vielzahl von anderen Formen produktiver theoretischer Diskussionen brachten im Verlaufe der Entwicklung das wachsende Problembewußtsein und die enger werdende Zusammenarbeit von Medizinern und marxistisch-leninistischen Philosophen zum Ausdruck.<sup>19</sup> Ihren Niederschlag fanden diese Ergebnisse auch in einer ganzen Reihe interessanter und Grundsatzfragen gewidmeter Publikationen und endlich auch in der zuletzt in Angriff genommenen Neugestaltung der medizinischen Ausbildung, in der die psychologischen und sozialen Bezüge der Medizin heute einen weitaus größeren Raum einnehmen als in der Vergangenheit.<sup>20</sup>

Der hier nur in einigen Zügen geschilderte Prozeß der Herausbildung qualitativ neuer Seiten des theoretischen Denkens in der Medizin der sozialistischen Gesellschaft ist allerdings insofern unabgeschlossen, als viele der neuen Ansätze hinsichtlich ihrer Bedeutung noch umstritten sind und eine systematische Ausarbeitung des neuen theoretischen Standortes vor allem in seiner Differenz zum klassisch-naturwissenschaftlichen Denkmodell noch aussteht. Zwei bedeutsame allgemeine Resultate, die die Umrisse einer der sozialistischen Gesellschaft und dem heutigen speziellen Erkenntnisstand [22] angemessenen theoretischen Leitkonzeption kennzeichnen, sind jedoch erkennbar. Diese Ergebnisse sind vor allem:

1. Die allmähliche Herausarbeitung der besonderen Bedeutung der psychischen und sozialen Dimensionen des menschlichen Lebens für die medizinische Krankheitslehre und die Erschließung neuer therapeutischer und prophylaktischer Möglichkeiten, die zunächst in der Gestalt einer ständigen Entwicklung des Problemfeldes medizinischer Forschung, durch die Bildung entsprechender weiterer Disziplinen und Forschungsgebiete und durch die Überwindung der Idee, die Medizin sei eine reine Naturwissenschaft, in Erscheinung treten.

2. Eine Reihe von positiven Momenten der naturwissenschaftlichen Konzeption, insbesondere das Prinzip exakter empirischer Forschungsarbeit als Grundlage der Theorienbildung sowie die volle Anerkennung der großen und weiterhin grundlegenden Bedeutung moderner morphologischer, physiologischer und biochemischer Untersuchungsarbeit, ist beibehalten worden. Nicht zuletzt dadurch war es möglich, relativ rasch den Einfluß extremer Einseitigkeiten und idealistisch-philosophischer Postulate der psychosomatischen Lehren aus der bürgerlichen Medizin zu überwinden.

Aus philosophischer Sicht erweisen sich als ausschlaggebend für die eingetretenen und noch im Fluß befindlichen Wandlungen wichtiger theoretischer Positionen der Medizin die neuen gesellschaftlichen Lebensbedingungen selbst und die mit ihnen einhergehende Veränderung der gesellschaftlichen Ideologie, insbesondere die Herausbildung eines neuen Menschenbildes auf der Grundlage marxistisch-leninistischer Philosophie.

---

<sup>19</sup> Arzt und Philosophie – Humanismus, Erkenntnis, Praxis. Hrsg.: F. Jung, G. Klaus, A. Mette und S. M. Rappoport, Berlin 1961.

Lenin-Konferenz Gesundheitswesen. Hrsg.: K. Horn und H. Spaar, Berlin 1971.

<sup>20</sup> Löther, R.: Medizin, Menschenbild und Philosophie. In: Mikrokosmos – Makrokosmos. Bd. I, Berlin 1966, S. 71-95.

Löther, R.: Medizin in der Entscheidung. Berlin 1967.

Marxistischen Menschenbild und Medizin. Hrsg.: Steußloff, H., und E. Gniostko, Leipzig 1968 u. a.

In wachsendem Maße in den sozialistischen Lebensprozeß integriert, verwirklichen das Gesundheitswesen und die Medizin die gesellschaftlich vorgegebene Zielfunktion, die Gesundheit der Bürger unter Nutzung aller wissenschaftlichen Erkenntnisse zu schützen und zu fördern. Damit rücken die sozialen Lebensbedingungen immer mehr in das Blickfeld medizinisch-wissenschaftlicher Forschung. Die in allen Bereichen planmäßig vollzogene Vervollkommnung und Ausgestaltung der sozialistischen Gesellschaft erweist den Menschen als den Schöpfer der gesellschaftlichen Bedingungen und bewirkt eine zunehmende Rolle des subjektiven Faktors als der wesentlichen Grundlage für die Entstehung eines neuen Selbstverständnisses des Menschen. Damit wird die dialektisch aufzufassende Natur des Menschen als eines Naturwesens, welches sich in der Gesellschaft entwickelt und im gesellschaftlichen [23] Dasein seine spezifisch menschlichen Qualitäten erwirbt, faßbar, worauf auch der französische marxistische Philosoph Lucien Sève in einer umfassenden und auch für die Medizin bedeutsamen Studie hinweist.<sup>21</sup>

Ebenso wie die dialektisch-materialistische Philosophie historisch gesehen eine dialektische Negation des vormarxistischen materialistischen philosophischen Denkens ist, kann der ange-deutete theoretische Wandel als Vollzug einer dialektischen Negation des klassisch-naturwissenschaftlichen Denkmodells in der Medizin betrachtet werden, die sowohl aus den Eigenarten der Selbstbewegung der medizinischen Erkenntnis als auch aus deren Zusammenhang mit den gesellschaftlichen und ideologischen Verhältnissen erwächst. Diese dialektische Negation schließt die Übernahme und Bewahrung alles dessen ein, was sich von der alten theoretischen Leitkonzeption als tragfähig und wissenschaftlich wertvoll erwiesen hat, und sie hebt das theoretische Denken durch die Überwindung einer bestimmten Enge und vereinfachender Thesen der vergangenen Entwicklungsperiode insgesamt auf eine höhere Stufe. Eine solche dialektische Negation schließt auch die Möglichkeit ein, die im Rahmen der geisteswissenschaftlichen Richtung der Medizin aufgeworfenen Probleme und die in den kritischen Bewegungen akzentuierten sozialen Fragen einer Klärung zuzuführen.

Generell gilt, daß die Herausarbeitung bestimmter Gesetze und Regelmäßigkeiten der Bewegung des theoretischen Denkens in der Medizin und seines Zusammenhanges mit dem gesellschaftlichen Lebensprozeß nicht nur im Nachhinein ein besseres Verständnis der sonst kaum zu durchschauenden Auseinandersetzungen und Widersprüche erlaubt, sondern auch eine methodologische oder heuristische Bedeutung für das Begreifen der gegenwärtig anstehenden Fragen und der derzeitigen theoretischen Streitpunkte hat. Darauf einzugehen erweist sich jedoch bei speziellen Fragen als günstiger, weshalb wir uns im folgenden Abschnitt aus der Sicht der hier zunächst dargestellten Auffassung mit einigen aktuellen Problemen der Krankheitslehre im Besonderen und der Bestimmung des Krankheitsbegriffes im Speziellen beschäftigen wollen. Auch dabei geht es vor allem um den Prozeß der Entwicklung eines dialektischen Begreifens des komplizierten Krankheitsgeschehens und um die immer wieder erforderliche Überwindung idealistischer Interpretationen, die in der Regel dort eine Rolle spielen, wo zeitweilig besondere Erkenntnisschwierigkeiten und Vereinseitigungen dieser oder jener Ergebnisse des Wissenschaftsfortschritts auftreten. [24]

---

<sup>21</sup> Sève, L.: Marxismus und Theorie der Persönlichkeit. Berlin 1972.

## Zu den philosophischen Aspekten des Krankheitsbegriffs

Der Begriff „Krankheit“ nimmt eine zentrale Stellung im theoretischen Denken der Medizin ein. Was unter „Krankheit“ allgemein verstanden und wie dieser Begriff demzufolge definiert wird, hängt weitgehend vom historisch erreichten Erkenntnisstand der Medizin ab, außerdem aber auch von jenen weiteren Bedingungen, die die bereits skizzierten theoretischen Leitideen der Medizin einer bestimmten Epoche beeinflussen und formen. Da das Verständnis von Krankheit immer in ein theoretisches System eingebettet ist, läßt sich der Inhalt dieses Begriffes nur sehr schwer in knappen Definitionen zum Ausdruck bringen. Viele der in der neueren wissenschaftlichen Literatur verwendeten Begriffsbestimmungen von „Krankheit“ charakterisieren immer nur einzelne Momente oder Aspekte des in der Realität außerordentlich komplizierten Geschehens, so wenn die Krankheit als eine besondere Form des menschlichen Lebens, als ein komplizierter Prozeß von Regulationsstörungen oder schließlich als ein spezifischer sozialer Zustand der Hilfsbedürftigkeit und eingeschränkten Leistungsfähigkeit beschrieben wird. In den neuesten theoretischen Abhandlungen zum Krankheitsbegriff dominiert offensichtlich das Streben nach einer Synthese früher oft getrennter und z. T. auch direkt gegeneinander gestellter Bestimmungen.<sup>1</sup> So definiert beispielsweise K. E. Rothsuh – einer der einflußreichen und bekannten Theoretiker der gegenwärtigen Medizin –: „Krank ist der Mensch, der wegen des Verlustes des abgestimmten Zusammenwirkens der physischen oder psychischen oder psycho-physischen Funktionsglieder des Organismus subjektiv (oder – und) klinisch (oder – und) sozial hilfsbedürftig ist.“<sup>2</sup> Danach ist Krankheit der Zustand einer solchen Hilfsbedürftigkeit, von dem nur beim Menschen sinnvoll gesprochen werden kann, wohingegen Zellen, Organe, Pflanzen oder Tiere im strengen Sinne nicht krank, sondern nur desorganisiert sein können. Jedoch auch diese in einigen Momenten komplex angelegte Begriffsbestimmung reicht nicht aus, um den theoretischen Problem-[25]gehalt sichtbar zu machen, geschweige denn, ihn richtig auszudrücken.

Um zu einem richtigen Verständnis des komplizierten Phänomens der menschlichen Krankheit und der dabei mitspielenden philosophischen Gesichtspunkte zu gelangen, müssen zunächst einige unterscheidbare Dimensionen am Krankheitsgeschehen selbst und damit auch die unterschiedlichen Ebenen des Begriffs voneinander abgehoben werden. Zu unterscheiden sind dabei wenigstens die Krankheit als ein objektiv und gesetzmäßig verlaufendes biologisches Prozeßgeschehen und die Krankheit als dessen subjektive Widerspiegelung im Erleben des Patienten sowie die krankheitsbedingten Veränderungen der sozialen Stellung des betroffenen Individuums. Vom biologischen Krankheitsgeschehen sind damit Veränderungen der psychischen und sozialen Prozesse zu unterscheiden. Krankheit unter diesem Aspekt ist dann die Resultante aus der Wechselwirkung von Anlage, Persönlichkeit und Umwelt, besonders der gesellschaftlichen Bedingungen. Diese drei Ebenen stehen miteinander in Beziehung, lassen sich aber nicht einfach aufeinander reduzieren. Werden sie miteinander vermengt, läßt sich beispielsweise über die Rolle sozialer Bedingungen für das Krankheitsgeschehen und die Medizin sowie auch über andere Fragen nicht mehr sinnvoll diskutieren. Sowohl die Krankheit als ein objektiver Prozeß, der konkret natürlich nur an einem bestimmten Menschen in Erscheinung tritt, als auch die Krankheit als ein psychischer bzw. sozialer Zustand haben bestimmte Beziehungen einerseits zur Gesellschaft und ihren Institutionen, andererseits zur Medizin, die zwar auch eine gesellschaftliche Institution darstellt, hier jedoch gesondert zu erfassen ist. Deshalb muß der Kreis der für das Verständnis von Krankheit und der darüber stattfindenden theoretischen Auseinandersetzungen wesentlichen Dimensionen auch um diese genannten Bereiche erweitert werden und läßt sich dann im nachfolgenden, allerdings stark vereinfachenden Schema darstellen. Es soll damit u. a.

---

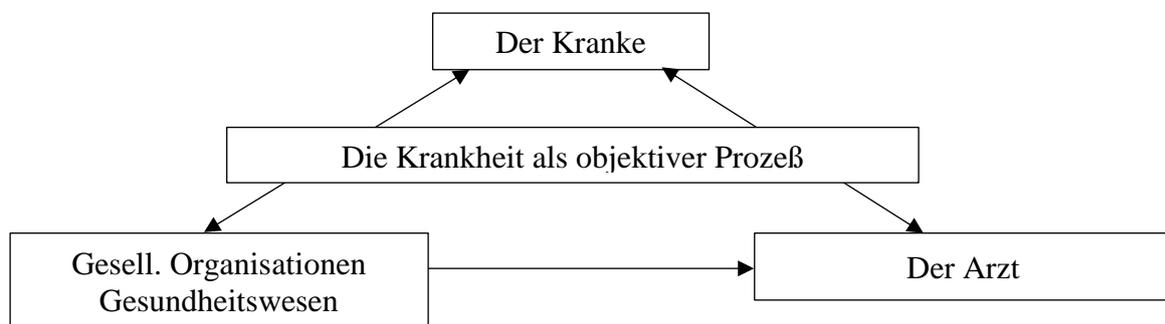
<sup>1</sup> Dawydowskij, J. W.: Methodologische Probleme der Pathologie. Woprossi Filosofii 22 (1968) 5, S. 84-94 (russisch).

Thom, A.: Entwicklungsprobleme des theoretischen Denkens in der Medizin der sozialistischen Gesellschaft. Medizin und Sport 12 (1972) 4, 8. 97-100.

<sup>2</sup> Rothsuh, K. E.: Der Krankheitsbegriff (Was ist Krankheit?) Hippokrates 43 (1972) 1, S. 3-17.

zum Ausdruck gebracht werden, daß das Verhältnis sowohl der Gesellschaft als auch der Medizin (speziell des Arztes) zum kranken Menschen immer durch das Verständnis der Krankheit im erstgenannten Sinne gebrochen oder geprägt wird, mithin also auch die Begriffsbildung nicht Selbstzweck, sondern ein für die Praxis eminent wichtiges Unternehmen darstellt.

Die Differenzierung des Krankheitsbegriffes in die genannten Ebenen ist bereits ein wichtiges Moment der Entwicklung eines dialektischen Verständnisses des komplizierten Geschehens, mit [26] dem sich die Medizin theoretisch und praktisch zu befassen hat. Weitere Momente, in denen sich die theoretischen Auffassungen immer besser den dialektischen Beziehungen bei objektiven Krankheitsprozessen annähern, betreffen das Verhältnis zwischen dem Wesen und den Erscheinungsformen des Krankseins, die Erkenntnis der äußerst vielgestaltigen inneren Mechanismen oder auch der dialektischen Determinationsformen beim Krankheitsgeschehen und die Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die unterschiedlichen Ursachen für Krankheiten, besonders in Richtung auf die Einbeziehung der sozialen Lebensbedingungen als direkt oder indirekt in diesem Ursachenspektrum wesentlich zu beachtendem Bereich.



Abgewandeltes Schema der im Krankheitsbegriff zu beachtenden Elemente nach Rothsuh. Daraus geht weiterhin die zentrale Stellung des Begriffes der Krankheit als einem objektiven Prozeßgeschehen und dessen Funktion als „Prisma“ für alle weiteren Beziehungen hervor.

Auch für den Krankheitsbegriff oder für die Krankheitslehre gilt, daß diese Herausbildung der dialektischen Auffassungsweise immer wieder und in verschiedenen Zusammenhängen mit der theoretischen Auseinandersetzung mit idealistischen und agnostizistischen Interpretationen verflochten ist und nicht automatisch und im Sinne einer einfachen und unkomplizierten Vervollständigung des Wissens zum Tragen gelangt.

Wir betrachten zunächst einige wichtige Aspekte der Entwicklung der Krankheitslehre auf der erstgenannten Ebene des Krankheitsbegriffes und wollen uns dann etwas eingehender mit der Frage nach der Rolle sozialer Bedingungen im Krankheitsgeschehen beschäftigen. [27]

### **Die Krankheit als objektives Prozeßgeschehen und die Herausbildung dialektischer Einsichten in der medizinischen Krankheitslehre**

Auf dieser hier zu betrachtenden Ebene des Krankheitsgeschehens gehen in den heutigen Begriffsgebrauch der Medizin folgende Momente ein: erstens die Feststellung, daß es für die Entstehung von Krankheiten Ursachen äußerer und innerer Art gibt; zweitens die Feststellung, daß bei Einwirkung solcher Ursachen komplizierte Veränderungen in der physischen und – oder psychischen Lebenstätigkeit des Menschen zumeist in Gestalt längerdauernder Prozesse in Gang kommen, die eine gewisse normale Reaktions- oder Funktionsweise überschreiten; drittens die Feststellung, daß im Gefolge solcher veränderter Lebenstätigkeit eine Menge von als Symptome zu betrachtender, äußerlich sichtbarer oder meßbarer Ausdrucksformen gestörter Funktionen in Erscheinung tritt und eine Möglichkeit zur Erkenntnis des inneren Krankheitsprozesses und zu zielgerichteten Therapiemaßnahmen bietet. Diese zunächst noch sehr allgemeinen und grundsätzlichen Momente der gegenwärtigen Auffassung vom Krankheitsgeschehen finden wir in jedem modernen Lehrbuch der Pathologie, jener grundlegenden Disziplin der Medizin, die sich mit der Erforschung der wesentlichen Mechanismen und Entwicklungsformen menschlicher

Krankheiten befaßt, dargestellt und mit besonderen Begriffen der Wissenschaftssprache der Medizin ausgedrückt. Die Lehre von den Ursachen und der Verursachung von Krankheiten ist gemäß dieser Wissenschaftssprache die Ätiologie; der sich über verschiedene Stufen oder Phasen vollziehende Entwicklungsprozeß einer Krankheit ist deren Pathogenese (die auch immer bestimmte Reaktionen des Organismus auf schädliche Agentien einschließt), und mit den äußeren Erscheinungsformen der Krankheiten bzw. der Ordnung von Krankheitsformen beschäftigt sich die Nosologie, wobei unter „Nosos“ das klinische Krankheitsbild im Unterschied zum „Pathos“, der objektiven inneren Desorganisation, verstanden wird.<sup>3</sup>

Dieses allgemeine Schema findet in der neueren Medizin in durchaus verschiedenen theoretischen Konzeptionen seinen Platz, kann aber im einzelnen sehr unterschiedlich interpretiert werden. Solche unterschiedlichen Interpretationen oder Wertungen werden sofort sichtbar, wenn beispielsweise die nähere Beziehung zwischen „Pathos“ und „Nosos“ diskutiert wird und dabei die philosophische Positionen berührende Frage nach dem dialektischen Charakter der [28] Vermittlung dieser beiden Seiten oder auch die Frage nach dem Verhältnis von Wesen und Erscheinung beantwortet werden muß. Fragen dieser Art konzentrieren sich besonders bei der Bestimmung der „Krankheitseinheit“ als jenem Gebilde, in dem eine spezifische objektive innere Desorganisation mit einem ihr zugehörigen, äußerlich sichtbaren Krankheitsbild zusammengeschlossen ist und von anderen solchen Einheiten abgrenzbar wird. Die Frage, ob sich aus der ungeheuren Vielzahl individuell existierender Krankheiten in grundlegenden Ursachen und Prozeßverläufen gleiche Grundformen von Krankheitseinheiten ablesen lassen und ob es damit tatsächlich Krankheiten und nicht nur als Individuen leidende Kranke gäbe, ist in der neueren Geschichte der Medizin häufig umstritten worden. Diese Auseinandersetzung offenbart damit sehr klar sowohl die Möglichkeiten gegensätzlichen theoretischen Herangehens als auch einen interessanten, dialektisch verlaufenden Erkenntnisprozeß.

Der praktisch tätige Arzt setzt heute in der Regel die Existenz von objektiven Krankheitseinheiten voraus, weil der Zwang, eine Diagnose stellen zu müssen, eine wissenschaftlich begründete Therapie einzuleiten u. a. ihn unmittelbar und direkt dazu verpflichtet, die von der speziellen Pathologie immer genauer beschriebenen Krankheitseinheiten, die in einem verbindlichen Klassifikationssystem erfaßt sind, als Grundlage aller seiner Beurteilungen und Entscheidungen zu beachten.<sup>4</sup> Zweifel an der Richtigkeit eines solchen Vorgehens ergaben sich in der jüngeren Vergangenheit, beispielsweise noch in den dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts dort, wo einseitig nur die tatsächlich vorhandenen Schwierigkeiten einer Ordnung klinischer Erscheinungsformen der Krankheiten in den Mittelpunkt gerückt wurden oder wo die Aufgabe der Medizin von vornherein anders akzentuiert wurde in dem Sinne, daß sie in der vorwiegend personalen Zuwendung zum Einzelnen bestehen sollte, wohingegen die wissenschaftlich begründete, möglichst eindeutige Diagnose die Gefahr einer Schematisierung und unzulässigen Rationalisierung der Medizin als Heilkunst bedeute. In diese hier nicht näher darzustellende Auffassung gingen u. a. ein: mangelndes Verständnis für die dialektische Gestaltung des Erkenntnisfortschrittes durch den ständigen Wechselbezug von klinischer und pathologischer Forschung und Analyse; Unverständnis für den dialektischen Charakter der Beziehungen zwischen Pathos und Nosos bis zur direkten Anlehnung an idealistische und agnostizistische philosophische Auffassungen (etwa der Als-Ob-Philosophie Vai-[29]hingers) und überholte traditionsgebundene Vorstellungen vom Charakter der Medizin selbst.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Holle, G.: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. Jena 1967.

<sup>4</sup> Das gegenwärtig verbindliche System der Klassifikation von Krankheiten ist die von der WHO herausgegebene 8. Revision der Internationalen Krankheiten-Klassifikation.

<sup>5</sup> Vgl. dazu: Thon, A.: Der Kranke und die Krankheit in der modernen Medizin. Philosophische Aspekte neuer Entwicklungen in der ärztlichen Diagnostik. In: Marxistisches Menschenbild und Medizin. Hrsg.: Steußloff, H., und E. Gniostko, Leipzig 1965 S. 179-233.

Wir können heute davon ausgehen, daß es nicht nur möglich, sondern auch unbedingt notwendig ist, die in der objektiven Realität selbst liegende Geordnetheit und Strukturiertheit auch des relativ Ungeordneten im Krankheitsgeschehen systematisch zu erschließen und als Zugang zur Herrschaft über Krankheitsprozesse zu nutzen. Der menschliche Organismus ist nach dem Erkenntnisstand der Biologie und Medizin keine chaotische Vielheit von Elementen, sondern ein relativ hochorganisiertes System mit festem Beziehungsgefüge. Die Reaktionsmöglichkeiten auf äußere oder innere (beispielsweise durch Erbanlagen bedingte) Einwirkungen, die den geordneten Ablauf von Funktionen und Regulationsprozessen stören, sind zwar vielgestaltig, aber keineswegs unübersehbar oder gar unendlich. Das bedingt auch, daß die äußeren Erscheinungsbilder beliebiger Krankheiten in wesentlichen Momenten notwendige Folgen gesetzmäßig ablaufender, wenn auch vielfältig vermittelter Reaktionsketten der im Verlauf eines Krankheitsprozesses wirkenden Mechanismen darstellen. Die auf der Ebene der klinischen Beobachtung feststellbaren Symptome sind zwar immer auch durch die individuelle Variationsbreite dieser Reaktionsmöglichkeiten mitbestimmt (beispielsweise in ihrer Intensität), aber sie sind auch Indikatoren des zugrunde liegenden Prozesses, insofern sie eben in einer bestimmten Menge und wechselseitigen Beziehung untereinander auftreten. Solange die Medizin nur imstande war, solche äußeren Erscheinungsbilder zu beschreiben und nach dem Ähnlichkeitsprinzip zu klassifizieren – etwa in den im 15. und 16. Jahrhundert entwickelten rein symptomatologischen Formenbestimmungen, wie wir sie bei Thomas Sydenham u. a. finden<sup>6</sup> –, blieben die als Typenbestimmungen definierten Krankheitseinheiten freilich noch ungenau und unbefriedigend. Seit sich aber durch die wechselseitige Befruchtung intensiver pathologischer (morphologischer, biochemischer u. a.) Forschungsarbeit mit der verfeinerten klinischen Beobachtung und Messung immer klarer der notwendige Zusammenhang von Symptomkonstellationen mit pathogenetischen Prozessen herausbildet, ist die Tatsache unbezweifelbar geworden, daß Krankheitseinheiten objektive Größen darstellen und Pathos und Nosos in einem dialektischen Verhältnis von Wesen und Erscheinung zueinander stehen. Dieses Verhältnis schließt ein, daß die äußeren Erscheinungsformen einer bestimmten Krankheit vielgestaltig und nicht völlig einheitlich sind, weil in sie Momente [30] des Zufälligen und Individualspezifischen eingehen. Dieses Verhältnis schließt aber auch ein, daß wichtige Seiten des Erscheinungsbildes den zugrunde liegenden Prozeß ausdrücken, weshalb auch klinische Diagnostik überhaupt unterscheidbare nosologische Einheiten erkennen läßt. Die Bildung einer Diagnose, die primär von diesem äußeren Erscheinungsbild ausgeht, ist damit jeweils die Zuordnung eines konkreten Krankheitsbildes zu einem begrifflich fixierten Idealbild einer bestimmten Krankheitseinheit, deren Zweck darin besteht, die bezüglich dieser Krankheitseinheit vorhandenen historisch gewachsenen Erkenntnisse über erfolgreiche Behandlungsmethoden eben auf den Einzelfall anwenden zu können. Daß auch eine ausgeprägte Vielgestaltigkeit der symptomatologischen Erscheinungen in strukturierte Einheiten vom Klinischen her zerlegbar ist, wird nicht zuletzt durch die Anwendung mathematischer Verfahren in der Diagnostik, u. a. der Methode der Diskriminanzanalyse, bewiesen.<sup>7</sup>

Aus der Synthese der von der Pathologie und von der klinischen Beobachtung ausgehenden Untersuchungen und Erkenntnisse läßt sich der Begriff der „Krankheitseinheit“ ableiten. Als wissenschaftlich begründet kann danach die Krankheitsbestimmung gelten, für die

- a) ein spezifischer pathologischer Prozeß bekannt ist,
- b) eine gerade als Resultat dieses Prozesses bekannte Menge von klinischen Merkmalen (Symptomen) angegeben werden kann, wobei
- c) die in a) und b) angegebenen Komponenten sich deutlich von allen anderen solchen Einheiten abgrenzen lassen.

---

<sup>6</sup> Löther, R.: Medizin in der Entscheidung. Berlin 1967.

<sup>7</sup> Gubler, E. W.: Theoretische und methodische Grundlagen rechen technischer Verfahren zur Erkennung pathologischer Prozesse. Leningrad 1970 (russisch).

Eine verhältnismäßig große Menge von nosologischen Begriffen auch der heutigen Medizin entspricht tatsächlich noch nicht den Bedingungen dieser Definition, zumeist dort, wo die Kenntnis der pathologischen und speziell der pathogenetischen Prozesse noch unzureichend ist. Mit dem Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnis werden diese Krankheitseinheiten jedoch immer genauer erfaßt, wobei ein philosophisches Verständnis der Dialektik sowohl der komplizierten Vermittlungen zwischen pathologischen und klinischen Seiten des Krankheitsgeschehens als auch der erkenntnismäßigen Beziehungen von Wesen und Erscheinung dazu beitragen kann, diesen Erkenntnisfortschritt zu fördern.

Von wesentlicher Bedeutung für die allmähliche Herausbildung eines dialektisch-materialistischen Verständnisses des komplizierten Krankheitsgeschehens ist weiterhin die Gewinnung tieferer Ein-[31]sichten in die sehr vielgestaltigen und vermittelten Beziehungen zwischen dem Einwirken bestimmter Ursachen auf den menschlichen Organismus und dem Zustandekommen der dann äußerlich sichtbaren Ausdrucksformen des Krankseins. Entgegen den im vorigen Jahrhundert häufig vertretenen Annahmen einer strengen und eindeutigen kausalen Determiniertheit beim Ablauf dieser Krankheitsprozesse ist durch die sich differenzierende pathologische und klinisch-physiologische Forschung nachgewiesen worden, daß sowohl bestimmte Dispositionen oder Anlagen als auch sehr komplizierte Reaktionsketten mit vielfältigen Rückwirkungen systemstabilisierender Mechanismen (etwa bei Entzündungen u. a.) den konkreten Ablauf einer Krankheit in der Zeit und bei der Ausbreitung im Organismus bestimmen. Relativ gut erforscht sind dabei solche Abläufe und deren mitwirkende Bedingungen im Bereich der Morphologie und Biochemie, etwa bei der Entwicklung eines Karzinoms, der Bildung von Metastasen usw. Weniger eindeutig sind die heutigen Erkenntnisse der Medizin über die Mitwirkung neuraler Mechanismen bei der Pathogenese. Im Gesamtüberblick über die entsprechenden Einsichten läßt sich sagen, daß Notwendiges und Zufälliges in der Pathogenese in vieler Hinsicht eng miteinander verwoben wirken und zwar so eng, daß das Notwendige eines solchen Prozesses in reiner Form nirgends und in der einfachen Form eines direkten und einfachen Kausalzusammenhangs nur sehr selten auftritt. In der Regel dominieren komplexe Systemregelungen, in deren Ablauf ein Krankheitsprozeß vor allem zu einer Umorganisation führt, die gegenüber den Bedingungen der Aufrechterhaltung der inneren Ordnungsbeziehungen im Organismus oder den Erfordernissen der ständigen Wechselwirkung mit der Umwelt – etwa im Stoffwechselgeschehen – nicht mehr ausreichend sind und eben gerade dadurch als störend und leistungsmindernd wirksam werden. Die Pathologie hat sich nicht ohne Mühe zu der Einsicht durchgearbeitet, daß Krankheitsprozesse selbst komplizierte Formen von Störungen und zugleich Umstrukturierungen von Systemregelungen darstellen. Sie verdankt wesentliche Impulse zu dieser Einsicht sowohl den speziellen Bestrebungen nach einer Pathologie der Relationen oder Regulationen in den zwanziger und dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts (als deren wesentliche Repräsentanten der Pathologe Ricker und der Internist von Bergmann gelten) als auch der bewußten Anwendung der Dialektik als Denkmethode, um die insbesondere die Mediziner und Pathologen in der Sowjetunion seit Jahrzehnten ringen und zu der [32] sie ganz entscheidende theoretische Beiträge leisten konnten.<sup>8</sup> Besonderes Interesse verdienen dabei jene Versuche einer Verallgemeinerung der heutigen Einsichten der Pathologie, in denen grundlegende Formen pathologischer Reaktionen als Abwandlungen der bedeutsamsten Prozesse und Prinzipien der normalen biologischen Organisation interpretiert werden. In einer neuen Studie sowjetischer Autoren zu diesen Fragen werden dabei vor allem folgende Prinzipien der Organisation lebender Systeme überhaupt hervorgehoben, von denen auch das Verständnis des Wesens der Krankheit ausgehen muß:

Erstens das Prinzip der Evolution, der Entwicklung, „in deren Verlauf sich unter dem Einfluß der äußeren Umwelt Adaptationsmechanismen herausbilden ... durch die der Organismus seine Anpassungsfähigkeit erweitert, widerstandsfähiger wird und diese Eigenschaften auch weiter

---

<sup>8</sup> Zaregorodzew, G. J.: Dialektischer Materialismus und Medizin. Moskau 1966 (russisch).

vererbt. Die Mechanismen pathologischer Prozesse sind ebenso evolutionär entstanden und erblich fixierte Anpassungseinrichtungen lebender Systeme.“

Zweitens das Prinzip des Systemcharakters lebender Systeme, d. h. der Existenz einer geordneten Strukturiertheit und der „gesetzmäßigen Einheit struktureller und funktioneller Veränderungen auf allen Stufen des pathologischen Prozesses.“

Drittens handelt es sich um das Prinzip des Determinismus, der „Anerkennung von Ursachen und Bedingungen für alle Seiten, Phasen und Stadien des pathologischen Prozesses. In lebenden Systemen werden“ dabei „die äußeren Einwirkungen immer durch die inneren Besonderheiten der Regulationssysteme auf eine spezifische Weise ‚gebrochen‘.“

Und viertens, so wird festgestellt, handelt es sich um „das Prinzip des Dynamismus“, d. h. der Anerkennung der komplizierten Systemen eigenen Regulationen, auf deren Grundlage auch die Bewegung pathologischer Prozesse und die Verstandsfähigkeit der Organismen begreifbar werden.<sup>9</sup>

Diese Prinzipien oder allgemeinen Gesetzmäßigkeiten bestimmen die Existenz lebender Systeme überhaupt, und Krankheitsprozesse fallen nicht aus ihrem Rahmen heraus, sondern stellen sich als besondere Formen ihrer Verwirklichung und als Abwandlungen dar, die letzten Endes die Funktionstüchtigkeit des Organismus in der Beziehung zur Umwelt im ganzen einschränken und herabsetzen.

Aus dieser Sicht erweist sich Krankheit – zunächst allerdings immer unter dem Aspekt des objektiv faßbaren Prozeßgeschehens im [33] Organismus begriffen – als eine Form des menschlichen Lebens, die mit dessen komplizierter Organisation selbst verknüpft ist, und zwar beeinflußt und in bestimmter Hinsicht auch verhindert werden kann (u. a. durch die Ausschaltung von äußeren Krankheitsursachen und auch durch eine gezielte Festigung der Konstitution und Widerstandskraft), jedoch nicht grundsätzlich aus dem menschlichen Leben ausgeschaltet zu werden vermag. Sowohl die nicht direkt beeinflussbare Wirksamkeit zufälliger Veränderungen im Vererbungsgeschehen als auch die Tatsache, daß der menschliche Organismus nur im ständigen Stoffwechselaustausch mit der Umwelt zu existieren vermag, als schließlich auch der Umstand, daß dieser Organismus in sich organisiert ist und mit seinen Teilsystemen voneinander abhängige Geschehensebenen aufweist, bedingen, daß Störungen der normalen Lebenstätigkeit immer wieder auftreten können und in dieser oder jener Form zu Leiden und Krankheiten führen.

Es erweist sich unter solchen Bedingungen auch als durchaus nicht so einfach, den Zustand der Gesundheit zu definieren, obwohl es zunächst naheliegt, Gesundheit als den Zustand des Fehlens von Krankheiten und des normalen oder regelhaften Ablaufs der Lebensprozesse zu verstehen. Kompliziert wird die Frage dadurch, daß das Maß der Normalität dieser Lebensprozesse äußerst schwer zu bestimmen ist. Zwischen der Krankheit als dem offen zutage tretenden und zur Hilfsbedürftigkeit führenden Störungsgeschehen und der Gesundheit als dem funktionellen Optimum der Einordnung des individuellen organischen Lebens in die Mensch-Umwelt-Beziehung gibt es zweifellos fließende Übergänge und Zwischenstadien. Sie existieren u. a. in der Art, daß ein bereits begonnener Krankheitsprozeß noch keine Auswirkungen zeitigt oder auch in der Weise, daß eine im Gefolge von Krankheit entstandene Umorganisation dieser Lebensprozesse, die vom regelhaften Ablauf abweicht, dennoch ein solches funktionelles Optimum ermöglicht.<sup>10</sup> Die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ sind aus den genannten Gründen

---

<sup>9</sup> Gurvitsch, S. S., und W. P. Petlenko: Die Philosophie als Methode und Theorie des Aufbaus allgemeiner Theorien der Pathologie in der modernen Medizin. In: Asklepii. Bulgarisch-sowjetisches Jahrbuch für Geschichte und Theorie der Medizin. Bd. I. Moskau und Sofia 1970, S. 261-268 (russisch).

<sup>10</sup> Vgl. dazu: Löther, R.: Biologie und Weltanschauung. Kapitel: Krankheit, Gesundheit und Norm. Leipzig – Jena – Berlins 1972, S. 59-65.

schon auf der Ebene des biologischen Geschehens nicht einfach entgegengesetzte Größen, sondern eher Kennzeichnung von Extremwerten, die zudem immer noch durch das subjektive und soziale Befinden des Menschen modifiziert werden.

Die von uns verwendete Kennzeichnung der Krankheit als einer spezifischen Lebensform des Menschen berührt wiederum ausgesprochen wichtige philosophische Probleme und Wertungsaspekte. [34] Bekanntlich ist eine solche Bestimmung auch für theologische und verschiedene ausgesprochen pessimistische Einstellungen zum Schicksal des Menschen und auch zu den Aufgaben der Medizin verwendbar, wenn nicht eine ausdrückliche Abgrenzung dagegen erfolgt. Im Rahmen einer theologischen Deutung wird die sachlich begründete Unmöglichkeit der Ausschaltung von Krankheiten überhaupt in der Welt so interpretiert, daß sich darin ein von einer überirdischen Kraft festgelegtes Schicksal des Menschen manifestiere, welches ihn zur Duldung und Demut verpflichtet und ihm seine Gebrechlichkeit und Abhängigkeit immer wieder vor Augen führt. Damit werden Glaubensannahmen in die theoretische Betrachtung eingeführt, für die es keinerlei Beweise gibt und die demzufolge in einer wissenschaftlichen Erklärung absolut nichts zu suchen haben. Da es aber nicht nur um die Einführung solcher Glaubensannahmen überhaupt geht, sondern diese auch ihre Konsequenzen für das Verständnis des Auftrags und der Funktion der Medizin haben – und zwar Konsequenzen, die genaugenommen auf eine Begrenzung des wissenschaftlichen und praktischen Wirkens der Medizin hinauslaufen, die ja unter diesen Voraussetzungen als eine Wendung gegen ein notwendiges Geschehen erscheinen muß –, kann eine solche Auffassung nicht einfach hingenommen und toleriert werden. Besonders deutlich wird dieser Gegensatz zwischen einer wissenschaftlichen und einer theologischen Ansicht dann, wenn die Frage nach dem Sinn der Krankheit und damit ein Wertproblem zur Diskussion gestellt wird. Vom Standpunkt einer wissenschaftlichen und letztlich dialektisch-materialistischen Betrachtung hat die Krankheit keinen Sinn, obwohl sie als in bestimmter Hinsicht notwendige Lebensform erklärbar und begreifbar ist. Ihr einen Sinn zuzusprechen würde bedeuten, ihr eine positive oder auch produktive Funktion im Gesamtprozeß der Entwicklung der menschlichen Lebenstätigkeit oder auch im Leben der Individuen zuzuerkennen, denn der Begriff des „Sinns“ hat immer einen solchen Wertungsaspekt und bedeutet damit etwas anderes als nur die Feststellung eines notwendigen und gesetzmäßig verlaufenden Geschehens. Von einer solchen produktiven Funktion kann aber keine Rede sein, da die Existenz von Krankheiten in keiner Weise direkt und notwendig in irgendeiner Beziehung zur Höherentwicklung etwa der menschlichen Gattung steht. Da das verhältnismäßig klar und eindeutig ist, unterstellt theologisches Denken dem Krankheitsgeschehen diesen Sinn auch vor allem in bezug auf den einzelnen Menschen, der angeblich [35] unter der Wirkung von Krankheit, die als eine Art von Grenzsituation<sup>11</sup> verstanden wird, zur Selbstbesinnung und zur Gewinnung höherer moralischer und geistiger Wertmaßstäbe geführt wird oder wenigstens geführt werden kann. Obwohl es zweifellos Beispiele dafür gibt, daß einzelne Menschen unter dem Leidensdruck schwerer oder langdauernder Krankheiten einen Prozeß der Selbstbesinnung durchmachen, ihre bisherigen Lebenseinstellungen korrigieren und möglicherweise auch bestimmte Züge ihres bisherigen Verhaltens als einseitig, egoistisch oder dergleichen begreifen, können diese doch nicht eine solche weitreichende Verallgemeinerung begründen, wie sie in dieser theologischen Deutung vorgenommen wird. Es ist nämlich zu bedenken, daß solche Prozesse der moralischen und geistigen Entwicklung der Persönlichkeit vorrangig und in der Regel im Zusammenhang mit der gesellschaftlich vollzogenen aktiven Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt vonstatten gehen und auch gerade in dieser Ebene die wichtigsten Persönlichkeitseigenschaften überhaupt ihre Ausformung erfahren können; daß weiter in der Regel das Erleben schwerer Krankheit vorrangig zu Resignation, Pessimismus und zu einer Verschiebung des gesamten Wertungssystems des Menschen führt und insofern in der Mehrzahl der Fälle Krankheit

---

<sup>11</sup> Brednow, W.: Der Kranke und seine Krankheit. Nova Acta Leopoldina, Neue Folge Nr. 12, Bd. 24, Leipzig 1961.

einen vorrangig negativen Einfluß auf die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen ausübt und daß schließlich drittens die genannte theologische Erwartung der Läuterung des Menschen in der Krankheit eine wirklich seltsame Verkehrung der Maßstäbe insofern voraussetzt, als dem Menschen die Möglichkeit und das Vermögen abgesprochen werden, auch ohne den Druck besonderen Leidens über sich selbst und seine Stellung in der Welt nachzudenken.

Krankheit kann also weder im Hinblick auf die Entwicklung der Gattung noch des einzelnen Menschen als ein irgendwie mit positiven Wirkungen verbundenes Geschehen begriffen werden und bleibt insofern für eine wissenschaftliche Auffassung ein notwendiges Moment des Lebens, mit dem man sich aber in seiner konkreten Form und Erscheinung nicht abfinden kann und dessen Einschränkung und Bekämpfung eine der wichtigsten verpflichtenden Aufgaben der Wissenschaft und der Gesellschaft ist. [36]

### **Die Rolle sozialer Bedingungen für das Krankheitsgeschehen und die Krankheit als ein sozialer Zustand**

Die Tatsache, daß auch soziale Bedingungen des menschlichen Lebens das Krankheitsgeschehen beeinflussen, indem sie entweder als direkte Krankheitsursachen oder als begünstigende Bedingungen für die Wirksamkeit biologischer Krankheitserreger oder schließlich auch als Basis der medizinischen Versorgung auf den Gesamtzusammenhang Einfluß nehmen, ist der Medizin seit langem bekannt, wird aber auch immer wieder durchaus unterschiedlich gewertet. In der Zeit der Herausbildung und eindeutigen Vorherrschaft der klassisch-naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin haben bereits deren Begründer, u. a. der einflußreiche R. Virchow, die Mitwirkung der sozialen Lebensbedingungen bei der Entstehung und Ausbreitung von epidemischen Krankheiten (beispielsweise des Typhus, der Ruhr u. a.) erkannt und auch sehr deutlich ausgesprochen, daß die Vorbedingung zur Überwindung dieser Krankheiten die Verbesserung der materiellen und kulturellen Lebensbedingungen der Werktätigen ist. Obwohl damals aus verschiedenen Gründen aus solchen Einsichten nicht die notwendigen Konsequenzen für das Verständnis der Krankheit selbst und für die gesellschaftliche Verantwortung der Mediziner gezogen worden sind, handelte es sich um überaus wichtige Gesichtspunkte, die heute noch mehr als vor 100 Jahren in der Medizin beachtet werden müssen. Um den Umfang und damit auch die gewaltige Bedeutung dieser Zusammenhänge anzudeuten, stellen wir zunächst einige Fakten an den Anfang der weiteren Überlegung.

Zu den sechs wichtigsten übertragbaren Krankheiten, für die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein ständiges Überwachungssystem unterhält und die entsprechend internationalen Regelungen strengen Quarantänemaßnahmen unterliegen, gehören die Cholera, die Pest, die Pocken, das Gelbfieber, das Fleckfieber und das Rückfallfieber. Nach unvollständigen Angaben führte die Cholera bis etwa 1955 jährlich allein in Indien zu fast 80.000 Todesfällen, forderte nach der Einführung umfassender Impfschutzmaßnahmen 1963 immer noch 12.000 Tote und führte 1965 bei einer neuerlichen epidemischen Welle in 23 Ländern zu 51.000 Erkrankungen und rund 14.000 Sterbefällen. Da die Wirksamkeit der heutigen Impfstoffe bei dieser Krankheit nur relativ kurz ist, besteht ständig die Gefahr des Wiederausbruchs solcher Epidemien und die Notwendigkeit für ein umfassendes Kontrollsystem. Ähnlich bilden auch die Pocken eine ständige Gefahr für die Menschheit. Diese in Burma, Indien, Indonesien, in Südamerika und in einigen südafrikanischen Ländern noch häufig auftretende Krankheit forderte 1963 bei rund 430.000 Erkrankungen etwa 172.000 Todesopfer<sup>12</sup>.

Neben diesen genannten Krankheiten sind weitere Infektionskrankheiten wie die Tuberkulose, die Malaria, die Schlafkrankheit, die Lepra u. a. noch weit verbreitet und fordern Jahr für Jahr viele Hunderttausende von Menschenleben, obwohl die Mittel zur Bekämpfung und z. T. auch

---

<sup>12</sup> Diese und die folgenden Angaben entstammen dem „Weltgesundheitsreport“. Hrsg.: Wolstenholme, G. E., und M. O'Connor. München – Wien – Basel 1971.

zur Ausrottung der Erreger (etwa bei der Schlafkrankheit) bekannt sind. Experten der WHO schätzen die Zahl der jährlichen Sterbefälle bei Tuberkulose auf 2,8 Millionen. Dabei ist gerade für diese Krankheit gut bekannt, daß sie bei rechtzeitiger Erfassung gut behandelt werden kann.

Als die wesentlichen Bedingungen für die noch viel zu große Verbreitung von Infektionskrankheiten der genannten Art sind unentwickelte hygienische Verhältnisse, Nahrungsmangel bei großen Teilen der Weltbevölkerung und fehlende medizinische Prophylaxe und Betreuung anzusehen, Faktoren, die vor allem in den ehemals kolonial unterdrückten Gebieten und in jenen sich erst in den letzten Jahren entwickelnden Ländern auftreten, in denen die Folgen imperialistischer Ausplünderung nur auf längere Zeit hin allmählich überwunden werden können. Charakteristisch für den tatsächlichen Entwicklungsstand der hier mitentscheidenden sozialen Lebensbedingungen sind u. a. folgende Daten: 34% der in städtischen Zentren lebenden Bevölkerung unserer Erde sind ohne zureichende öffentliche Wasserversorgung; 51% leben in Städten ohne öffentliche Abfallbeseitigung; etwa 15% der Gesamtbevölkerung sind chronisch unterernährt und leiden an ständigem Mangel an tierischem Eiweiß, weshalb sie kaum Widerstandskraft gegenüber solchen Krankheiten wie Masern oder Dysenterie besitzen usw. Die Gebiete unserer Erde, in denen gerade diese Mängel am entschiedensten spürbar werden, besitzen zudem die größten Rückstände in der Entwicklung des Gesundheitswesens und einen völlig unzureichenden Ärztebestand, der sich zumeist auch einseitig auf die Versorgung der jeweils herrschenden Klasse konzentriert und für die Masse der Werktätigen kaum wirksam wird. Die dabei auftretenden Disproportionen weist sehr eindeutig die nachstehende, dem statistischen Jahresbericht der WHO entnommene Tabelle der Verteilung der Ärzte auf verschiedene Gebiete und Länder aus. [38]

*Tabelle 1:*

VAR	10.929	USA	272.502
Südafrika	8.968	Kanada	21.000
restl. Afrika	12.871	restl. Amerika	117.931
Indien	77.780	UdSSR	443.300
Japan	102.906	restl. Europa	525.882
restl. Asien (ohne UdSSR)	91.386	Ozeanien (einschl. Australien)	19.416

Verteilung der Ärzte nach dem Statistischen Jahrbuch der WHO für 1966. Die besonders rasche Entwicklung der Zahl der Ärzte in der UdSSR wird daraus ersichtlich, daß 1940 155.300 Ärzte im sozialistischen Gesundheitswesen beschäftigt waren, 1969 dagegen bereits 642.500.

Nimmt man die genannten Faktoren ernst, erweist sich die Gesamtheit der sozialen Lebensbedingungen für die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten als so bedeutsam, daß nur absolutes Ignorantentum noch von der Medizin als einer gesellschaftsunabhängigen oder reinen Naturwissenschaft sprechen kann. Der Wahrheit verpflichtete Wissenschaftler und Ärzte erkennen heute immer deutlicher, daß sich eine zunehmend breite Lücke auftut „zwischen dem, was nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen an Gesundheitsfürsorge geleistet werden könnte, und dem, was für die Bevölkerung tatsächlich getan wird“<sup>13</sup> und daß gerade darin eines der entscheidenden Entwicklungsprobleme der Medizin und ihrer praktischen Macht liegt. Daß diese Widersprüche nur im kapitalistischen System auftreten und eine gänzlich andersartige Entwicklung in der sozialistischen Gesellschaft zu verfolgen ist, wird dabei allerdings leider noch zu wenig bedacht und im Hinblick auf die Konsequenzen kaum von den Autoren ‘berücksichtigt.

Im Hinblick auf die richtige Wertung der Rolle sozialer Bedingungen für das Krankheitsgeschehen ist es erforderlich, zwischen verschiedenartigen Formen solcher Mitwirkung sozialer

<sup>13</sup> Evang, K.: Politische, nationale und traditionelle Hemmnisse der Gesundheitskontrolle. Ebenda, S. 245.

Faktoren zu unterscheiden. Es läßt sich dann als erstes feststellen, daß die Wirkungsweise und die Verbreitung biologisch bedingter Krankheiten und hier vor allem der Infektionskrankheiten weitgehend durch die materiellen Lebensbedingungen, vorwiegend die der Ernährung und der hygienischen Verhältnisse, bedingt sind. Insofern gibt es keine rein natürlichen Krankheitsursachen, die unabhängig vom Lebensmilieu und der Gesellschaftsform wirksam werden.<sup>14</sup>

[39] Darüber hinaus erweist sich aber bei näherem Hinsehen auch eine große Zahl von Krankheits- und Todesursachen als direkte Folge der im Rahmen des gesellschaftlichen Lebensprozesses vollzogenen Lebenstätigkeit des Menschen, wozu u. a. Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle, Vergiftungen u. dgl. durch die Umweltverschmutzung sowie Verwundungen und Tötungen in Kriegen gehören. Der Anteil dieser an der Gesamtheit der Krankheiten und Todesfälle beteiligten Schädigungsformen ist heute außerordentlich hoch und berechtigt dazu, einen sehr wesentlichen Teil der von der Medizin zu lösenden Aufgaben als durch die Gesellschaft selbst hervorgerufen zu betrachten. Es kann also zweitens festgestellt werden, daß ein beträchtlicher Teil von Krankheitsursachen deshalb ausgesprochen gesellschaftlicher Natur ist, da er im gesellschaftlichen Lebensprozeß geschaffen wird und nicht mehr einfach aus den Naturbedingungen des menschlichen Lebens folgt.

Zahlreiche Forschungen der letzten Jahrzehnte, vor allem auf dem Gebiet der Epidemiologie, haben erwiesen, daß auch bei vielen unmittelbar biologisch-organismisch imponierenden Krankheiten gesellschaftliche Bedingungen beteiligt sind. Hier sind zu nennen verschiedene Formen der Herz-Kreislaufferkrankungen, die Arteriosklerose, der Herzinfarkt, weiterhin Diabetes, Rheumatismus, Geschwülste der oberen Luftwege u. v. a. m. Diese und eine ganze Reihe anderer Erkrankungen werden durch ungünstige Lebensbedingungen und falsche Gewohnheiten, z. B. mangelhafte oder falsche Ernährung, enge unhygienische Wohnungen, frühzeitige und schwere Arbeit sowie durch konfliktvolle Beziehungen im gesellschaftlichen Lebensprozeß gefördert bzw. mit verursacht.

In noch stärkerem Grade ist die psychische Gesundheit, die allseitige harmonische Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit, von den gesellschaftlichen Lebensbedingungen abhängig. Auch sie hat zur Voraussetzung die normale biologische Funktionsfähigkeit des Organismus und damit ein bestimmtes Niveau der materiellen Lebensbedingungen. Entsprechend der These von der sozialen Determiniertheit des Bewußtseins ist die psychische Gesundheit unmittelbar von den gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen des Individuums abhängig. In erster Linie bedeutsam sind hier die Erziehung in Elternhaus und Schule, die Entwicklung der Beziehungen zur Arbeit, berufliche Qualifizierung, die Stellung im Arbeitskollektiv und anderen sozialen Gruppen sowie die kulturell-ästhetische Bildung. Einschränkungen und Deformierungen der sozialen Wechselwirkungsprozesse zwischen Individuum und [40] gesellschaftlicher Umwelt führen zur Hemmung der Entfaltung bedeutsamer Erlebnisbereiche, z. B. beruflicher Leistung, Partnerbeziehungen etc. Hierin liegen wesentliche Ursachen zahlreicher psychischer Erkrankungen neurotischer und psychosomatischer Art wie auch verschiedener Formen der Schizophrenie.

Wenn auch in der sozialistischen Gesellschaft die psychische Gesundheit letztlich Ziel aller gesellschaftlichen Aktivitäten ist, gehört sie jedoch zugleich als Gegenstand der Psychohygiene zum Kompetenzbereich des Arztes und des Gesundheitswesens.

Das erlaubt drittens die Feststellung, daß Krankheit in vielen Fällen das Ergebnis komplizierter Mensch-Umwelt-Beziehungen und vor allem auch gestörter oder ungünstiger gesellschaftlicher Beziehungen darstellt. In diesen Fällen läßt sich beim heutigen Erkenntnisstand am günstigsten von einer wesentlichen Mitbeteiligung sozialer Bedingungen an der Entstehung von Krankheiten sprechen. Diese gleichen Abhängigkeitsbeziehungen lassen sich auch systematisch darstellen,

---

<sup>14</sup> German, M. A., und S. S. Gurvitsch: Integrative Prozesse in der Wissenschaft und das Verhältnis von Sozialem und Biologischem. In: Philosophische Probleme der Medizin. Kiew 1969, S. 324-352 (russisch).

wenn man von der Bedeutung bestimmter sozialer Gegebenheiten für die Medizin ausgeht, weshalb in einem solchen Bezugsrahmen dann auch gelegentlich von primären, sekundären und eventuell auch noch tertiären sozialen Bedingungen gesprochen wird.

Unabhängig davon, wie eine solche Ordnung und Klassifizierung der Rolle verschiedenartiger Momente des gesellschaftlichen Lebensprozesses für die Medizin vorgenommen wird, bedarf die Existenz solcher weittragender Wirkung des Sozialen und Psychischen für das Krankheitsgeschehen der Beachtung bei der theoretischen Bestimmung des Wesens der Krankheit und damit auch der Aufgaben der Medizin. Wir sehen die sich hier ergebenden Konsequenzen u. a. in folgenden Aussagen: eine rein naturwissenschaftliche Betrachtung der Medizin als Wissenschaft und der Krankheitsphänomene ist sicher längst nicht mehr haltbar und überholt; die Medizin hat es nicht mit dem Menschen als einem irgendwie gestörten Organismus zu tun, sondern mit dem gestörten Leben des Menschen in seinen sozialen Beziehungen und Bedingungen. Die Aufgabe der Medizin kann sich auch nicht mehr darauf beschränken, lediglich biologische Krankheitsursachen zu erforschen und Mittel zu deren Bekämpfung zu finden; ebenso sehr und vielleicht noch wichtiger wird es für sie, die im sozialen Lebensgeschehen sich entwickelnden, Ursachen und Mitbedingungen von Krankheiten aufzudecken und an deren Beseitigung mitzuwirken. Das Medium, in dem sich Krankheiten konkret entfalten und [41] wirksam werden, bleibt zwar immer primär der biologische Organismus des Menschen, mittels dessen wir selber auch immer ein Glied der Natur bleiben und in dem biologische Gesetze wirken, aber dieser Organismus ist der des gesellschaftlich lebenden und in einer weitgehend selbstgeschaffenen Umwelt agierenden Menschen und deshalb nicht unabhängig von den Wechselwirkungen mit dieser Umwelt zu begreifen.

Hinzu kommt, daß bei wesentlichen Gruppen psychischer Erkrankungen, Neurosen, Suchten und einem Teil der Psychosen, die insgesamt in der Morbiditätsstatistik eine bedeutsame Rolle spielen, es vordergründig die Störungen in den Wechselwirkungsprozessen zwischen Persönlichkeit und Gesellschaft sind, in denen sich die Dynamik der Krankheitsprozesse vollzieht.

Ebenso wie das Krankheitsgeschehen in seinen ursächlichen Zusammenhängen und Bedingungen weitgehend einen sozialen Inhalt hat, wirkt es sich wiederum als soziales Faktum auf die gesellschaftlichen Lebensformen der Menschen aus. Diese Auswirkungen bestehen darin, daß Krankheiten die Produktivität einer bestimmten Gesellschaft beschränken und darüber hinaus durch die erforderlichen Kosten für die Betreuung der Kranken und die Aufrechterhaltung eines ständig wirksamen Systems der medizinischen Versorgung ein mehr oder weniger hoher Anteil am Nationaleinkommen verbraucht wird. Dabei gilt, daß die Bedeutung einer bestimmten Krankheit für die Gesellschaft von der Häufigkeit ihres Vorkommens und der Schwere der durch sie bedingten Folgen abhängt. Es ist deshalb natürlich, daß das Gesundheitswesen eines Staates auch eine bestimmte Aufgabe bei der Erhaltung der produktiven Leistungsfähigkeit dieser Gesellschaft erfüllt und daß die Einschränkung von Krankheiten ein gesellschaftliches Ziel auch dann bildet, wenn, wie im Kapitalismus, die humanistische Verantwortung für das Wohlergehen eines jeden Bürgers nicht das allgemeine Ziel dieser bestimmten Gesellschaft darstellt. Für den Sozialismus verbindet sich in dieser Hinsicht die gesellschaftliche Notwendigkeit oder Nützlichkeit mit einer prinzipiellen Zielstellung der gesellschaftlichen Bewegung, in der die Entwicklung der Produktivität ein Mittel zur Befriedigung wachsender materieller und kultureller Bedürfnisse ist und nicht als Selbstzweck begriffen werden kann. Dieser Gesichtspunkt erweist sich als wichtig auch für die nähere Bestimmung der Krankheit als eines sozialen Status, d. h. für jene Ebene des Krankheitsbegriffes, die ausdrücklich gesondert zu untersuchen ist, da sie sich nicht einfach [42] mit der Auffassung der Krankheit als eines objektiven Prozeßgeschehens deckt.

Karl Marx gebrauchte einmal in einer seiner frühen Arbeiten zur Kennzeichnung der Krankheit eine interessante Wendung, indem er formulierte: Krankheit sei „in seiner Freiheit gehemmtes Leben“<sup>15</sup>. Damit wird ein ganz entscheidendes Moment der Situation charakterisiert, in die ein

---

<sup>15</sup> Marx, K.: Debatten über die Pressefreiheit. In: K. Marx und F. Engels: Werke, Bd. 1, Berlin 1957, S. 59.

Mensch durch die Krankheit hineingestellt wird, das Moment der Einschränkung des Vermögens oder der Möglichkeit zur aktiven Mitwirkung an der Umgestaltung und menschlichen Aneignung der Welt außer uns, die sonst zu den wichtigsten Lebensäußerungen unserer Gattung gehört und deshalb auch unsere konkrete Stellung in der Welt und unsere Verbindung zu ihr bestimmt. Die durch die Krankheit dieser oder jener Art erfolgende Einschränkung unserer Freiheit zu aktivem Handeln äußert sich in unterschiedlicher Weise und Intensität. In den Fällen, da Krankheit zu schwerwiegenden und auch langdauernden Beeinträchtigungen der Handlungsmöglichkeiten führt, zumeist dann auch zu Krankenhausaufenthalt und Bettlägerigkeit verurteilt, ist sie auch mit einer Einschränkung der sozialen Kommunikation und weiteren wesentlichen Veränderungen der gesamten Lebenssituation des Betroffenen verbunden, die notwendige Veränderungen der psychischen Strukturen bedingen. Die als wichtig angesehenen beruflichen und familiären Aufgaben und Pflichten können nicht mehr oder nicht mehr vollständig wahrgenommen werden, die Hilflosigkeit und das Angewiesensein auf die Pflege durch andere werden oft als quälend empfunden, und die eigene Perspektive und oft auch die der Angehörigen erscheint unsicher und bedroht. Das alles versetzt den ernsthaft erkrankten Menschen in eine soziale Sonderstellung, die viel persönliche Reife und auch aufmerksames Verhalten der Angehörigen und der Gesellschaft erfordert, um nicht zu Mutlosigkeit und Resignation zu führen.

Das aus der Wechselwirkung zwischen somatischer Krankheit und den genannten sozialen Veränderungen des Krankseins entstehende psychologische und soziale Erscheinungsbild der Krankheit, zu dem so wichtige Merkmale wie die Arbeitsfähigkeit, die Fähigkeit zur sozialen Integration gehören, hängt nicht nur vom spezifischen Inhalt der somatischen Krankheit, von deren Schweregrad und Dauerwirkung, sondern auch von der Persönlichkeit, ihren sozialen Bedingungen und der Reaktion der Gesellschaft auf das Kranksein ab. Die psychischen und sozialen Merkmale des Krankheitsgeschehens resultieren damit aus der „Brechung“ der [43] Auswirkung der somatischen Prozesse in den individuellen Bedingungen des Mensch-Umwelt-Systems. Sie sind insofern medizinisch unspezifisch, wenn auch außerordentlich bedeutsam für die Pflichten des Arztes, den Behandlungs- und Rehabilitationsplan und die Anforderungen an die Arzt-Patient-Beziehung. Von diesem Aspekt her ergeben sich auch bei unbeeinflussbaren somatischen Prozessen Möglichkeiten der Behandlung durch psycho- bzw. soziotherapeutische Maßnahmen.

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, daß Konflikte in der Familien- oder beruflichen Beziehung des Menschen das soziale und psychische Bild der Krankheit im Sinne der Chronifizierung, der Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit, der Verstärkung des subjektiven Leidenserlebnisses wesentlich beeinflussen können. Diese Bedingungen und ihre Folgen können mehr oder weniger unabhängig von der Verlaufsrichtung des somatischen Krankheitsgeschehens wirken und bedürfen deshalb auch einer gezielten Beeinflussung.

In der medizinsoziologischen Literatur der bürgerlichen Gesellschaft ist mit dem Begriff der „Krankenrolle“ versucht worden, wesentliche allgemeine Merkmale des sozialen Zustandes des Krankseins auszudrücken. Dabei werden dieser „Krankenrolle“ weitgehend übereinstimmend vier Merkmale zugeschrieben. Sie soll demnach enthalten: erstens eine Befreiung von den sonstigen normalen Rollenverpflichtungen (etwa denen des Berufs); zweitens die Befreiung von Verantwortung für diese Krankheit bzw. diesen Zustand (wobei dieser Grundsatz im bürgerlichen Recht jedoch keineswegs immer auch so akzeptiert wird); drittens die Verpflichtung, nach Gesundheit zu streben (bzw. Willen zur Gesundheit aufzubringen), und viertens schließlich die Verpflichtung, fachkundige Hilfe in Anspruch zu nehmen und die Anweisungen des Arztes zu befolgen.<sup>16</sup> Die Rechte und Pflichten werden dabei gegeneinander aufgewogen, und die Nichteinhaltung der genannten Verpflichtungen führt nach dem Verständnis der Soziologen zu einem Verlust der Rechte – eine durchaus bürgerliche Denkweise, für die jede Leistung mit einer Gegenleistung aufgewogen werden muß.

---

<sup>16</sup> Parsons, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Kölner Z. f. Soziologie, Sonderheft 3/1958.

Zweifellos enthält dieses Rollenschema richtige Gesichtspunkte und Komponenten und ist geeignet, psychologische und soziale Mitbedingungen des Krankheitsgeschehens zu erfassen. Aber es erweist sich doch genau besehen als viel zu eng, um die qualitativ wichtigen und für den Menschen als Subjekt entscheidenden so-[44]zialen Kennzeichen des Krankseins auszudrücken. Nicht in ihm erfaßt werden vor allem die Prozesse der Herauslösung aus dem Tätigsein und der sozialen Kommunikation in ihren für die Persönlichkeit negativen Folgen, und völlig unberücksichtigt bleiben das subjektiv empfundene Leid, die Angst, die mehr oder weniger ausgeprägte Verunsicherung der Zukunftsgewißheit u. a., die von vornherein nicht in diesem rein soziologischen Rollenkonzept reflektiert werden. Die Ausklammerung gerade dieser Seiten aus der rollentheoretischen Interpretation des Krankseins ist allerdings kein Zufall, sondern Ausdruck eines prinzipiell andersartigen, gesellschaftlich bedingten Herangehens an die Problembetrachtung, wobei dieses in der bürgerlichen Soziologie entwickelte Rollenmodell vor allem die Tendenz zur An- und Einpassung des Menschen in ein gegebenes System von gesellschaftlichen Beziehungen ausdrückt, ohne deren Basis in den Produktionsverhältnissen zu beachten. Von diesen Produktionsverhältnissen hängt es nämlich entscheidend ab, in welcher inhaltlichen Bestimmtheit die genannten Merkmale der Krankenrolle konkret wirksam werden und welche Seiten oder Momente überhaupt die Beziehung des Kranken zur Gesellschaft charakterisieren. So ist es ein überaus entscheidender Unterschied, ob die genannte Befreiung des Kranken von anderen, z. B. beruflichen Pflichten zugleich eine „Befreiung“ von einem gesicherten Lohn- oder Gehaltseinkommen ist oder ob sie erfolgt, ohne die materielle Lage des Kranken radikal zu verändern. Beim Fehlen entsprechender großzügiger versicherungsrechtlicher Regelungen wird die genannte „Befreiung“ eine Farce und ein drückendes Schicksal, denen man u. U. selbst um der Gefahr einer Verschleppung oder Chronifizierung des Leidens willen zu entgehen versucht. Ebenso gilt, daß der Wille zur Gesundheit wesentlich davon abhängt, wieweit der gesellschaftliche Lebensstatus des Kranken Erfüllung und Befriedigung gebracht hat und damit ein persönlich erstrebenswertes Ziel darstellt. Dabei ist es sicher nicht nur die Harmonie der innerfamiliären Beziehungen, sondern es sind ebenso die Einstellung zur Arbeit und die Stellung im Arbeitskollektiv, die gesellschaftliche Anerkennung der eigenen Arbeit u. a., die eine für den Menschen wichtige Rolle spielen und sein Verhältnis zur Krankheit mitbestimmen, weil sie sein Verhältnis zur Gesundheit formen. Da im Rahmen dieser Beziehungen das Verhalten und Empfinden des kranken Menschen doch sehr stark von diesen immer qualitativ gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen seines Lebens geprägt wird, entstehen auch solche Er-[45]scheinungen wie das Streben nach Ausbruch aus dem Krankenstatus auch vor einer eigentlichen Genesung (eben wenn dieser Status als unbefriedigend empfunden wird) oder als Gegensatz dazu auch das Streben nach der Aufrechterhaltung dieses Status selbst dann, wenn der biologisch faßbare Krankheitsprozeß bereits abgeklungen ist und die Position des gesellschaftlich anerkannten Krankseins eine Art Schutz vor der Auseinandersetzung mit bestimmten Bedingungen der eigenen Lebenssituation darstellt. Neben dem soziologischen Interpretationsschema werden deshalb eine individualpsychologische und sozialpsychologische Auffassungsweise des Krankheitsgeschehens erforderlich, in denen wiederum für Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe bedeutsame Aspekte des Krankheitsgeschehens erfaßt werden. Sie sind deshalb notwendig, um die Komplexität des menschlichen Krankheitsgeschehens auszudrücken. Diesen psychischen und sozialen Dimensionen kommt gegenüber biologischen Prozessen eine relative Selbständigkeit zu. Sie besitzen ihre eigenen Bedingungen und Gesetzmäßigkeiten. Sie werden vor allem bestimmt durch die praktische Tätigkeit des Menschen, seine Aktivität, seine Beziehungen zur Arbeit, zu sozialen Gruppen, zur Gesellschaft.

Die bisher noch sehr stark naturwissenschaftliche Orientierung im Denken der Ärzte unserer Gesellschaft führt vielfach noch zu einer Vernachlässigung oder völligen Ignorierung dieser genannten Bedingungen, wodurch ungewollt eine Gleichsetzung des Verhaltens des Kranken mit der objektiv faßbaren Krankheit erfolgt und psychosoziale Teilfaktoren und Chronifizierungstendenzen u. U. nicht erkannt werden. Die Bedeutung dieser Zusammenhänge ergibt sich

vor allem auch daraus, daß in der sozialistischen Gesellschaftsordnung neue Möglichkeiten der Kompensation negativer Auswirkungen des Krankenstatus durch gesellschaftliche Hilfsmaßnahmen, durch die neue Beziehung zur Arbeit und die veränderten zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen, die eine subjektive Triebkraft zur Überwindung des Krankseins sein können und die aktive verantwortliche Mitarbeit des Patienten bei der Behandlung stimulieren. Eine optimale Nutzung solcher Möglichkeiten erfordert die wissenschaftliche Durchdringung der psychischen und sozialen Dimensionen des Krankheitsgeschehens unter den Bedingungen unserer Gesellschaftsordnung. Diese wichtige Aufgabe der medizinischen Forschung erfordert die Zusammenarbeit der klinischen Psychologie, der medizinischen Soziologie und der Psychiatrie mit den naturwissenschaftlichen Disziplinen.

[46] Die bei chronischen Krankheitsprozessen einsetzenden Umstrukturierungen im sozialen Beziehungssystem des Kranken sind oft sehr entscheidend und können u. a. beinhalten: die Neubesetzung des eigenen Arbeitsplatzes, den Übergang bestimmter bisher wahrgenommener gesellschaftlicher oder Familienfunktionen an andere, einen sozialen „Abstieg“ durch die Einschränkung des Einkommens. Durch solche Prozesse wird der Krankenstatus verstärkt ausgeprägt, und insofern kann man sie als auf die Krankheit auch rückwirkende sekundär-pathogenetische Faktoren betrachten. Bei langdauernden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tuberkulose und anderen Zuständen wird dadurch sehr oft eine Verschlechterung des Geschehens im körperlichen Bereich bewirkt und ein optimaler Behandlungserfolg nur dann möglich, wenn die psychologische Einstellung auch mit Hilfe des Arztes auf die Bereitschaft zur Rückkehr ins gesellschaftliche Leben geweckt oder stabilisiert werden kann.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß Krankheit des Menschen immer auch als ein besonderer psychischer und gesellschaftlicher Zustand des betroffenen Menschen verstanden und beachtet werden muß. Dieser Zustand ist durch Hilfsbedürftigkeit einerseits, durch eine typische Veränderung der gesamten Lebenssituation andererseits gekennzeichnet. Wieweit die im Gefolge von langdauernden und schwerwiegenden Krankheiten auftretenden Umstellungen in der Lebenslage, die dabei in der Regel auftretende Kommunikationseinschränkung und Verunsicherung der persönlichen Zukunftserwartungen zu Resignation und Pessimismus führen, hängt weitgehend von den Einstellungen der den Kranken umgebenden Menschen, seiner Angehörigen, seiner Arbeitskollegen und der Ärzte sowie des medizinischen Personals ab. Da diese Einstellungen wiederum in vieler Hinsicht eine Folge der gesellschaftlich geltenden Prinzipien des Verhältnisses zum Mitmenschen sind, sind sie auch in den gesellschaftlichen Formationen in der Tendenz unterschiedlich ausgerichtet. Auch in unserer sozialistischen Gesellschaft kommen leider noch Fälle gleichgültigen Verhaltens gegenüber Erkrankten von seiten der Arbeitskollektive und auch von Familienangehörigen vor. Deshalb ist es auch unter unseren Verhältnissen wichtig, demgegenüber eine Atmosphäre der öffentlichen Mißbilligung und Kritik an Erscheinungsformen der Lieblosigkeit, des Egoismus und des fehlenden Verantwortungsbewußtseins zu schaffen. [47]

## **Das Problem der psychosomatischen Beziehungen und des Wesens der Geisteskrankheiten**

Mit diesem Abschnitt wenden wir uns einem weiteren eng mit philosophischen Auffassungen und Entscheidungen verbundenen Problemkreis zu. Die hierzu erforderlichen Klärungen sind ebenfalls von grundsätzlicher Bedeutung für die medizinische Krankheitslehre, und wenn sie an dieser Stelle gesondert dargestellt werden, so geschieht dies nur aus methodischen Gründen. Zunächst geht es dabei um die psychosomatischen Beziehungen und ihre praktische und theoretische Stellung in der modernen Medizin.

Das psychosomatische Problem umfaßt die Frage nach dem Einfluß psychischer Faktoren und Prozesse auf die Entstehung und Entwicklung somatischer, d. h. im körperlichen Geschehen sich äußernder Krankheiten, die Frage danach, ob es überhaupt einen solchen Einfluß gibt, wie und in welchem Umfange solche Beziehungen wirksam werden. Dieser Kreis von Fragen ist deshalb besonders eng mit philosophischen Standpunkten verbunden, weil er die mit der Grundfrage der Philosophie und dem Verhältnis von Materie und Bewußtsein aufgeworfenen Entscheidungsfragen der Weltanschauung eng berührt, geht es doch hier um eine spezifische Seite dieses Grundverhältnisses, in der sich psychisches Geschehen beim Menschen und dessen biologisch-somatische oder auch materielle Daseinsweise in bestimmter Beziehung zueinander befinden. Der Standpunkt des philosophischen Materialismus bei der Beantwortung der Grundfrage der Philosophie besagt, daß die Natur, d. h. die außerhalb und unabhängig vom menschlichen Bewußtsein existierende Realität, primär und das Bewußtsein, die Widerspiegelung der objektiven Realität im menschlichen Denken, sekundär ist. Damit ist auch festgestellt, daß das Bewußtsein ein Produkt der höchstorganisierten Entwicklungsformen der Materie ist und daß die Gesamtheit aller Erscheinungsformen des Psychischen durch das Nervensystem und das Gehirn des Menschen realisiert wird.<sup>1</sup> Da dieser letztgenannte Zusammenhang nicht nur den Unterschied von Materiellem – und dem Somatischen als einer seiner [48] Formen – sowie Ideellem hervorhebt, sondern auch eine wichtige Seite ihres Zusammenhanges betont, erweisen sich auch für den philosophischen Materialismus psychosomatische Beziehungen als eine mögliche und notwendige Form des allgemeinen Zusammenhangs und der Wechselbeziehungen. Der Gegensatz zwischen philosophischem Materialismus und Idealismus in dieser Frage besteht demzufolge nicht hinsichtlich der Existenz solcher Beziehungen, sondern hinsichtlich der Auffassung ihrer Art und Weise, die wiederum davon abhängig ist, welche Eigenschaften und Qualitäten dem Psychischen zuerkannt werden und wie deren Wirkung im somatischen Bereich gedeutet wird: als Einfluß etwa der Emotionen über das Nervensystem auf Körperfunktionen oder als sinnhafte Reaktion körperlicher Vorgänge auf Erlebnisweisen, Wünsche und Strebungen des Menschen.

Jedoch nicht nur der tiefgreifende Einfluß des sich in den genannten weltanschaulichen Gegensätzen entwickelnden philosophischen Denkens hat die Klärung des psychosomatischen Problems kompliziert, sondern auch der Umstand, daß diese Beziehungen im Detail infolge ihrer Komplexität und Verwickeltheit außerordentlich schwer zu durchschauen sind. Diese Kompliziertheit beginnt bereits bei der wissenschaftlichen Analyse der psychischen Prozesse und Reaktionen des Menschen selbst, und erst recht findet sie ihren Ausdruck bei der Aufklärung der äußerst vielgestaltigen Auswirkungen des psychischen Erlebens auf den somatischen Bereich. Es ist deshalb auch nicht verwunderlich, daß in der Medizin zwar immer das Bewußtsein von der Wirksamkeit solcher Beziehungen lebendig war, jedoch erst in der jüngsten Entwicklungsgeschichte die Anfänge einer systematischen Erforschung beobachtet werden können

---

<sup>1</sup> Engels, F.: Ludwig Feuerbach und der Ausgang der klassischen deutschen Philosophie. In: K. Marx und F. Engels, Werke: Bd. 21, Berlins 1962.

Lenin, W. I.: Materialismus und Empirio-kritizismus. In: Werke, Bd. 14, Berlin 1960; Grundlagen der marxistisch-leninistischen Philosophie. Berlin 1971.

und zwischen dem allgemeinen Entwicklungsstand der medizinischen Erkenntnis und dem der Einsichten in die psychosomatischen Beziehungen große Differenzen bestehen. Der im ersten Abschnitt dieses Buches dargestellte Gegensatz zwischen dem naturwissenschaftlichen und dem geisteswissenschaftlich-anthropologischen Denkkonzept der Medizin bringt sowohl diesen Unterschied im Grad der erreichten detaillierten Kenntnisse als auch die dadurch mitbedingte spekulative Form des Denkens über psychosomatische Beziehungen zum Ausdruck. Ein Wandel in der Entwicklung dieser Fragestellungen in der Medizin beginnt sich allerdings in dem Moment abzuzeichnen, wo über an klinische Erfahrung anknüpfende Deutung hinaus spezielle physiologische Untersuchungen zunächst einfacher psychischer Prozesse bei höher [49] entwickelten Tieren in Gestalt der Physiologie der höheren Nerventätigkeit einsetzen und in vielen davon ausgehenden Modifizierungen höhere nervale und vegetative Vorgänge auf experimenteller Grundlage zum Gegenstand der Untersuchung werden. In ausgeprägter Form entfalten sich diese medizinischen Forschungen vor allem seit den dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts, allerdings dann bereits wieder im Rahmen des theoretischen Gegensatzes von naturwissenschaftlicher und geisteswissenschaftlicher Konzeption auch auf diesem Problemgebiet.<sup>2</sup>

Nach den in den letzten Jahrzehnten gesammelten Erfahrungen der klinischen Medizin stellen die psychosomatischen oder auch als funktionell bezeichneten Störungen und Krankheiten einen für die Praxis recht bedeutsamen Erscheinungskreis dar. Wirklich exakte Angaben über deren Häufigkeit und Verbreitung liegen bisher nicht vor, da eine noch ausstehende einheitliche Klassifizierung entsprechende epidemiologische Studien erschwert; da jedoch fast alle Angaben über den Anteil dieser Störungen an den in der ärztlichen Praxis überhaupt behandelten Fällen bei Größen zwischen 15% und 30% schwanken, kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein Mittelwert dieser Angaben als annähernd zutreffende Schätzung gelten.

Als psychosomatische Störungen und Krankheiten können dabei zunächst alle jene Fälle gelten, bei denen organische Störungen durch psychische Faktoren bedingt und hervorgerufen werden. Die dabei im einzelnen zu beobachtenden organischen Störungen sind von den Symptomen her nicht von somatisch verursachten Krankheitsbildern zu unterscheiden, weshalb es äußerst schwierig ist, genaue Kriterien für das Vorliegen ausgesprochen psychosomatischer Leiden anzugeben. Im allgemeinen können als solche Kriterien nur gelten: das Fehlen eindeutiger Befunde über somatische Ursachen der bestimmten Krankheit und das Vorliegen einer auffälligen psychischen Erlebnisverarbeitung und Reaktionslage, die auf eine starke affektive oder emotionale Spannung hinweist und erfahrungsgemäß vegetative Abläufe wesentlich beeinflusst. Als charakteristische Gruppe sind psychosomatische Krankheiten abzugrenzen von eindeutig somatisch bedingten und von vorrangig im psychischen Bereich sich manifestierenden Krankheiten. Diese Angaben bilden allerdings beim gegenwärtigen Erkenntnisstand nur ein sehr grobes Raster und lassen viele fließende Übergänge zwischen diesen Gruppen zu. Dem praktisch tätigen Arzt fällt es deshalb in der Regel sehr schwer, eindeutige Entscheidungen darüber [50] zu treffen, ob ein bestimmtes Krankheitsbild der Gruppe der rein organisch oder der vorwiegend psychosomatisch bedingten Störungen zuzuordnen ist.

Für das Verständnis des Charakters der psychosomatischen Krankheiten und der psychosomatischen Zusammenhänge generell sind weiterhin folgende Einsichten wichtig:

Sowohl schockartige traumatische Erlebnisse eines Menschen als auch langdauernde psychische Spannungen im Gefolge von unbewältigten Konflikten können eine spezifische Veränderung der Affektivität bedingen, die ihrerseits über das Vegetativum auf verschiedene Körperfunktionen einwirkt. Solche in einfacher Form bereits der Selbstbeobachtung zugänglichen Phänomene, wie das Auftreten körperlicher Sensationen bei starken Angst- und Erregungszuständen, werden

---

<sup>2</sup> Thom, A.: Philosophische Erwägungen zur Entwicklung der theoretischen Erkenntnis in der modernen medizinischen Wissenschaft. In: Marxistischen Menschenbild und Medizin. Hrsg.: Steußloff, H., und E. Gniostko, Leipzig 1968, S. 115-175.

dann zu einem medizinischen Problem, wenn sie sich über längerdauernde Wirkung verfestigen und auch dann wirken, wenn die aktuellen Anlässe solcher Zustände nicht mehr vorliegen, bzw. dann, wenn sie eine bestimmte Normalbreite der Wirkung überschreiten und nicht mehr steuerbar sind. Das heißt, ein bestimmter Grad der Intensität solcher psychosomatischen Reaktionen und eine bestimmte Dynamik ihrer Entwicklung verändern an sich übliche und notwendige Funktionen bis zum Krankheitswert hin. Damit trifft für psychosomatische Störungen ebenfalls zu, was für Krankheiten generell gilt, daß es sich nämlich um Abwandlungen von Prozessen handelt, die zu den Grundbedingungen menschlichen Lebens überhaupt gehören.

Obwohl es körperliche Funktionsbereiche gibt, die besonders eng mit dem Vegetativum verknüpft sind – beispielsweise gilt das für den Blutdruck und insofern für Herz- und Kreislaufkrankheiten wie auch für die Magen-Darm-Funktionen und hierbei vor allem für Ulcusleiden – und deshalb einen hauptsächlichlichen Erscheinungs- oder Wirkungsraum für psychosomatische Störungen darstellen, existieren keine nachweisbaren eindeutigen Zusammenhänge zwischen der Art der psychischen Reaktionen und den spezifischen Formen ihrer körperlichen Manifestation. Ein und dieselbe psychische Reaktionsweise kann bei verschiedenen Menschen völlig unterschiedliche Auswirkungen im organischen Bereich haben, und ein und dieselbe organische Ausdrucksform psychosomatischer Krankheiten kann auf recht unterschiedliche Ursachen im Bereich der psychischen Erlebnisverarbeitung zurückgeführt werden. Offenbar spielen dabei die besondere Disposition und die gesamte Vorgeschichte der Patienten eine wesentliche Rolle, und es scheint auch möglich, diese [51] vielgestaltigen Beziehungen als Ausdrucksformen eines gewissen Zufallsgeschehens zu interpretieren. Daraus folgt auch, daß es keine reinen psychosomatischen Krankheiten im Sinne besonderer nosologischer Einheiten gibt, keine nur dem psychosomatischen Beziehungsraum zugehörigen Krankheitsbilder.

Einen gewissen Anhaltspunkt für gehäuft auftretende regelhafte Abhängigkeiten liefern allerdings Untersuchungen über das Verhältnis verschiedener Persönlichkeitstypen in bestimmten sozialen Konfliktsituationen zu bestimmten Störungen und zur Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychosomatischer Leiden überhaupt. Danach sind z. B. besonders überängstliche, übergenaue und stark auf ihre eigenen Probleme orientierte Menschen für solche Störungen prädisponiert, weil sie in besonders ausgeprägter Form zu solchen spannungsgeladenen Verarbeitungen psychischer Erlebnisse neigen.<sup>3</sup> Von strengen und eindeutigen Zuordnungen kann aber auch hier nicht die Rede sein, da auch diese Einteilung der Menschen in solche Persönlichkeitstypen nur sehr grob und annäherungsweise möglich ist.

Schließlich weisen die bisherigen Untersuchungen aus, daß auch bestimmte Tätigkeiten mit einer besonderen psychischen Belastung und vielfältigen konflikthaften Momenten eine statistisch auffällige Häufung psychosomatischer Störungen bewirken, wobei jedoch auch solche Angaben differieren und immer ziemlich stark von den jeweils angelegten Maßstäben, was überhaupt als Störung aufzufassen sei, abhängen.<sup>4</sup>

Das alles spricht dafür, daß psychosomatische Störungen von medizinisch-klinischer Bedeutung und als ernsthafte Belastung der betroffenen Menschen eine äußerst komplizierte Beziehung zweier miteinander in Wechselwirkung stehender Systeme, des der psychischen Erlebnisverarbeitung und des der Steuerung von Körperfunktionen über das Nervensystem, bilden, deren Reduzierung auf einfache Element-zu-Element-Wirkungen auf beiden genannten Ebenen nicht gelingt und prinzipiell nicht gelingen kann. Unverkennbar groß ist dabei die Rolle der Persönlichkeit und ihres sozialen Feldes, von denen eben diese Erlebnisverarbeitung abhängt und durch die diese immer eine einmalige Färbung und Nuancierung erhält. Deshalb geht es hier auch nicht um beliebige, in formaler Hinsicht vergleichbare psychologische Prozesse, sondern um Erlebnisformen, die für das jeweilige Subjekt bedeutsam sind und die deshalb auch als

---

<sup>3</sup> Szewczyk, H.: Psychologie und Magen-Darm-Ulcus. Jena 1966.

<sup>4</sup> Konflikte im Beruf. Hrsg.: Szewczyk, H., Berlin 1968.

„relevantes Erleben“ bezeichnet werden können, welches vorwiegend „in den emotionalen Zustandsformen der [52] Freude, der Liebe, der Angst, der Trauer, der Sorge, des Hasses und des Neides zutage“ tritt „im Zusammenhang mit Aufgaben, die das Leben selbst stellt, die mit Verantwortung, mit Veränderungen der persönlichen Position, mit Spannungen infolge von Konflikten in verschiedenen Ebenen verknüpft sind“.<sup>5</sup> Gerade diese psychischen Vorgänge sind bisher am wenigsten analysiert und auch am schwersten einer wissenschaftlichen Beschreibung zugänglich, was ebenfalls seinen Einfluß auf die relative Unentwickeltheit der bisherigen Theorienbildung haben mußte und auch hatte.

Sehr viel Mühe und Fleiß sind bisher auch darauf verwendet worden, den Anteil unbewußter Prozesse an der Erlebnisverarbeitung zu bestimmen. Mit dem vor allem von der durch S. Freud begründeten Psychoanalyse und psychoanalytischen Psychologie geprägten Begriff des „Unbewußten“ sind dabei nicht jene nicht ausdrücklich bewußt werdenden psychischen Vorgänge gemeint, die unser Verhalten im Sinne von dynamischen Stereotypen begleiten und steuern, sondern komplexe psychische Erlebnisformen. Freud meinte so u. a. auch jene Strebungen, Neigungen und Triebkräfte erfassen zu können, die den uns in der Regel bewußten Teil unseres psychischen Lebens bestimmen und die nach der Ansicht der Psychoanalyse nur durch eine gründliche Analyse und Hilfe eines geübten Therapeuten durchschaut und bloßgelegt werden können. Die von ihm vorgenommene Einteilung der Psyche des Menschen in die Instanzen und Schichten des Es, des Ich und des Über-Ich ist demnach weitgehend von nicht-bewußten Triebkräften sowohl aus dem Reservoir biologisch festgelegter Triebe als auch von in ihrem Charakter nicht durchschauten sozial-kulturellen Normativen und Werten besetzt, zwischen denen Widersprüche und Konflikte existieren, die immer nur partiell und zeitweilig ausgeglichen werden können. Solcherart angenommene Konflikte zwischen den Neigungen der Es-Schicht beispielsweise und den vom Über-Ich repräsentierten Geboten und Verboten erscheinen in dieser Betrachtungsweise als die Ursachen für psychosomatische Störungen und Neurosen, für die ein spezifischer Mechanismus der „Verdrängung“ verantwortlich sein soll und wonach körperliche Manifestationen wie auch psychische Strukturen bei Neurosen im besonderen (Hysterie, Zwangsvorstellungen u. a.) Symbolcharakter für die Existenz solcher Konflikte besitzen.<sup>6</sup>

Die zu diesem Grundschema aufgebaute theoretische Konstruktion der Freudschen Psychoanalyse besitzt eine bemerkenswerte Geschlossenheit und hat einen beachtlichen, in einer Reihe von [53] Ländern, wie beispielsweise in den USA, sogar vorrangig entscheidenden Einfluß auf die Erklärung psychosomatischer Beziehungen erlangt und auch eine eigene Form von therapeutischer Praxis mit einer diffizilen und schulmäßig weitergegebenen Behandlungstechnik zur Neurosenherapie hervorgebracht. Der wissenschaftliche Gehalt der Psychoanalyse ist allerdings heute nicht mehr nur umstritten, sondern eindeutig als unzureichend qualifiziert, wobei besonders hervorgehoben werden muß, daß das grundlegende Begriffssystem, insbesondere die Annahme der genannten Schichtstruktur des psychischen Lebens und des als antagonistisch aufgefaßten Verhältnisses zwischen diesen Schichten eine ausgesprochene spekulative Konstruktion ist und weiter auch die Auffassung einer biologisch fundierten Triebrichtung psychischen Geschehens keine Bestätigung erfahren konnte. Die für die jahrzehntelange Wirksamkeit dieses gedanklichen Systems verantwortlichen Ursachen sind primär darin zu suchen, daß es eine verhältnismäßig einfache und einleuchtend scheinende Erklärung neurotischen psychischen Geschehens liefert und darüber hinaus mit einigen prinzipiellen Auffassungen der bürgerlichen Ideologie zum Wesen des Menschen gut übereinstimmt, u. a. mit der Idee einer generellen Unverträglichkeit der individuellen Freiheit mit gesellschaftlichen Erfordernissen.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Bassin, F. W.: Bewußtsein, „Unbewußtes“ und Krankheit. Über eine moderne Betrachtungsweise des psychosomatischen Problems. Woprossi Filosofii 25 (1971) 9 S. 90-102 (russ.).

<sup>6</sup> Mette, A.: Sigmund Freud. Berlin 1958.

<sup>7</sup> Kohler, Ch.: Der Einfluß des Menschenbildes auf die Neurosenlehre. In: Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Hrsg.: Pickenhain, L., und A. Thom. Jena 1968, S. 153-180.

Die sich immer wieder bestätigende Anwendbarkeit der im Rahmen der Psychoanalyse entwickelten Begriffe, etwa der „Projektion“, der „Abwehr“ u. a., auf klinische Erscheinungen liegt vor allem darin begründet, daß diese Begriffe eben mit Bezug auf typisch erscheinende Krankheitsverläufe im Bereich der Neurosen entwickelt worden sind und insofern hinsichtlich ihres beschreibenden Aspekts eine große Realitätsnähe aufweisen. Ein Beweis für die Richtigkeit des gedanklichen Gesamtsystems ist damit allerdings noch nicht gegeben, da die Thesen von der Existenz und Wirksamkeit der angenommenen Grundmechanismen im psychischen Leben des Menschen als widerlegt gelten können. Die Entwicklung dieser Konzepte – der Psychosomatik und der Psychoanalyse – erfolgte losgelöst und in sehr schroffem Widerspruch zur medizinischen Wissenschaft und fand auch nicht die nötigen Beziehungen zur Psychologie. Das lag einerseits daran, daß die psychosomatische Medizin besonders in einigen extremen Varianten die Erkenntnisse der naturwissenschaftlichen Medizin unberücksichtigt ließ bzw. sie negierte, sowie daran, daß die oben kritisch erwähnte Psychoanalyse immer ihre wichtigste methodologische Grundlage geblieben ist. Wenn auch zu-[54]nächst von der Wechselwirkung zwischen sozialpsychischen und somatischen Prozessen ausgegangen wurde, so kamen zahlreiche Vertreter dieser Richtung doch sehr bald dazu, ein Primat des Psychischen vor dem Somatischen zu behaupten. Auch dehnte die Psychosomatik ihre Erklärungsversuche von den erwähnten psychosomatischen Krankheiten ungerechtfertigterweise auf rein organische Prozesse aus. Andererseits ist hier auch zu erwähnen, daß eine Ursache für die ungenügende Synthese der psychosomatischen und der naturwissenschaftlichen Medizin die Vernachlässigung der psychischen und sozialen Dimension, der Subjektivität in der naturwissenschaftlichen Richtung der Medizin ist.

Bedauerlicherweise gibt es in unserer psychologischen und medizinischen Literatur nur erst einige bescheidene Anfänge in der Erarbeitung eines eigenen Standpunktes zur Rolle und zum Inhalt der im Bereich unbewußt ablaufender psychischer Prozesse liegenden Probleme, deren eingehendere Erforschung sicher einen wichtigen Aspekt der weiteren Entwicklung der medizinischen Psychologie und Neurosenlehre darstellen wird und über die auch eine Präzisierung der theoretischen Erklärung psychosomatischer Wechselbeziehungen möglich erscheint.<sup>8</sup>

Die kurzen Bemerkungen zur Psychoanalyse verweisen auf einen weiteren wichtigen Bezug psychosomatischer Störungen und Krankheiten, nämlich auf den zur Gesellschaft. Da diese Störungen über die psychische Verarbeitung von Konflikten und anderen Belastungen eine spezifische Form der Reaktion des Menschen auf seine Lebensbedingungen darstellen, müssen sie immer auch in diesen komplexen Beziehungsweisen des Menschen zur Gesellschaft untersucht und begriffen werden und sind keine Erscheinungen einer im luftleeren Raum sich vollziehenden Psychologie. Diejenigen sozialen Bedingungen, die bei dieser Krankheitsgruppe eine Rolle spielen, Anforderungen beruflicher Tätigkeit, Probleme zwischenmenschlicher Beziehungen in bestimmten Kollektiven wie auch in der Familie u. a., sind äußerst vielgestaltig und selbst komplizierte Erscheinungen im Rahmen bestimmter gesellschaftlicher Beziehungen und Gesetzmäßigkeiten. Um hier unzulässige Vereinfachungen bei der theoretischen Klärung der Zusammenhänge zu vermeiden, müssen einige Gesichtspunkte einer dialektischen Betrachtung ausdrücklich betont werden. Dazu gehört zunächst die Feststellung, daß soziale Bedingungen der genannten Art niemals in ihrer bestimmten Qualität an sich zu Komplikationen in der Erlebnisverarbeitung und damit zu psychosomatischen [55] Störungen führen, sondern immer nur in ihrem Zusammenwirken mit einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur. Demzufolge sind die Wirkungen ein und derselben sozialen Fakten, beispielsweise einer hohen Leistungsanforderung im Beruf, durchaus unterschiedlich, oft sogar gegensätzlich und führen bei einem Menschen zur Überlastung und eventuell depressiven Verstimmung und bei einem anderen zu besonderen Anstrengungen und Erfolgserlebnissen. Darin besteht auch die Problematik des Konfliktbegriffs, mit

---

<sup>8</sup> Bewußtsein und Unbewußtes. Heft 12 der Beihefte zur Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“. Leipzig 1970.

dem etwas Spezielleres als nur die Existenz eines Widerspruchs zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und momentanen persönlichen Leistungen oder Leistungsbereitschaften gemeint ist. Von Konflikten ist sinnvoll wohl nur bei solchen Widersprüchen zu sprechen, die vom einzelnen Menschen nicht bewältigt werden können, weil er entweder zwischen entgegengesetzten Anforderungen oder Werten entscheiden soll oder bestimmte Anforderungen auch bei Anstrengung eigener Kräfte nicht von ihm realisiert zu werden vermögen. Sowohl Widersprüche in dem genannten Sinne wie auch Konflikte sind eine unvermeidbare Erscheinung der Dynamik des gesellschaftlichen Lebens. Konflikte in diesem speziellen Inhalt sind zwar nicht unbedingt auch immer progressiv wirkende Triebkräfte der Entwicklung der Gesellschaft und der Persönlichkeit, aber sie sind durch die Umgestaltung der Situation lösbar und müssen demzufolge nicht mit Notwendigkeit zu psychischer Belastung und erst recht nicht zu psychosomatischen Störungen führen. Aus allen diesen Gründen gibt es also keinen automatischen und zwangsweise auftretenden Zusammenhang zwischen bestimmten sozialen Bedingungen und psychosomatischen Reaktionen.

Eine zweite, für unser Problem wichtige Feststellung bezieht sich auf die Tatsache des Eingebettetseins beliebiger einzelner sozialer Bedingungen des individuellen menschlichen Lebens in einem komplexen gesetzmäßigen Zusammenhang des gesellschaftlichen Lebens in Gestalt der ökonomischen Gesellschaftsformation. Die für den einzelnen Menschen wichtigen sozialen Beziehungen erweisen sich so bei näherer Untersuchung als ihrerseits von den herrschenden Produktionsverhältnissen bestimmt und ändern ihren Stellenwert für das persönliche Leben nach dem gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang, von dem sie, etwa als Konkurrenzverhältnis oder als Verhältnis kameradschaftlichen Zusammenwirkens in der Arbeit, inhaltlich geprägt werden. In der kapitalistischen Gesellschaftsordnung kommt es im Zusammenhang mit dem Grundwiderspruch zwischen gesellschaftlich vollzogener Produktion und privater An-[56]eignung notwendig dazu, daß die wesentlichen gesellschaftlichen Strukturen im Staats- und Produktionsleben als etwas Unpersönliches, dem Menschen feindliche, ihn beherrschende Mächte erlebt werden. Hieraus resultiert die individualistische Auffassung der menschlichen Persönlichkeit, nach der Freiheit als Unabhängigkeit von der Gesellschaft erscheint. Im Lichte dieser Erfahrungen werden dann allzu leicht Verallgemeinerungen vorgenommen, nach deren Aussagen die gesellschaftliche Existenz des Menschen ein tragisches Geschick ist und der Einfluß der Gesellschaft auf die Individuen in erster Linie als repressiver Druck imponiert.<sup>9</sup> Eine gesellschaftliche Ideologie dieser Art, die beispielsweise auch die philosophische Intention der Beschreibung des Menschen als eines Trägers gesellschaftlicher Rollen ausmacht, findet sich dann auch sehr häufig in den psychosomatischen Ideensystemen wieder. Danach ist der Mensch ein mit bestimmten biologischen und auch psychologischen Strukturen ausgestattetes, auf sich gestelltes Wesen, das gegenüber seiner Umwelt in der Beziehung des geprägten, „gereizten“, in Konflikte gedrängten und bedrohten Individuums steht, dem man nur über eine geeignete Anpassungstechnik einen ausreichenden Spielraum für die Selbstverwirklichung schaffen kann. Nicht zufällig hebt einer der Theoretiker der psychosomatischen Medizin hervor, daß sowohl die medizinische Anthropologie Weizsäckers und Jores' als auch die Existenzphilosophie darin übereinstimmen, daß beide den „Rückgriff auf die unverkürzten Radikale des Menschseins: die Angst, die Schwermut und Langeweile, den Tod und in etwas anderer Weise die Krisenerfahrung des Subjekts“ in den Mittelpunkt ihres Denkens gerückt haben.<sup>10</sup> Es ist offensichtlich, daß eine marxistisch-leninistische Auffassung der Stellung des Menschen in der Gesellschaft sich von solchen Ideen grundlegend abhebt und daß deshalb auch eine Übernahme des in vielen psychosomatischen Theorien vertretenen Kultur- und Gesellschaftspessimismus für uns nicht in Frage kommen kann.

<sup>9</sup> Dreitzel, H. P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft. Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens. Stuttgart 1968.

<sup>10</sup> Christian, P.: Das Personenverständnis im modernen medizinischen Denken. Tübingen 1952, S. 124.

Während sich die Menschen- und Gesellschaftsauffassung – was beides nie voneinander zu trennen ist – bei den geisteswissenschaftlich-anthropologischen Strömungen psychosomatischen Denkens recht eindeutig als Anpassung an bürgerliche Ideologie erweist, ist derselbe Sachverhalt bei einigen der im Rahmen naturwissenschaftlichen Herangehens entwickelten Konzepte zum psychosomatischen Beziehungsgefüge weitaus schwerer zu durchschauen. Wir wiesen bereits darauf hin, daß sich in den dreißiger Jahren entsprechende Strebungen abzeichneten, von denen die in der ameri-[57]kanischen Psychologie und Medizin einflußreiche behavioristische Linie, die heute unter dem Namen der Verhaltensforschung eine große Rolle spielt, besonderes Interesse verdient. Da hier der Versuch gemacht wurde, psychisches Geschehen auf der Grundlage experimenteller Forschungen zum Erlernen von Verhaltensweisen zu analysieren, zugleich allerdings unter der Voraussetzung, daß Psychisches sich nur im Verhalten äußere und über Reiz-Reaktions-Verbindungen entstehe, hat diese Forschungsrichtung interessante Detailkenntnisse über Lernprozesse bei höheren Tieren und z. T. auch beim Menschen erbracht und immer als wissenschaftlich exakt begründet gegolten. Auch gegenwärtig führende Vertreter dieser Richtung verstehen sich als eindeutige Gegner spekulativen Denkens in Medizin und Psychologie und legen rationell begründete, in der Praxis erprobte und in der Regel auch einfach handhabbare therapeutische Techniken vor, die in bestimmten Fällen erfolgreich zur Anwendung gelangen.<sup>11</sup>

Zu den philosophischen Voraussetzungen und Konsequenzen eines solchen Herangehens sind jedoch aus mehreren Gründen Bedenken und Einwände angezeigt. Fragwürdig scheint bereits die sehr globale und umfassende Zielsetzung behavioristischer Verhaltensforschung, zu der einer ihrer entscheidenden Begründer, J. B. Watson, angab, sie strebe nach der Entwicklung von Methoden, mit denen man Verhalten kontrollieren kann, und mit der er die Hoffnung verknüpfte, daß diese Wissenschaft „eine Grundlage für die Ordnung und Kontrolle der Gesellschaft“ sein könne und das – wohlgemerkt – auf der Grundlage tierexperimentellen Forschungsarbeit. Wenig menschenfreundlich waren auch seine Ideen über diese gesellschaftliche Ordnung, denn in seinem Hauptwerk findet sich u. a. die These: Gegen die Einschläferung unheilbar Geisteskranker „kann es keine anderen Gründe geben außer übertriebener Gefühlsduselei und mittelalterlichen, religiösen Geboten“.<sup>12</sup>

Die in dieser Konzeption bewußt und ausdrücklich vorgenommene Ausklammerung der Subjektivität des Menschen führt zu einer Objektbestimmung des Menschen, die ihn seiner wichtigsten Gattungseigenschaften, des Vermögens zur produktiven Aneignung der Natur entsprechend seinen Bedürfnissen und der Fähigkeit zur ideellen Widerspiegelung und konstruktiven Gestaltung der Wirklichkeit, beraubt und ihn von seinen gesellschaftlichen Lebens- und Wirkungsbedingungen isoliert. Die Reduktion der verhaltensbestimmenden Kräfte auf das Lernen gemäß dem Prinzip „Mißerfolg [58] und Strafe sind hemmende, Erfolg und Belohnung sind bekräftigende Faktoren bei der Verhaltensausprägung – steht dem von der bürgerlichen Gesellschaft ideologisch notwendig vertretenen Anpassungsideal und ihrer Manipulationstechnik allzu nahe, als daß man annehmen könnte, damit wäre ernsthaft Entscheidendes über den Menschen und seine realen gesellschaftlichen Möglichkeiten ausgesagt.

Obwohl die genannten philosophischen Akzente nicht bei allen Anhängern des verhaltenspsychologischen Denkens in der Psychologie und Medizin in gleicher Form und Ausprägung auftreten, sind sie bei allen in der Tendenz nachweisbar und insofern für uns Grund genug, ein kritisches Verhältnis zu dieser ganzen Richtung zu bewahren und sie nicht schon wegen der äußerlich objektiv scheinenden Methode der Analyse als einen geeigneten Weg zur weiteren Aufklärung der psychosomatischen Probleme anzusehen. Damit soll nicht gesagt sein, daß es

---

<sup>11</sup> Eysenck, H. J., u. S. Rachman: Neurosen-Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie. Berlin 1967.

<sup>12</sup> Watson, J. B.: Behaviorismus (1930). Köln-Berlin 1968, S. 72. S. 194.

in der Therapie psychosomatischer Störungen und Neurosen nicht angebracht sei, Methoden des Lernens und des Verhaltenstrainings anzuwenden; sie können dort für bestimmte Krankheitsbilder und in bestimmten Etappen therapeutischen Wirkens durchaus angebracht sein – nur kann sich in ihnen nicht das ganze Instrumentarium des Umgangs mit dem kranken Menschen erschöpfen.

Da hier nun auf Einzelheiten der sich ebenfalls entwickelnden therapeutischen Konzeptionen und Verfahren bei psychosomatischen Krankheiten und Neurosen in unserer Medizin nicht eingegangen werden kann, versuchen wir an dieser Stelle zusammenfassend auszudrücken, inwiefern sich in der bisherigen Entwicklung des psychosomatischen Problems Fortschritte in der Ausarbeitung einer dialektisch-materialistischen Prinzipien entsprechenden wissenschaftlichen Betrachtung zeigen.

Ein erstes Moment innerhalb einer solchen Entwicklung besteht dann wohl darin, daß zunächst überhaupt psychosomatische Zusammenhänge zum Gegenstand systematischer wissenschaftlicher Forschung der modernen Medizin geworden sind, wobei die Einsicht wächst, daß es hier um eine Einstellung der Medizin auf den Menschen als gesellschaftliches Wesen und seine komplizierten und eigenständigen Gesetzen folgende Psyche geht. Der Umkreis der dabei noch aufzuklärenden spezifischen Beziehungen ist sehr groß und reicht von den psychischen Folgen schwerwiegender Erkrankungen bis zur Typologie von Erlebnisverarbeitungen mit Wirkungen auf organische Funktionsabläufe.

[59] Ein weiteres wesentliches Moment bei der Herausbildung eines dialektischen Verständnisses dieser Fragen betrifft die allerdings ziemlich mühsam und über viele Umwege erworbene Erkenntnis, daß psychosomatische Beziehungen keine einfachen Abhängigkeiten zwischen elementaren psychischen Prozessen oder bestimmten Erlebnissen einerseits und körperlichen Manifestationen andererseits darstellen. Vermittelt über die psychische Struktur der Persönlichkeit und die gesamte körperliche Disposition wirken hier unterschiedliche Systeme aufeinander ein. Statistisch feststellbare Häufigkeiten im Zusammenhangsgeschehen geben zwar Hinweise für vorrangig zu erwartende Wirkungen; eine sichere und eindeutige Zuordnung psychischer Reaktionsformen zu körperlichen Krankheitsprozessen wird jedoch auch in der Zukunft nicht zu erwarten sein.

Schließlich spricht eine sich allmählich herausbildende kritische Haltung zu den gar zu naiven Anpassungsidealen und zu den zumeist überaus einseitigen Vorstellungen vom Verhältnis Individuum – Gesellschaft in den bisher vorwiegend in der kapitalistischen Gesellschaft produzierten psychosomatischen Theorien dafür, daß auch die psychologischen, soziologischen und philosophisch-weltanschaulichen Voraussetzungen und Implikationen wissenschaftlicher Reflexionen über psychosomatische Beziehungen eingehender beachtet werden. Das Problem der Psychosomatik ist ein medizinisches Problem und wird es auch bleiben – es kann jedoch im Unterschied zu manchen anderen speziellen medizinischen Fragen nicht ohne enge Zusammenarbeit mit Psychologie und Soziologie und nicht unabhängig von weltanschaulichen Entscheidungen gelöst und einer weiteren Klärung zugeführt werden.

Bilden schon die psychosomatischen Krankheiten und Störungen ein äußerst kompliziertes Problemgebiet der Theorie und Praxis der Medizin, so erst recht die mit den umgangssprachlichen Worten der „Geisteskrankheit“, des „Wahnsinns“ und der „Verrücktheit“ bezeichneten Krankheiten und Leiden, die zu den wichtigsten Krankheitsgruppen gehören, mit denen sich die Psychiatrie als klinische Disziplin der Medizin zu befassen hat. Zum Teil noch recht lückenhafte wissenschaftliche Einsichten in die Ursachen und pathogenetischen Prozesse dieser Krankheiten und auch ein ausgesprochen starker Einfluß philosophischer Standpunkte und medizingeschichtlicher Besonderheiten bei den theoretischen Erklärungen bedingen hier eine außerordentliche Unterschiedlichkeit der Auffassungen und auch der medizinischen Praxis des Umganges mit [60] diesen Kranken. Dabei teilweise in starren Dogmen fixierte widersprüchliche

Schulmeinungen beeinträchtigen auch in erheblichem Grade eine optimale medizinische Versorgung auf diesem Gebiet, da sie einer vorurteilsfreien Wertung diagnostisch-therapeutischer und rehabilitativer Methoden, ihrer Ergebnisse und deren Anwendung entgegenstehen.

Die oben genannten Begriffe bezeichnen keine klar umschriebenen Krankheiten, sondern umfassen sowohl nach Ursache als auch nach Erscheinungsbild sehr unterschiedliche Störungen.

Hier sind zu nennen einmal schwerwiegende psychopathologische Veränderungen bei somatischen Krankheitsprozessen des Gehirns oder des Organismus, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Die hauptsächliche Krankheitsform ist die sogenannte Schizophrenie, ein Begriff, der ungegerechtfertigterweise heute bei vielen normalen psychologischen Prozessen und sozial abweichenden auffälligen Verhaltensweisen verwandt wird.

Im eigentlichen Sinne handelt es sich dabei um tiefgehende Veränderungen des gesamten Erlebens und Verhaltens. Die auffälligsten Erscheinungsweisen sind eine zunehmende Abkapselung von der gesellschaftlichen Umwelt, ein Verlust realer gesellschaftlicher Beziehungen, Wahnerlebnisse, d. h. nicht unmittelbar verständliche Fehldeutungen der Umwelt und Ausgliederung bzw. Abspaltung von bestimmten Bewußtseinseinheiten und Persönlichkeitsbereichen aus dem Erleben des Menschen, die als Stimmen oder als von außen eingegebene Gedanken, Gefühle oder Wünsche erlebt werden. Das Charakteristische und zugleich Widersprüchliche an den schizophrenen Erkrankungen ist, daß schwere Veränderungen der Persönlichkeit und der psychischen Prozesse des Verhaltens vorliegen, ein „Verrücktsein“ im eigentlichen Sinne des Ausdrucks, obwohl die ursprüngliche intellektuelle Leistungsfähigkeit und auch die affektiv-emotionale Struktur neben den Krankheitserscheinungen erhalten bleiben. Auch diese schizophrenen Krankheiten bilden keine nosologische Einheit. Sie treten als Folgen organischer Krankheitsprozesse sowie im Verlauf psychischer und sozial bedingter Fehlentwicklungen auf, besonders wenn diese mit sozialer Isolierung verbunden sind, wie z. B. bei Schwerhörigen. Die Hauptgruppe jedoch ist dadurch gekennzeichnet, daß weder körperliche Ursachen zu finden sind, noch bei oberflächlicher Betrachtung zumindest einsichtige psychologische Gründe im Sinne von Schockwirkungen oder dergleichen vorliegen; sie wurde [61] deshalb als „endogen“ bezeichnet. Zur Erklärung der schizophrenen Erkrankungsbilder wurde eine Vielzahl widersprüchlicher Theorien entwickelt, die von solchen erbpathologischer Art über hirnpathologische und pathophysiologische Erklärungsversuche bis hin zu psycho- und soziogenetischen Theorien reichen. Die dem normalen Empfinden weitgehend unverständlichen Deutungen und Reaktionen des Patienten haben über lange Zeit die Unverständlichkeit selbst als Kriterium dieser Krankheit erscheinen lassen. Genauere psychopathologische Analysen weisen jedoch aus, daß es auch bei diesen eigenartigen Formen eines ganz und gar vom Subjekt determinierten Verhältnisses zur Welt psychologisch verstehbare Zusammenhänge gibt, die einen Zugang zu psychologischen und sozialen Bedingungen des Krankheitsgeschehens sowie zur Kommunikation und psychotherapeutischen Lenkung bieten.

Die äußerlich dominierenden Symptome dieser Psychosen können heute durch den Einsatz von Psychopharmaka und bestimmten Verfahren physikalischer Therapie sehr gut beeinflußt werden. Bei optimaler Anwendung der genannten Verfahren gelingt eine Beseitigung der beschriebenen Symptome in der Mehrzahl der Fälle. Relativ häufige Rückfälle und später auftretende dauerhafte Persönlichkeitsabwandlungen sind zu einem überwiegenden Prozentsatz nicht auf die inneren Gesetzmäßigkeiten des Krankheitsgeschehens, sondern auf Schwächen und Mängel der therapeutisch-rehabilitativen Möglichkeiten zurückzuführen. Besonders die noch ungenügende Entwicklung der Psychotherapie und der Verfahren zur sozialen Rehabilitation, d. h. zur vollen Wiedereingliederung in die Gesellschaft, ist hier bedeutsam.

Wegen der Schwierigkeiten in der Behandlung und der fehlenden Kenntnis ihrer eigentlich entscheidenden Ursachen gelten die schizophrenen Psychosen als das „delphische Orakel“ oder

der „Skandal“ der Psychiatrie. Der Begriff des „Endogenen“ sagt dabei zunächst nicht mehr, als daß hier innere Ursachen angenommen werden, wobei in der bisherigen Entwicklung der Psychiatrie allerdings die hypothetische Annahme dominierte, daß diese inneren Ursachen organisch-biologischer Art seien und entweder in sehr spezifischen biochemischen Veränderungen der Nerventätigkeit oder in der Auswirkung genetisch bedingter Defekte der Gehirntätigkeit zu suchen sind. Neuere Interpretationen des Begriffs des Endogenen im Rahmen der geisteswissenschaftlichen Psychiatrie haben einen ausgesprochen metaphysischen Inhalt, so etwa bei Tellenbach, der das Endogene als das „A priori eines sich [62] in den Phänomenen auszeu- genden Wesens“ bezeichnet, das weder das Biologische noch das Personale, sondern vor bzw. nach diesem zu fassen sei.<sup>13</sup>

Für die Psychiatrie gilt dabei hinsichtlich dieser genannten Krankheitsformen und auch für die von ihr weiter zu behandelnden und zu betreuenden Formen von Schwachsinn und bestimmten Verhaltensstörungen, daß das Einsetzen der medizinischen Aktivität nicht nur von der Intensität und Ausprägung solcher Zustände abhängt, sondern auch davon, inwieweit sie sozial störend wirken. Hier kommt als wesentlicher Faktor die Toleranz der jeweiligen gesellschaftlichen Um- gebung des Kranken zur Wirkung. Hieraus ergibt sich, daß die Kriterien für das Vorliegen einer Krankheit oder eines Leidens und der Notwendigkeit der Behandlung sowie der stationären Unterbringung sehr stark von gesellschaftlichen Maßstäben bestimmt werden.

Die Übergänge zwischen dem, was jeweils noch als normal angesehen oder als skurrile Eigenart bestimmter Menschen akzeptiert und toleriert wird, und den Zuständen, die als verrücktes Ver- halten gelten und unverständlich, z. T. auch bedrohlich erscheinen, sind durchaus fließend und auch nachweisbar in verschiedenen Kulturen und Epochen unterschiedlich. Allgemeine Defini- tionen psychischer Krankheiten überhaupt schließen deshalb auch immer das Moment dieses ge- sellschaftlichen Maßstabes, d. h. des sozialen Kontextes ein, so etwa in einer Definition von Strotzka, der als einen Fall bezeichnet: „eine Person, die an einer klinisch definierbaren Krankheit (Psychose, Restzustand danach, Neurose, psychogene Reaktion, psychosomatische Krankheit, Psychopathie, Schwachsinn) in einem solchen Ausmaß leidet, daß Arbeits- und Genußfähigkeit, Wahrnehmung und Bewältigung der Realität sowie sozialer Kontakt subjektiv – oder – objektiv in einem erheblichen Ausmaß und über längere Zeit gestört sind und bei der entsprechend der Auffassung der jeweiligen Kultur professionelle Hilfe als angezeigt empfunden wird.“<sup>14</sup>

Der gesellschaftliche Wirkungsbereich der Psychiatrie ist heute sehr groß, da psychische Stö- rungen und Leiden der genannten Art verhältnismäßig häufig auftreten und insofern – vor allem auch wegen der meist langwierigen Behandlung und der erforderlichen Versorgungsaufwen- dungen – ein ernsthaftes gesellschaftliches Problem darstellen. Neuere Schätzungen geben an, daß etwa 2% bis 3% der Bevölkerung wegen Schwachsinn eine ständige medizinische und soziale Fürsorge brauchen und daß etwa 1% oder [63] jeder hundertste Mensch einmal in sei- nem Leben mit einer schizophrenen Psychose in medizinische Behandlung gelangt. In der BRD sind nach neueren Erhebungen rund 100.000 psychiatrische Krankenhausbetten regelmäßig be- legt, und Vergleichszahlen aus anderen Ländern sehen nicht viel günstiger aus.<sup>15</sup> Die in diesem Zusammenhang häufig diskutierte These einer notwendigen Zunahme psychischer Krankheiten im Gefolge der modernen Zivilisation und Technik ist jedoch sehr fragwürdig und übersieht, daß auch der Wandel in den sozialen Lebensformen der Menschen sowie der Ausbau der me- dizinischen Versorgungsmöglichkeiten auf die tatsächlich zunehmende Zahl psychiatrischer Be- handlungsfälle Einfluß nehmen. Von ganz entscheidender Bedeutung erwies sich dabei vor allem der Prozeß der Auflösung der ländlichen Großfamilie, in der in der Vergangenheit psychisch Kranke relativ komplikationslos mitversorgt wurden, und wichtig erscheinen auch weiterhin

---

<sup>13</sup> Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin 1961, S. 3.

<sup>14</sup> Strotzka, H.: Kleinburg. Eine sozialpsychiatrische Feldstudie. Wien/München 1969, S. 86.

<sup>15</sup> Kulenkampff, C.: Die Versorgung des psychisch Kranken. In: Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Hrsg.: Lauter, H., und J. E. Meyer, Stuttgart 1971, S. 1-8.

erhöhte berufliche Anforderungen, die heute mehr als früher Schwachsinn und eingeschränktes Leistungsvermögen deutlich werden lassen, sowie eine veränderte Alterszusammensetzung der Bevölkerung mit einem Ansteigen der Fälle altersbedingter seniler Abbauerscheinungen. Es ist überhaupt ein äußerst interessantes und für das Verständnis der Gesellschaftsbezogenheit der Medizin wichtiges Phänomen, daß die Herausbildung des psychisch Kranken als Objekt und Patient der Medizin, seine Ausgliederung aus dem gesellschaftlichen Lebensprozeß, eine vorrangige Folge sozialer Entwicklungen ist. Die Formierung der Psychiatrie als spezieller medizinischer Disziplin mit einem eigenen Patientenkreis beginnt in den entwickelten kapitalistischen Ländern erst zum Ende des 18. Jahrhunderts und in dem Moment, als die mit dieser gesellschaftlichen Entwicklung entstandene Praxis der Internierung der nicht in den Produktions- und Verwaltungsprozeß integrierten Menschen (sowohl der sozial entwurzelten Landstreicher, Bettler, Kriegsinvaliden als auch der wandernden und ruhelosen psychisch Kranken) eine besondere Gruppe von Versorgungsbedürftigen sichtbar macht und damit einen medizinischen Gegenstand konstituiert. Die natürlich auch schon vorher existierenden psychisch Kranken blieben bis dahin in der Regel geduldet und durch die Familien oder durch karitative Unterstützung erhaltene Gesellschaftsglieder; mit ihnen beschäftigte sich nicht die Medizin, sondern allenfalls die Theologie und die Rechtswissenschaft. Ganz und gar dieser gesellschaftlichen Entwicklung eingeordnet erweist sich auch die anfängliche Intention der Verwahrung und „Behandlung“ der Irren, die vor allem darauf gerichtet war, sie zur Einordnung in den Arbeitsprozeß bzw. in den Verwertungsprozeß des Kapitals zu zwingen. Zu den entsprechenden Praktiken gehörte die Vermietung der in armselig ausgestatteten Verwahrhäusern durch ausgediente Soldaten und anderes absolut nichtmedizinisches Personal beaufsichtigten Kranken an kapitalistische Manufakturen, ihre Verschiffung in Kolonialgebiete oder auch ihre Ausstellung für bescheidene Besichtigungskosten. In den wenigen, allmählich unter ärztlicher Leitung aufgebauten speziellen Spitälern des 18. und der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts herrschten strenge Verwahrungs- und Erziehungsformen, und die therapeutischen Maßnahmen bestanden oft in äußerst grausamen physikalischen Verfahren der Hunger- und Badekuren, der Verwendung von Dreh- und Streckapparaturen, die wahre Folterinstrumente darstellten und erst in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts endgültig abgeschafft wurden. In den letzten Jahren eingehender durchgeführte Untersuchungen dieser Entwicklungsgeschichte der Anstaltspsychiatrie haben bei der Auswertung einer Fülle von historischen Details ein insgesamt wenig erfreuliches Bild dieser Sozialgeschichte der Psychiatrie ergeben und deren sehr widerspruchsvollen Charakter aufgezeigt.<sup>16</sup>

Als kompliziert, widersprüchlich und von Anbeginn an eng mit der gesellschaftlichen und ideologischen Entwicklung verflochten erweist sich auch die Gestaltung des theoretischen Denkens in der Psychiatrie. Charakteristisch für diese Entwicklungsgeschichte ist, daß sie auch sogleich die Auseinandersetzung zwischen materialistischen und idealistischen weltanschaulichen Standpunkten einschließt. In Deutschland trat dieser Gegensatz vom Ende des 18. bis etwa zur Mitte des 19. Jahrhunderts sehr deutlich in den gegensätzlichen Positionen der Psychiker und der Somatiker in Erscheinung. Zu den sogenannten Psychikern, die das Irresein vor allem aus sündhafter Verfehlung ableiten wollten und moralisierende Erziehungspraktiken in der Therapie empfahlen, gehörten u. a. Heinroth, Ideler, Damerow. Diese Psychiater waren Anhänger der alten spekulativen Naturphilosophie oder des philosophischen Denkens von Schelling und in ihren gesellschaftspolitischen Auffassungen konservativ und reaktionär. Zu der Schule der Somatiker gehören vorwiegend namhafte Anstaltspsychiater wie Friedrich, Jacobi, Flemming u. a., die die psychischen Krankheiten aus Störungen der Nerventätigkeit erklärten und an der von R. Virchow geführten Reformbewegung mehr oder weniger starken [65] Anteil nahmen. Einen

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu u. a.: Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/M. 1969; Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt/M., 1969.

entscheidenden Beitrag zur Durchsetzung des naturwissenschaftlichen und im Prinzip auch materialistischen Standpunktes in der Psychiatrie leistete W. Griesinger, dessen bereits 1845 erschienenes Werk „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ einen großen Einfluß auf die Formierung des naturwissenschaftlichen Denkkonzepts überhaupt hatte, das aber auch erst etwa ab 1860 zur anerkannten theoretischen Grundlage der nächsten progressiven Entwicklungsphase der Psychiatrie wurde. Mit der sich allmählich auch in der Psychiatrie durchsetzenden Herrschaft des naturwissenschaftlichen Denkens rückte die Hirnforschung immer mehr in das Zentrum der psychiatrischen Grundlagenuntersuchung. Auf dem Gebiet der Psychopathologie, d. h. des Studiums der psychischen Ausdrucks- und Entwicklungsformen psychischer Krankheiten, richtete sich das Bemühen vorrangig auf sorgfältige Symptombeschreibung und die Schaffung eines Klassifikationssystems dieser Krankheiten entsprechend den in der Medizin üblich gewordenen Modellvorstellungen von Krankheitseinheiten. In diesem Zusammenhang entstanden auch der Begriff der endogenen Psychosen und die Annahme der somatischen Verursachung dieser klinisch auffälligen Krankheitsbilder. Die psychischen Symptome wurden als Abwandlungen normalpsychologischer Grundphänomene (der Wahrnehmung, der Vorstellung usw.) aufgefaßt und als Folgeerscheinung veränderter Nervenfunktion betrachtet.

Diese ganze Entwicklungsperiode war von großer Bedeutung für die Ausgestaltung der Psychiatrie zur Wissenschaft und führte zur breiten Anwendung im Laufe dieser Zeit entwickelter therapeutischer Verfahren (z. B. der Elektrokrampftherapie) und Arzneimittel (beispielsweise der Psychopharmaka). Da diese naturwissenschaftliche Betrachtung des Psychischen aber auch mit einer einseitigen Auffassung des Menschen als eines nur biologisch bestimmten Objektes und fast durchgehend mit Unverständnis für die gesellschaftlichen Entwicklungsgesetze verbunden war, führte sie in manchen Fällen auch zu extrem einseitigen und reaktionären Folgerungen. Am deutlichsten wurden diese Schwächen in der sogenannten Degenerationslehre von Morel u. a. sichtbar, die eine zwangsweise Zunahme psychischer Krankheiten als Folge der Zivilisation und der Vererbung behauptete, und in der von einzelnen Psychiatern (beispielsweise von E. Rüdin u. a.) vertretenen Forderung nach der eugenischen Ausschaltung angeblich unheilbarer psychisch Kranker, um die Vererbung dieser Leiden zu verhindern. [66] Diese letztgenannten Ideen wurden von den deutschen Faschisten in grauenhafter Weise und verbunden mit der Ausrottung auch aus politischen Gründen verfolgter Gruppen verwirklicht, wobei im Rahmen der von 1942 bis 1945 laufenden Vernichtungsaktion Zehntausende von Patienten psychiatrischer Heil- und Pflegeanstalten barbarisch ermordet wurden.<sup>17</sup> Aber auch dort, wo solche extremen und reaktionären gesellschaftlichen Folgerungen nicht gezogen wurden, erweist sich das ganze naturwissenschaftliche Herangehen jener Periode insofern als einseitig und beschränkt, als es immer auch eine naive und im Kern bürgerliche Ideologie zur Stellung des Menschen in der Gesellschaft einschließt und seine praktisch-therapeutischen Intentionen davon beeinflußt werden. Ein ausgesprochen typisches Beispiel dafür bietet die Einstellung eines wegen der Einführung und Förderung der Arbeitstherapie besonders angesehenen Fachvertreters, des Psychiaters H. Simon, der in seinem Hauptwerk ebenfalls von einer „elementaren Gegnerschaft“ zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft ausgeht und deshalb schreibt, „daß alle Erziehung im Grunde Kampf sein muß: Kampf um die Einfügung des biologisch widerstrebenden Einzelwesens in die Notwendigkeit des Gemeinschaftslebens ...“.<sup>18</sup>

Analog zu der eingangs dargestellten Herausbildung einer theoretischen Reaktion auf das naturwissenschaftliche Denken in der Medizin allgemein in Gestalt des geisteswissenschaftlichen Konzepts finden wir in den Anfangsjahrzehnten unseres Jahrhunderts auch in der Psychiatrie mannigfaltige Versuche der theoretischen Zuwendung zur Subjektivität des Menschen auf der Basis idealistischer Deutung des Psychischen und der Persönlichkeit. Als besonders einflußreich

<sup>17</sup> Mitscherlich, A., u. F. Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit. Frankfurt/M. 1960.

<sup>18</sup> Simon, H.: Aktive Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin 1929, Düsseldorf 1969.

kristallisieren sich dabei eigenständige Schulen einer anthropologischen und einer daseinsanalytischen Psychiatrie heraus, die in den fünfziger Jahren eine Aufschwungsphase erlebten und auch gegenwärtig in der theoretischen Literatur eine Rolle spielen. Eindeutige Abhängigkeiten dieser Richtungen von den jeweils in Mode stehenden philosophischen Lehren (der Phänomenologie Husserls, der Existentialphilosophie Heideggers u. a.) und ein eigentümliches Nachvollziehen der philosophischen Bewegung im psychiatrischen Denken machen auch hier die äußerst enge Beziehung von philosophischer und psychiatrischer Theorienbildung deutlich.<sup>19</sup> Bis in die Gegenwart hinein stehen damit auch in der Psychiatrie der bürgerlichen Gesellschaft zwei Denkmodelle gegensätzlicher Art einander gegenüber, zwischen denen eine Vermittlung ganz und gar unmöglich ist.

[67] Werden die nach dem neuesten Stand der Forschung vorliegenden wichtigen Ergebnisse der Erkenntnissuche der Psychiatrie in ihrem inneren Zusammenhang gesehen und verallgemeinert, so deckt sich das auf diese Weise entstehende theoretische System weder mit dem klassisch-naturwissenschaftlichen noch mit dem geisteswissenschaftlichen Denken und spricht ebenfalls für eine mit den prinzipiellen Positionen des dialektischen Materialismus in Einklang stehende neue Deutung des Wesens psychischer Krankheiten. Für dieses heutige Verständnis sind dabei vor allem folgende Einsichten wichtig:

Bei allen Formen von psychischen Krankheiten und vor allem bei den Psychosen liegen die psychopathologischen Ausdrucks- und Erscheinungsformen im Bereich des Ideellen und des psychischen Erlebens, bilden jeweils komplizierte Zusammenhänge und Entwicklungsformen innerhalb der Dimension des Psychischen und können in dieser jeweils qualitativ bestimmten Ausgestaltung nicht auf eindeutige somatische Ursachen zurückgeführt werden. In diesem Sinne gilt, daß die psychopathologische Symptomatik bis auf wenige eng begrenzte Ausnahmen unspezifisch gegenüber den jeweils die Krankheit hervorrufenden oder auch begleitenden Veränderungen in der Nerventätigkeit ist.<sup>20</sup> Deshalb ist es nicht möglich, die komplexen psychopathologischen Phänomene als einfache kausale Folge gestörter Funktionen des Zentralnervensystems zu interpretieren. Ihre Entstehung, ihr Inhalt und Gestaltwandel müssen deshalb auch aus anderen Quellen abgeleitet werden, vor allem aus einer grundlegenden Umgestaltung des Subjekt-Objekt-Verhältnisses, in deren Verlauf eine eigenartige psychische Verarbeitungsform der Umweltbedingungen durch den erkrankten Menschen entsteht. Selbst international anerkannte Verfechter der somatischen Forschungsarbeit in der Psychiatrie, wie beispielsweise der Schweizer Psychiater M. Bleuler, unterstützen heute eine Abkehr von den früheren Bestimmungen des Wesens endogener Psychosen und nähern sich damit einem im Grundlegenden schon seit langem von einer dialektisch verstandenen Psychologie vertretenen Prinzip, welches besagt: „Die Widerspiegelung des Objektes wird ... durch das Leben und die Tätigkeit des Subjektes, also eines realen Individuums, vermittelt“.<sup>21</sup> Unter dem Leben und der Tätigkeit des Subjektes sind dabei primär die sich mit seinen sozialen Beziehungen und durch diese entwickelnden Formen des Verhältnisses zur Wirklichkeit zu verstehen. Natürlich hebt eine solche Akzentuierung nicht die unumstößliche Tatsache auf, daß [68] das Gehirn bzw. das ZNS das Organ der ideellen Widerspiegelung und der psychischen Erlebnisverarbeitung bleibt und daß auch jede Abwandlung psychischen Lebens des Menschen im Nervensystem selbst realisiert wird. Die Frage kann demzufolge nicht lauten, ob psychopathologische Erscheinungen ohne oder unabhängig von materiellen Vorgängen der Erregung, Hemmung, Verknüpfung usw. im Nervensystem existieren, sondern nur, ob sie immer lediglich die notwendige Folge einer ernsthaft

---

<sup>19</sup> Thom, A.: Philosophische Probleme der Bildung allgemeiner Theorien in der Psychiatrie. In: Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Jena 1968, S. 9-42.

<sup>20</sup> Weise, K.: Stellung und Funktion der Psychopathologie. In: Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig 1971, S. 59-92.

<sup>21</sup> Bleuler, M.: Chronische Schizophrenien. Wiener Z./Nervenheilkunde 29 (1971) 3, S. 177-187.  
Rubinstein, S. L., Prinzipien und Wege der Entwicklung der Psychologie. Berlin 1963, S. 140.

gestörten Funktionsweise des neuronalen Apparates des Psychischen überhaupt sind oder nicht auch bei primär normal funktionsfähigem Zentralnervensystem als Folge gestörter Beziehungen von Persönlichkeit und Umwelt auftreten können und dann auch ihrerseits die Grundlage für die Entwicklung einer abnormen Arbeitsweise des materiellen Systems bilden. Nach den Erfahrungen der Psychiatrie treten diese beiden Möglichkeiten tatsächlich auf. Ein und dieselbe psychopathologische Symptomatik kann sich so als Ausdruck einer materiell-organisch bewirkten Veränderung biochemischer Prozesse der Nerventätigkeit zeigen (etwa bei Vergiftungspsychosen oder durch Psychopharmaka auch experimentell erzeugbaren Zuständen) wie auch im Gefolge einer erlebnisreaktiven und allmählichen Umstrukturierung der psychologischen Verarbeitungsform mit Rückwirkungen auf das Nervensystem auftreten. Anders ausgedrückt heißt dies, daß die spezifische Art und Weise subjektiver Erlebnisverarbeitung, die ihre Quellen vor allem im sozialen Beziehungssystem des Menschen hat, ebenso sehr die Funktionsweise des Zentralnervensystems beeinflussen kann wie diese unter anderen Bedingungen die subjektive Ablaufform. Die Aktivität des Subjektes erweist sich damit als eine entscheidende Größe für diese Arten von psychischen Krankheiten und Leiden, nicht nur bei den Neurosen – für die dieser Gedanke schon längst Anerkennung gefunden hat –, sondern auch für eine Reihe schwerwiegender und länger wirkender Psychosen, deren Symptomatik sich oft im Hinblick auf die Intensität und Ausprägung sowieso nur graduell von denen der Neurosen unterscheidet.

Ein wichtiger, wenn auch nur quantitativer Unterschied zwischen den über psychologische Entwicklungen entstehenden Neurosen und jenen psychotischen Phänomenen, die ebenfalls als psychologisch bedingt angesehen werden können, besteht allerdings darin, daß biochemische und erbbiologische Untersuchungen auf bestimmte Dispositionen zu psychotischen Reaktionen hindeuten. Insbesondere die nachgewiesene hohe Konkordanz für die Erkrankung an Schizophrenie bei eineiigen Zwillingen spricht dafür, daß ein genetischer Defekt eine bestimmte Rolle spielt. Jedoch gilt wie für die normale Entwicklung auch hier, daß diese genetische Anlage multipotent ist, d. h. daß eine Vielzahl von zusätzlichen Bedingungen – vor allem psychologischer und sozialer Art – in der Umweltbeziehung wirksam werden muß, damit es zur Manifestation der Erkrankung kommt. An dieser Stelle muß ausdrücklich auch festgestellt werden, daß die gelegentlich noch verbreitete Meinung einer schicksalhaften Vererbung psychischer Krankheiten absolut unbewiesen ist und dem Erkenntnisstand der Psychiatrie ausdrücklich widerspricht. Der genannte Unterschied könnte jedoch eine Erklärung dafür ermöglichen, warum bei Psychosen eintretende Störungen tieferreichender und schwerer sind als bei neurotischen Entwicklungen und nicht durchgehend zu einer vollständigen Heilung, sondern oft zu Persönlichkeitsabwandlungen führen, für die möglicherweise eine bleibende Veränderung auf der biologischen Ebene verantwortlich gemacht werden muß.

Die heutzutage viel stärker auf die Interpretation vor allem der endogenen Psychosen als Störungen in der subjektiven Erlebnisverarbeitung hinzielende Konzeption der Psychiatrie wird dabei weniger vom Fehlen klarer Befunde über somatisch-organische Ursachen gestützt, sondern vor allem von einer Fülle detaillierter Kenntnisse über die Mitbeteiligung sozialer und psychologischer Prozesse in der Gesamtentwicklung zur Krankheit hin getragen. Als besonders interessant erwiesen sich dabei sehr eingehende Analysen der Familienbeziehungen von schizophren Erkrankten, die in den letzten 20 Jahren vor allem in den USA, z. T. auch bereits unter unseren Bedingungen durchgeführt worden sind.<sup>22</sup> Dabei ließen sich gehäuft ausgeprägte Störungen der Elternpersönlichkeiten, deren ehelicher Beziehungen und abnorm enge Bindungen der Kinder an die Familie und deren Binnenmilieu nachweisen. Aus diesen Bedingungen ließen sich schwerwiegende Störungen des Sozialisationsprozesses des Kindes – der Verinnerlichung gesellschaftlicher Wertorientierungen, Normen und Verhaltensregeln – ableiten, d. h., der Aufbau eines inneren Modells der objektiven Realität, von dessen normaler Funktion die Existenz

---

<sup>22</sup> Petermann, H., u. H. Schröder: Methodische Probleme und Ergebnisse der sozialpsychiatrischen Familienforschung bei schizophrenen Erkrankungen. In: Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. S. 143-176.

des Menschen als eines gesellschaftlich geformten sozialen Wesens abhängt, wird in hohem Grade gestört. Die schizophrenen Prozesse können deshalb als krankhafte Veränderung der höchsten Form der Wechselwirkung von Organismus und Umwelt, der [70] Widerspiegelungstätigkeit des Menschen in Form des Verhältnisses Individuum – Gesellschaft betrachtet werden. Hieraus wird verständlich, warum in späteren Krisensituationen, etwa in der Adoleszenz oder bei der Verselbständigung, eine aktive Beherrschung der Lebensbedingungen nicht gelingt und psychotische Verhaltensweisen einsetzen. Zu solchen abnormen Familienbeziehungen, die immer auch eine partielle soziale Isolierung der Betroffenen einschließen, existiert bereits eine ganze Typologie von Fehlverhaltensweisen, deren gehäuftes Auftreten aber auch zugleich wesentlich von der Gesamtheit der sozialen Beziehungen und der Stellung der Familie im gesellschaftlichen System abhängig ist.

Da den konkreten sozialen Bedingungen und zwischenmenschlichen Beziehungen gerade in der Kindheit und Jugendzeit der sich entwickelnden Persönlichkeit besondere Bedeutung für die Formung der rationalen und emotionalen Komponenten der individuellen psychischen Tätigkeit zukommt, erwiesen sich die in bestimmten Krisen auffällig werdenden subjektiven Verzerrungen objekt-realer Bedingungen in der Psychose in der Regel als langfristig in der Lebensgeschichte vorgebildet. Für die Richtigkeit dieser Annahme spricht auch, daß dauerhafte therapeutische Erfolge bei Psychosen meist nur bei einer Veränderung der sozialen Lebenssituation der Patienten erreicht werden, während oftmals bereits abgeklungene akute Erscheinungen nach der Rückkehr in das alte Milieu wieder ausbrechen und eine weitere Behandlung erforderlich machen. Unter Berücksichtigung dieser Zusammenhänge werden in der modernen psychiatrischen Therapie auch in wachsendem Maße Eltern und Ehepartner einbezogen, wobei sich bei sorgfältiger Analyse oft diese Bezugspersonen in ihren Urteilen und Verhaltensstilen als abnormer und „verrückter“ erweisen als die eigentlichen Patienten.

Verallgemeinernd und in philosophischer Sicht läßt sich das Wesen der psychopathologischen Erscheinungen bei endogenen Psychosen und vor allem bei den Schizophrenien dahingehend kennzeichnen, daß eine ausgesprochen subjektive Erlebnisverarbeitung stattfindet, die es nicht mehr erlaubt, objektive Strukturen der Umwelt im Ideellen und in der emotionalen Wertung richtig zu erfassen, durch die also die objektive Realität und insbesondere das Verhalten anderer Menschen in ausgesprochen verzerrter Weise erlebt und gedeutet wird. Zugleich sind diese psychopathologischen Prozesse, da sie auch im materiellen Medium des Nervensystems stattfinden, mit dem gesamten biologisch-organismischen [71] Leben des Menschen verflochten und in dieser Seite ihrer Existenz auch Gegenstand neurophysiologischer, neurobiochemischer und anderer Grundlagenforschungen. Die hiermit zu erfassenden Prozesse auf der biologischen Ebene sind jedoch nicht mit dem psychopathologischen Geschehen der Schizophrenie gleichzusetzen. Sie erfassen nicht die spezifischen Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten und repräsentieren nicht die Erscheinungen der psychopathogenetischen Ebene, wenn von ihnen auch ein wichtiger praktischer Nutzen zu Fragen der Pharmakotherapie etc. zu erwarten ist. Selbst auf der biologischen Ebene der Nerventätigkeit nachweisbare Störungen verschiedener Genese und Intensität wirken sich zunächst nicht direkt, unmittelbar und in Form eindeutiger Wirkungen auf die Psychopathologie aus: Sie werden immer durch die psychische Gesamtsituation der Persönlichkeit „gebrochen“. Hieraus läßt sich auch die Erscheinung, daß die verschiedensten körperlichen Erkrankungen zu schizophrenen Symptomen führen können, ohne weiteres ableiten. Die bemerkenswerte Tatsache andererseits, daß auch im sozialen Lebensraum entstehende, zunächst im psychischen Bereich sich entwickelnde abnorme Formen subjektiver Bewältigung der Realität über komplizierte und bisher kaum durchschaute Prozesse zu fixen Formen psychotischen Erlebens und Verhaltens werden können, spricht ebenfalls für die Existenz enger Wechselwirkungsbeziehungen zwischen dem psychischen und dem nervalen System und läßt auch deren gegenlinige Wirkungsrichtung stärker hervortreten. Die Existenz solcher Wechselwirkungsbeziehungen wird auch durch die Ergebnisse der experimentellen neuropsychologischen Forschungen der letzten Jahrzehnte sehr eingehend begründet.

Diese weisen aus, daß das Nervensystem der Primaten und vor allem des Menschen in seinen morphologischen und biochemischen Bestandteilen sehr weitgehend durch die Lebenserfahrungen und die Formen der Aktivität der Lebewesen verändert und plastisch ausgeformt wird.<sup>23</sup> In diesem Sinne beweist nicht nur die Psychiatrie, daß auch biologische Strukturen (etwa die Dichte der Hirnrinde, die Ausprägung bestimmter Funktionszentren, die Aktivität von Hirnenzymen u. a.) gesellschaftlich, d. h. über die psychische Tätigkeit und das Verhalten selbst beeinflußt werden können. Auch diese Einsicht kann als ein Schritt zur Erfassung der Dialektik in diesem komplizierten Bereich aufgefaßt werden. Die Lösung des Problems der Ätiopathogenese der schizophrenen Psychen wird sich deshalb nur einer interdisziplinären Forschung biowissenschaftlicher und [72] psychologisch-gesellschaftswissenschaftlicher Disziplinen erschließen.

Die Frage nach der Wertigkeit biologischer (genetischer) Faktoren einerseits und psychologisch-sozialer andererseits läßt sich heute noch nicht sicher beantworten. Fest steht jedoch, daß eine Einflußnahme auf die genetischen Faktoren in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird. Der Schwerpunkt der Bedingungsanalyse und auch des therapeutisch-rehabilitativen Vorgehens muß sich deshalb gegenwärtig auf das Gebiet der Sozialpsychiatrie orientieren.

Mit der Entwicklung einer dem komplizierten und widersprüchlichen Wesen der psychischen Krankheiten besser gerecht werdenden theoretischen Sichtweise in der Psychiatrie zugleich erfolgte auch eine verstärkte Zuwendung zu den sozialen Bedingungen der Entstehung, Entwicklung und der gesellschaftlichen Stellung dieser Störungen und Leiden. Solche unter dem Oberbegriff „Sozialpsychiatrie“ zusammenzufassenden Tendenzen, in denen es um eine neue Forschungsrichtung und nicht um die Reduzierung der Psychiatrie auf Soziologie geht, haben beachtliche Beiträge zur Umgestaltung der psychiatrischen Praxis erbracht und eine effektivere therapeutische, rehabilitative und prophylaktische Aktivität ermöglicht.<sup>24</sup>

Als vorbildlich im internationalen Maßstab können dabei die in der UdSSR bereits seit den dreißiger Jahren aufgebauten Formen der Dispensairebetreuung gelten, die zugleich auch beweisen, daß eine breite Realisierung der heutigen Erkenntnisse sozialpsychiatrischer Forschung ein gesellschaftlich organisiertes und sozialistisches Prinzipien der umfassenden Fürsorge entsprechendes Gesundheitswesen voraussetzen.

In den seit den fünfziger Jahren sich herausbildenden besonderen Schulen sozialpsychiatrischen Denkens in den kapitalistischen Ländern werden recht unterschiedliche theoretische Standpunkte zur prinzipiellen Bedeutung der sozialen Beziehungen für die Psychiatrie überhaupt und zum Verhältnis von Persönlichkeit und Gesellschaft vertreten. Deutlicher und zugespitzter noch als in der im 1. Kapitel bereits skizzierten Strömung einer allgemeinen kritischen Bewegung gegenüber der Medizin als Institution der bürgerlichen Gesellschaft entfalten sich dabei in den letzten Jahren beträchtliche und tiefreichende Meinungsverschiedenheiten zwischen einer mehr liberal-reformistischen Auffassungsweise und sehr radikalen kritischen Positionen bei einer Reihe jüngerer Ver-[73]treter der Sozialpsychiatrie. Die außerordentlich enge Bindung dieser unterschiedlichen Standpunkte an philosophisch-gesellschaftstheoretische Grundsatzüberlegungen und politische Intentionen ist dabei unverkennbar. Vertreter sozialpsychiatrischer Forschung mit z. T. internationalem Ansehen wie H. Strotzka aus Österreich oder H. Häfner u. a. aus der BRD erscheinen radikaler gesinnten Kritikern als Entwerfer „systemkonformer, technokratisch aufpolierter Therapiestrategien ...“, deren „sozialdemokratische Therapiekonzepte“ aber nicht in der Lage seien, „mehr als Herrschaft in karitativer Verpackung zu liefern“<sup>25</sup>, und

<sup>23</sup> Benedetti, G.: Psychogenese und biologische Entwicklung. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 39 (1971) 1, S. 1-14.

<sup>24</sup> Thom, A.: Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft – philosophische und wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Entwicklungsgeschichte und Prognose. In: Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig 1971, S. 11-44.

<sup>25</sup> Braunsdorf, M.: Das Argument. Sonderheft 60 (1970), S. 260.

in dieser Weise angegriffene gemäßigte Reformatoren unterstellen einer solchen Kritik sogleich eine marxistische Ideologie, die das psychotische Geschehen einfach ignoriert und nach der „der psychotische Aufschrei als natürlicher Protest gegen die krankmachende Sozietät ...“ verstanden wird.<sup>26</sup> Solcherart vonstatten gehende Politisierung der Diskussion um theoretische und praktische Fragen einer medizinischen Disziplin, die auch in wachsendem Maße zu politischen Auseinandersetzungen führt, ist zweifellos interessant und zugleich auch problematisch. Was an dieser Stelle dazu gesagt werden kann, betrifft nicht die Personen und die wissenschaftlichen Schulen im Hinblick auf eine politische Bewertung, sondern vor allem Hinweise auf generell zu beachtende Gefahren einseitigen Herangehens an die hier auftauchenden Fragen.

Die noch im Rahmen traditionellen medizinischen Denkens verbleibende Forderung nach besserer und umfassenderer Nutzung neuer therapeutischer Möglichkeiten führt tatsächlich vor allem zu Reformprogrammen, die innerhalb der bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse realisiert werden sollen und bei entsprechendem Druck der Mediziner und der Öffentlichkeit auf den imperialistischen Staat auch realisiert werden könnten. Sowohl die Psychiatrie als Wissenschaft als auch die Patienten könnten von solchen Reformen nur gewinnen und die tatsächlich engagierten und von humanistischen Intentionen ausgehenden Fachwissenschaftler befänden sich dabei in einer Frontlinie mit der immer breiter werdenden, im Grunde antiimperialistischen demokratischen Bewegung, die am konsequentesten von den kommunistischen Parteien geführt und vorangetrieben wird. Die Hoffnung mancher Psychiater allerdings, solche Reformen über die Entwicklung einer speziellen karitativen Bewegung zum Tragen zu bringen, ist sicher illusionär. Die bereits laufenden Bestrebungen in dieser Richtung, wie etwa ein 1968 in Strasbourg durchgeführter Kongreß der Seel-[74]sorger an psychiatrischen Einrichtungen zum Thema „Die Verantwortung des Seelsorgers für die Integration des Geisteskranken in die Gesellschaft und in die Kirche“, deuten auf die Gefahr einer Auflösung des medizinischen Reformanliegens zugunsten einer äußerlichen Aktivität um die ideologische Gewinnung ehemaliger Patienten hin.<sup>27</sup> Die hauptsächliche theoretische Schwäche eines in dem genannten Sinne liberal-reformerischen Ansatzes in der Sozialpsychiatrie besteht in der Verkennung der gesellschaftlichen Hintergründe jener Faktoren und Beziehungen, die im gesellschaftlichen Leben, beispielsweise im Rahmen von Familienstrukturen, in dieser oder jener Weise auf psychische Krankheiten und Leiden sowie auf deren Verbreitung und Heilbarkeit Einfluß nehmen. Vertreter dieses Ansatzes stehen infolge ihres unkomplizierten und naiven Gesellschaftsbildes im Banne ausgesprochen bürgerlicher Ideologie, in der Regel gegenwärtig in der Form der funktionalistischen amerikanischen Soziologie des Rollenverhaltens verbreitet, vergessen über den Details deren globalen gesellschaftlichen Kontext und verbauen sich damit auch das Verständnis für weitergehende Entwicklungen, etwa in Richtung auf eine später auch einmal anstehende Vergesellschaftung des Gesundheitswesens.

Radikale Kritik an der Psychiatrie als gesellschaftlicher Institution und in gewissem Sinne auch als systemstabilisierendem Faktor der bürgerlichen Gesellschaft verliert ihrerseits trotz vieler richtiger und aufrüttelnder Ideen den erforderlichen wissenschaftlichen und politischen Realismus, vor allem dann, wenn sie nur den Worten nach an Marx anknüpft, den Marxismus aber ansonsten wenig ernst nimmt. Dieser Vorwurf kann Autoren wie dem Italiener Basaglia oder dem Engländer Cooper nicht erspart bleiben, die in dieser kritischen Welle in der Psychiatrie derzeit eine besondere Rolle spielen. Bei Basaglia beispielsweise wird der Standpunkt der totalen Negation der Psychiatrie und auch der Krankheit gepredigt und die Hoffnung geäußert, mit Hilfe oder im Rahmen der psychiatrischen Therapie die psychisch Kranken zu den Vorkämpfern für eine veränderte Welt zu machen, wozu eine marxistische Kritik mit Recht feststellt, daß diese Idee nicht nur von einer falschen Gesellschaftstheorie, sondern auch von enormer

<sup>26</sup> Krüger, H.: Führungsstile und Behandlungskonzepte in der Sozialpsychiatrie. *Nervenarzt* 43 (1972) 4, S. 181-188.

<sup>27</sup> Rüther, B.: Der Aktionsentschluß zur Verbesserung der Hilfe für psychisch Kranke. In: *Der psychisch Kranke und die Gesellschaft*. Hrsg.: Lauter, H., u. J. E. Meyer, Stuttgart 1971, S. 9-19.

psychiatrischer Naivität zeugt.<sup>28</sup> Cooper geht bei seiner ebenfalls gegen eine medizinische Sicht des psychisch Kranken gerichteten Argumentation davon aus, daß die Schizophrenie eine mikrosoziale Krisensituation darstellt, in der eine Person wegen einer von den anderen Menschen nicht akzeptierten Erlebens- und Ver-[75]haltensweise stigmatisiert und durch medizinische Gremien schließlich für krank erklärt wird. Die traditionelle Einteilung der Menschen in psychisch Gesunde und psychisch Kranke sei fragwürdig, denn die „Krankheit“ oder Unlogik der Schizophrenie habe in bemerkenswertem Umfange „ihren Ursprung in der kranken Logik anderer Leute“. Der ontologische Grund für die Schizophrenie bestehe im Zwang, für Andere dazusein (nach Sartre), was unter bestimmten Verhältnissen zum Verlust des subjektiven Lebensraumes führe und entsprechende Reaktionen hervorrufe. Die Krankheit wird damit Protest gegen einen Zustand entfremdeten Lebens. Die daraus abgeleitete Folgerung philosophischer Relevanz lautet: „Stellt man das Schizophrenieproblem auf diese Weise, nämlich im Sinne der Existenz eines Menschen, der durch andere aus sich herausgelöst oder durch sich selbst ausgepreßt wird ..., so daß schließlich nichts von ihm für ihn selbst übrigbleibt, weil er nur noch für den anderen da ist, dann müssen wir folgern, daß es zwar ein besonderes Schicksal ist, in die Anstalt eingeliefert zu werden, daß aber die Schizophrenie nichts anderes ist als unser aller Los.“<sup>29</sup> Coopers psychiatrische Erfahrung läßt ihn im Schicksal der Patienten den potenzierten Ausdruck eines gesellschaftlichen Problems des Individuums überhaupt annehmen, was einerseits wohl Ausdruck kritischen Protestes gegen die Lebensform der bürgerlichen Gesellschaft ist – diese aber nicht trifft, da er sie ontologisierend verabsolutiert und zur Gesellschaft schlechthin erklärt – und andererseits das Bewußtsein der Unvollständigkeit und Einseitigkeit einer nur mit naturwissenschaftlichen Kategorien operierenden Medizin repräsentiert – diese aber auch zugleich mit einer totalen Negation überhaupt aufheben will. Die radikale Kritik landet so bei unhistorischen Abstraktionen und radikaler Einseitigkeit.

Viel fruchtbarer scheint dagegen der von einigen wenigen ernsthaft um einen marxistischen Standpunkt ringenden Fachvertretern entwickelte Ansatz einer differenzierten Analyse der sozialen Bedingungen psychischen Krankseins zu sein, der diese Bedingungen als historisch gewachsen und im Rahmen bestimmter Produktionsverhältnisse geformt und von daher prinzipiell änderbar betrachtet. Damit werden übrigens auch die entscheidenden Argumente einer philosophischen und historischen Kritik an den obengenannten ontologisierenden Reflexionen geliefert. Besonders wichtige Arbeiten in dieser Richtung stammen von E. Wulff, der vor allem in Studien zur vergleichenden Psychiatrie auch den eigenartigen [76] gesellschaftlichen Hintergrund für die zentrale Rolle der Ich-Störungen in den psychischen Krankheitsformen und in den psychiatrischen Theorien der entwickelten europäischen Länder diskutiert und die Hypothese aufstellt, daß die Idee der Ich-Individualität ein Grundzug der herrschenden Ideologie des Bürgertums im Kapitalismus darstelle, entsprechende Sozialisationsformen und psychische Strukturen hervorgebracht habe und deshalb auch ein entscheidendes Moment psychischer Krankheit der in dieser individuen-zentrierten Gesellschaft lebenden Menschen sei.<sup>30</sup> Damit erweise sich das Auftreten bestimmter Formen psychischer Krankheiten und bestimmter Symptome als ein Produkt der gesellschaftlichen Lebensform der Menschen, wobei jedoch die Krankheit selbst ihren Charakter der Störung und der dialektischen Einheit von psycho-sozialer Reaktion und biologischer Verfestigung behält und als komplexes Geschehen begreifbar werden kann. Der Autor ist realistisch genug, seinem Standpunkt, der auf in Vietnam gewonnenen Erfahrungen beruht, den Rang einer Hypothese zuzusprechen und weitere Forschungen anzuregen.

<sup>28</sup> Basaglia, F.: Die negierte Institution. Frankfurt/M. 1971; Vgl. dazu auch: Abholz, H., H. u. J. Gleiss: Zur Frage der Anpassung in der psychiatrischen Therapie. *Das Argument* 14 (1972) 1/2, S. 79-87.

<sup>29</sup> Cooper, D.: Psychiatrie und Anti-Psychiatrie. Frankfurt/M. 1971, S. 61 u. a.

<sup>30</sup> Wulff, E.: Grundfragen transkultureller Psychiatrie. *Das Argument* 11 (1969) 50, S. 227-260; ders.: Psychopathie – Soziopathie? *Das Argument* 14 (1972) 1/2, S. 62-78.

Ohne an dieser Stelle die zunächst primär zur Darstellung der engen Beziehungen psychiatrisch-theoretischen Denkens zur Philosophie genannten Probleme eingehender behandeln zu können, kann festgestellt werden, daß die innerhalb der sozialpsychiatrischen Forschung und Diskussion sich vollziehende Differenzierung der Auffassungen sehr interessante Ergebnisse zeitigt und ein klares philosophisches Problembewußtsein erfordert. Die durchaus deutliche Gefahr extrem einseitiger, soziologisierender und spekulativer Tendenzen im modernen psychiatrischen Denken auf dieser Ebene darf nicht zum Anlaß dienen, die aufgeworfenen Fragen zu negieren. Marxistische philosophische Kritik ist vielmehr gehalten, in der Bewegung des theoretischen Denkens jene Linie aufzuspüren, die zu einer ernsthaften Bereicherung psychiatrischer Erkenntnis und Praxis zu führen vermag. Nach allen bisher zu überschauenden Materialien wird sie vor allem von jenen Wissenschaftlern vertreten, die eine sachliche und exakte Analyse der Fakten mit einem philosophischen Blick für deren historischen und sozialen Zusammenhang verbinden und den dialektischen Materialismus als Methodologie, die marxistisch-leninistische Gesellschaftstheorie als unmittelbar bedeutsamen Denkraum für das Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung beachten. Die Psychiater und Philosophen unserer Republik haben eine große Verpflichtung, die Durchsetzung dieser richtigen und progressiven Entwicklungslinie im wissenschaftlichen Denken und in der Praxis zu unterstützen und mit eigenen entwickelten theoretischen Positionen an den aktuellen Auseinandersetzungen teilzunehmen. Dazu gehört allerdings auch, daß die Vorzüge eines dialektischen Verständnisses des Wesens der psychischen Krankheiten in der Praxis unserer Psychiatrie noch deutlicher zum Tragen gelangen und die bisher bereits eingetretenen Veränderungen in den entsprechenden Krankenhäusern, bei der Schaffung eines wirksamen Rehabilitations- und Nachsorgesystems weitergeführt werden. Klarheit muß in diesem Zusammenhang auch darüber bestehen, daß zu dieser progressiven Entwicklung der Psychiatrie als gesellschaftlicher Institution auch die Überwindung jener leider noch wirksamen Vorurteile der öffentlichen Meinung gehört, die in der Fachsprache als „Abnormenschranke“ bezeichnet werden.<sup>31</sup> Noch häufiger anzutreffende Einstellungen, nach denen psychische Krankheit in irgendeiner Form auf die Schuld der Betroffenen, ihre charakterlichen Schwächen oder auf eine unveränderliche schicksalhafte Konstitution u. a. zurückgeführt wird, nach denen auch ehemaligen Patienten Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit unterstellt wird (was nicht einmal für die akut Erkrankten nachgewiesen werden kann) und in denen längst überholte Vorstellungen von der Unheilbarkeit der Schizophrenie oder anderer psychischer Störungen herumgeistern, sind eine der schweren Lasten der Tradition, von denen sich unser Denken befreien muß; sie sind mit geistiger Kultur sowie einem sozialistischen Verhältnis der Menschen untereinander absolut unvereinbar. [78]

---

<sup>31</sup> Feldes, D.: Untersuchungen zur sozialen Stellung ehemaliger psychiatrischer Patienten. In: Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft. Leipzig 1971, S. 103-142.

## **Aktuelle Entwicklungsfragen der Arzt-Patient-Beziehungen und der gesellschaftlichen Funktion der Medizin in philosophischer Sicht**

### **Das Arzt-Patient-Verhältnis als soziale Beziehung und deren Umgestaltung unter dem Einfluß gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse**

Die unmittelbare und direkte Beziehung der Bevölkerung zur Medizin und zum Gesundheitswesen findet in der Regel über die Begegnung mit dem Arzt statt. Die spezifische Struktur dieser Beziehung hat eine große Bedeutung, da von ihr auch die Beziehung des übrigen Personals des Gesundheitswesens zur Bevölkerung geprägt wird. Auch die Einstellung der Bevölkerung zum Gesundheitswesen wird in erster Linie vom Verhalten des Arztes bestimmt. Dem Arzt-Patient-Verhältnis kommt deshalb ein wesentlicher Einfluß auf die Beziehung zwischen Gesundheitswesen und Bevölkerung zu. Die Atmosphäre der Einrichtungen des Gesundheitswesens, die entscheidend von den interpersonellen Beziehungen zwischen Patienten und Personal abhängt, ist vor allem in stationären Einrichtungen therapeutisch relevant, da durch die Einschränkung der Beziehungen zu Familie und Arbeitskollektiv und durch das Gefühl der Bedrohung der körperlichen Integrität durch die Krankheit für den Patienten eine Situation entsteht, in der er in besonders hohem Maße der Zuwendung und zwischenmenschlicher Kontakte bedarf. In der Befriedigung dieser Grundbedürfnisse liegt eine wichtige Funktion des medizinischen Personals.

In dieser Begegnung hat der Arzt zunächst eine Reihe fest umrissener Positionen inne: Er ist Spezialist auf einem wichtigen Wissensgebiet, er kann als Ratgeber auch in sehr vertraulichen Fragen angesprochen werden, und er ist zugleich Träger einer gesellschaftlichen Funktion und in dieser beispielsweise berechtigt, Arbeitsbefreiungen auszusprechen, Medikamente zu verordnen usw. Der Patient ist demgegenüber der Hilfsbedürftige und u. U. auch Ratsuchende, der sich den Anordnungen und Entscheidungen des Arztes zu beugen hat.

[79] Werden jedoch nur diese äußerlich zunächst auffälligen Eigenschaften im Arzt-Patient-Verhältnis gesehen, entsteht ein einseitiges und verzerrtes Bild einer reinen Über- und Unterordnungsbeziehung. In Wirklichkeit ist dieses Verhältnis reicher und vielseitiger, weil Patient und Arzt immer als Personen mit bestimmten Ansprüchen in die Beziehung eintreten und diese in allen ihren Momenten eine jeweils charakteristische Ausprägung durch gesellschaftlich wirkende Maßstäbe und Erwartungen erfährt und insofern historisch veränderlich ist. Unabhängig davon, daß sich in der konkreten Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses immer auch die charakteristischen Eigenarten der jeweils beteiligten Personen und auch spezifische Momente der besonderen medizinischen Disziplin auswirken, können wichtige Entwicklungstendenzen nur aus den mitbeteiligten gesellschaftlichen Bedingungen her begriffen werden, weshalb wir dieses Verhältnis in erster Linie als eine soziale Institution auffassen, in der sich einem besonderen Zweck dienende zwischenmenschliche Beziehungen gestalten. Das Arzt-Patient-Verhältnis hat als eine solche soziale Institution eine erhebliche Bedeutung sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft hinsichtlich der Wirksamkeit medizinischer Tätigkeit. Diese Bedeutung beginnt damit, daß die Bereitschaft des Patienten, sich diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu unterziehen, dem Arzt Auskunft über alle mit seiner Krankheit im Zusammenhang stehenden Probleme zu geben, u. a. wesentlich von der Qualität dieser Beziehung bestimmt wird. In allen Fällen, besonders aber bei längerdauernden Erkrankungen, bei denen die bereits dargestellten sozialen und psychologischen Faktoren der Krankheitssituation eine Rolle spielen oder wenn andere lebensgeschichtlich-psychologische Bedingungen einen Einfluß auf das Krankheitsgeschehen ausüben, kommt in der Arzt-Patient-Beziehung eine direkte oder indirekte psychotherapeutische Komponente zur Geltung, die sich nur bei Vorliegen eines echten Vertrauensverhältnisses entwickeln und positiv auswirken kann. Schließlich ist sogar bei ausgesprochen organischen Leiden nachgewiesen worden, daß die Persönlichkeit und das Verhalten des Arztes ein entscheidendes Moment der ärztlichen Leistung darstellen und therapeutische wie auch iatrogene Wirkungen auf

der Grundlage psychologischer Prozesse zustande bringen. Für diese Einsicht waren vor allem experimentelle Untersuchungen zur Wirksamkeit bestimmter Pharmaka maßgebend, bei denen sich zeigte, daß auch die Verabreichung völlig unwirksamer Mittel in [80] Form der als wirksam bezeichneten Medikamente unter den üblichen Bedingungen der ärztlichen Verordnung, Kontrolle und des Zuspruchs gleiche therapeutische Effekte erbringt wie die des originalen Medikamentes. Umgekehrt ist aus der ärztlichen Erfahrung auch bekannt, daß falsche Diagnosen oder unsachgemäße Mitteilung von Befunden, die beim Patienten Besorgnis und Befürchtung erwecken, Beschwerdekompexe hervorrufen können, die durchaus die Wertigkeit von Krankheiten haben und therapeutisch schwer zu bessern sind.<sup>1</sup> Von „iatrogenen“ Wirkungen wird in solchen Fällen deshalb gesprochen, weil es sich um durch das ärztliche Handeln verursachte Leiden handelt.

Alle diese Gründe sprechen dafür, die Besonderheiten und Entwicklungsformen dieser folgenreichen Arzt-Patient-Beziehung gründlicher zu durchdenken und auch durch wissenschaftliche Analysen durchschaubar zu machen. Ein wichtiger Schritt dazu ist die Analyse des Einflusses gesellschaftlicher Bedingungen auf den Inhalt und die charakteristischen Erscheinungsformen dieser Beziehung.

Um überhaupt einen Zugang zum Begreifen dieser gesellschaftlichen Determiniertheit der Arzt-Patient-Beziehung zu gewinnen, muß zunächst eine Reihe traditionell überkommener Vorurteile von der Existenz einer rein personalen Begegnung im Arzt-Patient-Verhältnis ausgeräumt werden. Diese Vorurteile in Gestalt utopischer Idealisierungen finden sich noch heute häufig in der medizinischen Literatur der bürgerlichen Gesellschaft, so beispielsweise bei von Baeyer, der von einer „mitmenschlichen Begegnung“ spricht, die aus dem ursprünglichen Miteinandersein der Menschen erwachse und als Gegensatz zu einem „formalen Miteinander“ im äußerlichen, zweckhaften Bezug zu sehen sei.

Tatsächlich ist jede länger dauernde Beziehung zwischen Arzt und Patient auch eine von den beteiligten Persönlichkeiten, ihren charakterlichen Strukturen und menschlichen Qualitäten geprägte einmalige zwischenmenschliche Begegnung. Auf dieser interpersonellen Ebene des Geschehens vollziehen sich die wirksamsten Prozesse in der Arzt-Patient-Beziehung, hier „brechen“ sich auch die Auswirkungen der Merkmale des Arzt-Patient-Verhältnisses in soziologischer Sicht. Die Gesetzmäßigkeiten dieser Beziehungen wurden vor allem auch in der psychosomatischen Medizin und der Psychoanalyse untersucht. Von praktischer Bedeutung sind vor allem „Mechanismen“ im Arzt-Patient-Verhältnis, die sowohl von seiten des Patienten – hier spricht man von Übertragung – als auch [81] von seiten des Arztes – Gegenübertragung – zu subjektiven Verzerrungen der Einstellungen und Erwartungen der Partner zueinander führen. Diese Vorgänge können sehr tiefgehend die diagnostisch-therapeutischen Prozesse beeinflussen, sowohl im positiven als auch im negativen Sinn. Die Mehrzahl der iatrogenen Schädigungen resultiert aus der Unkenntnis dieser psychologischen Gesetzmäßigkeiten in der Beziehung zum Patienten und aus einer Nichtbeachtung von Grundregeln der Psychotherapie.

Die oben erwähnten Vorstellungen der bürgerlichen Medizin abstrahieren jedoch so weitgehend von allen durch finanzielle, rechtliche und soziale Bedingungen gesetzten Wirkungsfaktoren auf diese Beziehung, daß sie selbst der Ideologie der kapitalistischen Welt verhafteten Anhängern des Systems der freien Praxis allmählich realitätsfremd erscheinen und immer deutlicher abgelehnt werden. Symptomatisch dafür erweisen sich einige interessante Stellungnahmen auf der 1969 in der BRD durchgeführten „1. Konferenz zu ärztlichen Grundsatzfragen“, die sich mit dem Thema „Leitbilder des modernen Arztes“ beschäftigte und anscheinend die Aufgabe erfüllen sollte, einen Ausweg aus einem akzentuierten Krisenbewußtsein der Medizin zu eröffnen. Im Referat des an dieser Konferenz beteiligten Soziologen wurde beispielsweise festgestellt: „Wir suchen in diesen zwei Jahrtausenden ärztlicher Berufsgeschichte seit

---

<sup>1</sup> Schipkowensky: Iatrogenie oder befreiende Psychotherapie? Leipzig 1957.

der Blüte der griechischen Medizin vergeblich nach all den Eigenschaften ärztlicher Berufsausübung, die in der kulturkritischen Retrospektive als konstitutiv für die Verwirklichung der Idee des Arztes, des ‚Wesens des Arzttums‘ gelten.“<sup>2</sup> Ähnlich äußerten sich auch Historiker und Mediziner, die immer wieder feststellen mußten, daß die idealen Ansprüche und Erwartungen sich unter dem Druck der Verhältnisse auflösen und genaugenommen auch nie in der Form realisiert werden konnten, wie romantisch-verklärende Ideologie sie darzustellen pflegte. Die Gründe für die Unvollkommenheiten und Mängel in der realen Arzt-Patient-Beziehung werden dabei in der zunehmenden Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit, in sozialen und juristischen Zuständigkeitsgrenzen und in zunehmenden Begutachterfunktionen gesehen, Faktoren, die zweifellos eine gewichtige Rolle spielen, jedoch von den selten genannten und doch wesentlichen Faktoren der finanziellen Abhängigkeiten noch übertroffen werden. Da in der kapitalistischen Gesellschaft ärztliche Leistungen direkt – über die private Erstattung eines Honorars – oder indirekt – über die Honorarverrechnung durch die Krankenkassen – [82] im Grunde verkauft werden müssen und die Ärzte notwendigerweise ein Lebensinteresse daran haben, über diesen Verkauf ein angemessenes und einem bestimmten Sozialstatus entsprechendes Einkommen zu erlangen, richtet sich ihre Tätigkeit bewußt oder unbewußt primär auf jene Leistungen, die dieses Einkommen erbringen.<sup>3</sup> Das hat zur Folge, daß hochqualifizierte ärztliche Versorgung vor allem jenen zugänglich ist, die die Kosten dafür aufbringen können, und weiter auch, daß selbst bei einfacheren Fällen aus finanziellen Gründen nicht unbedingt die besten Behandlungsmethoden gewählt werden, Patienten wegen der relativ hohen Kassengebühren für technische Leistungen (Röntgen, Laboranalysen u. a.) über Gebühr oder einseitig diagnostisch strapaziert werden und u. U. auch häufiger als nötig zu Konsultationen bestellt werden. Tatsachen wie diese und die Existenz unterschiedlicher Behandlungsklassen in den Krankenhäusern sind von entscheidendem Einfluß auf das wirkliche Maß der Zuwendung des Arztes zum Patienten und für die öffentlich wirksame Erwartung gegenüber den Ärzten, die auch diese Bedingungen in Rechnung stellt und den Patienten nicht ohne weiteres eine Vertrauensposition gegenüber ihren Partnern ermöglicht. Radikal eingestellte Kritiker der Medizin sprechen sogar davon, daß der Patient unter solchen Bedingungen ständig in der Schwebelage zwischen den ökonomischen Interessen des Kapitals (an der Verwertung seiner vollen Arbeitskraft) und denen des „Unternehmers Arzt“ (an der Nutzengewinnung aus der Krankheit) hänge.<sup>4</sup>

Als ebenso bedeutsam für die Begrenzung einer von vornherein vertrauensvollen und nur am Wohlergehen der Patienten orientierten Arzt-Patient-Beziehung erweist sich unter den Bedingungen der kapitalistischen Gesellschaft die juristische Form, die diesem Verhältnis als einer privatrechtlichen Sachleistungsbeziehung zugesprochen wird. Wegen dieser Form steht der Arzt dauernd unter dem Risiko, wegen angeblicher Fehler oder irgendwie folgenreicher Eingriffe gegenüber der Person des Kranken verklagt und in komplizierte Prozesse mit Schadenersatzforderungen verwickelt zu werden, und der Patient für den Arzt unter dem Vorbehalt, ein potentieller Gegner auf der Ebene dieser rechtlichen Auseinandersetzungen zu sein. Eine überaus große Zahl solcher Rechtsstreitigkeiten erschwert die Arzt-Patient-Beziehungen enorm und ist im Rahmen einer bürgerlichen Rechtsauffassung, die auch den ärztlichen Eingriff zu Heilzwecken unter bestimmten Bedingungen als Körperverletzung betrachtet, unüberwindbar.

[83] Die im Zusammenhang mit dem deutlicher sich abzeichnenden kritischen Bewußtsein einer Vielzahl von Grenzen für ein ideales Arzt-Patient-Verhältnis ausgesprochenen Folgerungen und Reformvorschläge bleiben in der Regel jedoch zahm und stoßen nicht zu den Wurzeln der angeprangerten Übel vor. Den Initiatoren der genannten Diskussion zum Leitbild des Arztes

<sup>2</sup> Wirbel, B.: Zur sozialen Problematik ärztlichen Selbstverständnisses in unserer Gesellschaft. lii: Leitbilder des modernen Arztes. Hrsg.: Engelmaier, M. P. u. B. Popkes. Stuttgart 1971, S. 39.

<sup>3</sup> Wulff, E.: Der Arzt und das Geld. In: Psychiatrie und Klassengesellschaft. Frankfurt/M. 1972, S. 171-187.

<sup>4</sup> Braunsdorf, M.: Beitrag zur Entzauberung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Das Argument, 1970, Sonderband 60, S. 105-128.

fiel am Ende auch nichts Besseres ein als ein moralisierender Appell zur Selbstbesinnung und die Warnung davor, die Medizin in eine „totalitär-soziale Staatsinstitution“ zu verwandeln. Im neuesten „Gesundheitspolitischen Programm des DGB“ von 1972 wird die Forderung, „dem Versicherten die Behandlung“ zukommen zu lassen, „die nach den Regeln der ärztlichen Kunst den bestmöglichen Heilerfolg verspricht“, über eine Änderung der Honorar- und Gebührenordnung bei Beibehaltung des Prinzips der freien Praxis des selbständigen niedergelassenen Arztes als realisierbar angesehen.<sup>5</sup> Die eigentlich im Arzt-Patient-Verhältnis zu Schwierigkeiten führende prinzipielle Honorierungspflicht gegenüber der einzelnen ärztlichen Leistung bleibt bei diesen Positionen unangetastet und als Element in den kapitalistischen Lebensprozeß eingeordneter medizinischer Tätigkeit erhalten. Wie unsere Erfahrungen beweisen, verlangt eine grundsätzliche Situationsveränderung die vollständige Vergesellschaftung des Gesundheitswesens, gegen die sich jedoch sowohl reformistisch orientierte Gewerkschaftspolitik als erst recht die standesärztlichen Vereinigungen wehren und die natürlich auch nicht als rein medizinische Reform möglich ist.

In ausgesprochenem Unterschied zu den kurz genannten Einwirkungen der gesellschaftlichen Bedingungen des kapitalistischen Systems auf die Arzt-Patient-Beziehung bilden sich unter sozialistischen Produktionsverhältnissen und im Gefolge der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens neue Strukturen und qualitativ neue inhaltliche Aspekte in dieser Beziehung heraus. Mit der Schaffung einer einheitlichen Sozialversicherung und der Durchsetzung des Prinzips der kostenlosen Behandlung gemäß den Erfordernissen medizinischer Erkenntnis sind zunächst die finanziellen Abhängigkeiten von Patient und Arzt aufgehoben worden. Die überwiegende Mehrheit der Ärzte unserer Republik arbeitet für ein festes und angemessenes Gehalt in Einrichtungen des staatlich organisierten Gesundheitswesens. Die in freier Entscheidung noch in der Weiterführung ihrer privaten Praxis arbeitenden Ärzte werden nur von der Sozialversicherung honoriert. Die wenigen im [84] Gefolge von Sonderregelungen überkommenen sogenannten Privatstationen von Chefärzten bestimmter Krankenhäuser werden zunehmend auf der Basis sachlicher Einsichten in die historische Überlebtheit dieser Einrichtungen freiwillig aufgegeben. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung änderte sich auch die rechtliche Situation der Ärzte, deren Rechte und Pflichten heute von den Erfordernissen einer effektiven Berufsausübung her bestimmt werden und deren Verantwortung damit auch wesentlich gewachsen ist. Langsam aber stetig voranschreitend, konnten auf dieser Grundlage auch neue Auffassungen zur Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses zum Tragen gebracht werden, wobei dieser ideologische Umwandlungsprozeß allerdings komplizierter und langwieriger verlief, als die organisatorischen und rechtlichen Veränderungen zunächst erwarten ließen.<sup>6</sup>

In der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung, zu der es jeweils ein spezifisches Selbstbild der Ärzte im Hinblick auf ihre Stellung und auch ein Patientenbild gibt, in dem die Eigenarten des angenommenen typischen Patienten fixiert werden, wirkte hier offenbar noch über lange Zeit und z. T. sicher bis in die Gegenwart hinein eine sehr deutliche Autoritätsideologie. Soziologische Untersuchungen wiesen noch Anfang der sechziger Jahre aus, daß der Patient durch Merkmale wie nachgiebig, geduldig, auf den Führungsanspruch des Arztes eingehend, anspruchlos, verzichtbereit und leicht überzeugbar charakterisiert wurde, während das Leitbild des Arztes solche Merkmale enthielt wie selbstbewußt, souverän, sicher, autoritativ und vertrauenerweckend.<sup>7</sup> Solche Erwartungen, die notwendig das Verhalten des Patienten beeinflussen, führen zu einer Hemmung der aktiven verantwortlichen Mitarbeit sowohl des Patienten bei seiner eigenen

---

<sup>5</sup> Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes vom Mai 1972. Abschnitt IV: Ärztliche Versorgung in der freien Praxis. Gewerkschaftsspiegel 11/1972.

<sup>6</sup> Winter, K., u. G. Mielke: Zum Wandel des Sozialverhaltens des Arztes in der DDR. Z. f. ärztl. Fortbildung 64 (1970) 16, S. 821-824.

<sup>7</sup> Geissler, A.: Zur Anwendung sozialpsychologischer Methoden auf Probleme der ärztlichen Praxis. In: Sozialpsychologie im Sozialismus. Hrsg.: Hiebsch, H., u. M. Vorweg, Berlin 1965, S. 203-213.

Behandlung als auch der Bevölkerung bei den Aufgaben des Gesundheitsschutzes. Obwohl es trotz der damals noch spürbaren Vorherrschaft dieser traditionell gewachsenen stereotypen Meinungen und Verhaltensmaßstäbe in der Praxis, vor allem mit zunehmender ärztlicher Erfahrung, auch durchaus befriedigende Gestaltungen der Arzt-Patient-Beziehung gab und eine Psychotherapie und Psychagogik des gesunden Menschenverstandes betrieben wurde, führten die Erwartungen der Ärzte hinsichtlich des Verhaltens ihrer Patienten bei diesen wohl oft zu Passivität und Vertrauenskrisen, die Eigeninitiative und Verantwortlichkeit blockierten. In dem Maße, wie sich zusammen mit der Entwicklung generell neuer Maßstäbe für die Beurteilung zwischenmenschlicher Beziehungen auch die aktive Teilnahme [85] großer Zahlen von Menschen an der Realisierung der Aufgaben des Gesundheitsschutzes entwickelte, gab es Mitte der sechziger Jahre auffallende Anzeichen der öffentlichen Kritik an bestimmten Seiten autoritativen Verhaltens von Leitern im Gesundheitswesen und ebenso an als nicht mehr notwendig angesehenen organisatorischen Mängeln, wie beispielsweise zu langen Wartezeiten u. dgl. Entsprechend unseren sozialistischen Möglichkeiten wurden daraufhin die gesellschaftlichen Anstrengungen zur Herausbildung neuer Einstellungen verstärkt. Erscheinungen der genannten Art wurden auf Parteitag, in der Presse und in den Volksvertretungen aufgegriffen, prinzipielle Anforderungen wurden ausdrücklich nochmals formuliert und zum Maßstab der gesellschaftlichen Einschätzung des sozialistischen Charakters des Gesundheitswesens gemacht. In diesem Sinne hieß es auch in den Thesen des 1967 veranstalteten Symposiums zum Thema „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“: „Als Patient tritt dem Arzt im Vollzug der wissenschaftlich-technischen Revolution und der umfassenden Verwirklichung des Sozialismus im wachsenden Maße die allseitig entwickelte sozialistische Persönlichkeit gegenüber. Dieser Patient sieht im Arzt nicht mehr den Repräsentanten einer Geheimwissenschaft ..., sondern den gleichrangigen Vertreter eines anderen Arbeitsgebietes, einen vertrauenswürdigen Menschen an seiner Seite, der wie er selbst seine gesellschaftliche Aufgabe erfüllt. Das bedeutet eine grundsätzliche Veränderung im Arzt-Patient-Verhältnis und nicht zuletzt, daß die vom Patienten an den Arzt gestellten Anforderungen erheblich wachsen.“<sup>8</sup>

Diese psychologischen und sozialen Zusammenhänge der diagnostischen und therapeutischen Prozesse waren bisher weitgehend dem Zufall und dem intuitiven Einfühlungsvermögen des Arztes, der oben erwähnten Psychotherapie des gesunden Menschenverstandes überlassen. Die Vielzahl iatrogenen Schädigungen zeigt jedoch, wie sehr der Arzt hier irren kann und wie dringend eine wissenschaftliche Analyse und die daraus resultierende gezielte Nutzung der psychologischen und sozialen Elemente im Arzt-Patient-Verhältnis im Sinne der therapeutisch-rehabilitativen Zielstellungen sind. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der oben erwähnten Untersuchungen über die Wirksamkeit indifferenten Stoffe als Arzneimittel besteht heute noch beim medizinischen Personal und auch bei Patienten die Vorstellung, daß der Erfolg des ärztlichen Handelns allein oder überwiegend von den objektiven diagnostisch-therapeutischen Verfahren abhängt. Diese Auffassung resultiert mit [86] aus der einseitigen naturwissenschaftlichen Orientierung der Medizin. Sie bedürfen, wie wir an anderer Stelle ausführten, schon für organisch bedingte Krankheiten einer Einschränkung, noch mehr jedoch für die Vielzahl funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen, bei denen sie zur häufigsten Quelle iatrogenen Schädigungen wird. Die wissenschaftlichen Untersuchungen dieser Bedingungen des ärztlichen Handelns sind auch geeignet, zu einem neuen Selbstverständnis des Arztes in seiner gesellschaftlichen Funktion zu führen und seine Verantwortlichkeit für die psychologische und soziale Situation des Patienten herauszuarbeiten.

Erfreulicherweise ergeben sich in den letzten Jahren weitergehende Zeichen zunehmender Einstellung der Ärzte auf das wachsende Anspruchsniveau der Patienten gegenüber dem Gesundheitswesen überhaupt und dem Arzt-Patient-Verhältnis. Darüber berichten sowohl von den Erfahrungen leitender Mediziner ausgehende Einschätzungen als auch die Ergebnisse neuester

---

<sup>8</sup> Thesen zum Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“, These 13, humanitas 12/1967.

soziologischer Studien, die ein hohes Maß an Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Fürsorge und ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis bezeugen.<sup>9</sup> Die sich in dieser Weise in einem historisch gesehen relativ kurzen Zeitraum vollzogenen Veränderungen in der Einstellung zum Charakter einer in der Vergangenheit zumeist mystifizierten menschlichen Beziehung erweisen deren historische Veränderlichkeit ebenso deutlich, wie sie auch deren Einbettung in gesellschaftliche Bedingungen und von daher gewachsene Wertungsmaßstäbe belegen. Entscheidenden Einfluß auf diesen heute bereits weitgehend vollzogenen Umgestaltungsprozeß – der damit allerdings nicht als abgeschlossen gelten kann – haben nachweisbar gesellschaftlich wirksame Kräfte und Faktoren gehabt, die aus der sozialistischen gesellschaftlichen Entwicklung selbst gewachsen sind. Dazu gehörten in erster Linie die entsprechenden Bemühungen der jeweils im gesellschaftlichen Bewußtsein am weitesten fortgeschrittenen Parteimitglieder in der Ärzteschaft, die nach dem Vorbild der sozialistischen Produktion entstandene Bewegung zur Bildung von Kollektiven der sozialistischen Arbeit auch im Gesundheitswesen, der von der Gewerkschaft geführte Wettbewerb u. a., d. h. wesentlich auf Impulsen bedeutsamer Formen sozialistischer Arbeit aufbauende Bewegungen, die in erster Linie diese Integration des Gesundheitswesens in die sozialistische Gesellschaft bewirkten. Auf diesen Erfahrungen fußend wuchs auch die Einsicht, daß grundsätzliche Fragen der Moral im ärztlichen Beruf einen konkreten gesellschaftlichen Inhalt haben und daß des-[87]halb bei aller pietätvollen Achtung auch vor den Leistungen und Idealen vergangener Epochen der Medizingeschichte die im Hippokratischen Eid fixierten Normen und Gebote nicht mehr als ausreichender Maßstab heutigen ärztlichen Wirkens und Verhaltens angesehen werden können. Dabei geht es nicht darum, die Tradition radikal zu negieren und zu verurteilen, sondern darum, den neuen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Bedingungen adäquate Maßstäbe moralischer Anforderungen zu fixieren, von denen aus Entscheidungen in der Gegenwart tatsächlich geleitet werden können. Der im Sommer des Jahres 1971 in der UdSSR auf Beschluß des Präsidiums des Obersten Sowjets eingeführte neue ärztliche Eid bildet diese neuen Maßstäbe in klarer und eindeutiger Form ab und repräsentiert insoweit den vollendeten Ausdruck einer neuen Epoche der Entwicklung des Arztiums.<sup>10</sup>

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Rahmen dieser mit dem Sozialismus beginnenden neuen Epoche ärztlichen Wirkens wird nach wie vor von durch die Spezifik des ärztlichen Berufs bedingten Besonderheiten bestimmt sein und deshalb auch ein ausgezeichnetes Feld persönlichen Vertrauens bleiben. Zugleich aber werden alle jene Züge aus diesem Verhältnis verschwinden, die auf der Grundlage eines aus gesellschaftlichen Bedingungen gewachsenen Kastengeistes zu einer reinen Autoritätsstellung des Arztes geführt haben und den Patienten als Persönlichkeit entmündigten. Mit dieser Entwicklung zugleich wachsen jedoch auch die Verantwortung und die Anforderungen an den Patienten, von dem mit Recht Bereitschaft zur Einhaltung der ärztlichen Verordnungen und Vorschriften verlangt werden muß und der zugleich immer wieder zu lernen hat, im Arzt den Vertreter eines überaus komplizierten und mit einer enormen Verantwortung belasteten Berufes zu achten. Dabei entstehen mit der fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnis auch immer wieder spezielle Probleme für die Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses, mit denen sich die folgenden Überlegungen befassen sollen.

### **Über den Einfluß wissenschaftlicher und technischer Entwicklungen in der Medizin auf das Arzt-Patient-Verhältnis**

Neben den den Inhalt der Arzt-Patient-Beziehung formenden gesellschaftlichen Bedingungen, in die medizinische Tätigkeit immer eingeordnet ist, wird diese Beziehung auch durch den jeweils spezifischen wissenschaftlichen Erkenntnisstand mit beeinflußt. Da sich gegenwärtig besonders tiefreichende Veränderungen dieses wissenschaftlichen Erkenntnisstandes abzeichnen und

---

<sup>9</sup> Schorr, R.: Zum Arzt-Patient-Verhältnis. Z. f. ärztl. Fortbildung 63 (1969) 20, Harych, J., u. a.: Patientenzufriedenheit. Z. f. ärztl. Fortbildung 66 (1972) 13, S. 682-687.

<sup>10</sup> Der ärztliche Eid in der Sowjetunion. *humanitas* 24/1971.

auch bereits vielfältige Diskussionen über ihre möglichen Folgen für die Art der ärztlichen Tätigkeit bewirkt haben, lohnt es sich, auch über diese Aspekte einige Überlegungen anzustellen.

Zunächst kann festgestellt werden, daß die eingangs genannten gegensätzlichen theoretischen Auffassungen vom Wesen des Krankheitsgeschehens bereits wichtige Unterschiede in der Gestaltung des unmittelbaren Arzt-Patient-Verhältnisses bedingen. Die in der Regel vorherrschende naturwissenschaftliche oder biologische Orientierung des medizinischen Denkens führt u. a. dazu, daß der Arzt sich als Spezialist betrachtet, der nur für die normale Funktionsweise des biologischen Organismus zuständig ist und sich für die psychologischen und sozialen Lebensbedingungen seines Patienten kaum kompetent fühlt. Damit verbunden ist auch das seltsame Phänomen, daß körperliche Krankheiten und die sie behandelnden medizinischen Disziplinen ein höheres soziales Prestige haben als neurotische Störungen oder gar Geisteskrankheiten und die sich mit diesen Zuständen befassenden Ärzte. Wir erinnern hier an die Bemerkungen über das Nachwirken mystifizierender Urteilsweisen über die Verantwortung des psychisch Kranken für seine Krankheit und die Abnormenschanke. In ähnlicher Weise drückt sich diese unterschiedliche Wertung biologischen und psychosomatischen Geschehens in der Krankheit darin aus, daß in den meisten Fällen nur eine somatische Diagnose als sicheres Ergebnis medizinischer Untersuchung angesehen wird und von einer überaus großen Zahl von Ärzten und erst recht vom medizinischen Laien andere Diagnosen als unsicher, Verlegenheitslösungen u. dgl. angesehen werden.

Umgekehrt führt eine einseitige Berücksichtigung psychosozialer Aspekte zu einer allzu schnellen und unbegründeten umfassenden Psychologisierung der im somatischen Bereich liegenden Krankheitsprozesse und birgt dabei auch die Gefahr einer unzureichenden Sorgfalt bei der Feststellung des biologisch faßbaren Status und von Einseitigkeiten in der Wahl der therapeutischen Verfahren in sich.

Angesichts der verbreiteten Wirkung des naturwissenschaftlichen Denkens auch in der gegenwärtigen Medizin hat einer der bekanntesten Spezialisten psychotherapeutischer Forschungsarbeit die interessante Deutung der Arzt-Patient-Beziehung als eines Verhält-[89]nisses vorgenommen, in dem der Patient mit psychosomatisch bedingten Störungen zunächst immer wieder organische Krankheitssymptome anbietet und der Arzt immer sofort auf solche Angebote eingeht, wenn sie sich labormäßig oder dem äußeren Anschein nach bestätigen. Das bedeutet dann auch, daß die Ursachen dieser Störungen nur äußerst selten oder erst dann bedacht werden, wenn somatische Therapieverfahren versagen oder ein allzu schneller Wechsel von „Angeboten“ und Störungerscheinungen erfolgt. Dieser Mechanismus wäre die Folge der fest eingeschliffenen stereotypen Erwartungen auf seiten des Patienten und ebenso auf der Seite des Arztes.<sup>11</sup> Da diese Überlegungen aus langfristig durchgeführten systematischen Analysen von Patient-Arzt-Begegnungen abgeleitet sind, verdienen sie es, durch weitere Untersuchungen genauer überprüft zu werden, und sollten mindestens den Anlaß für eine gewisse kritische Besinnung auf die regelhaften Momente in den bereits vor jeder Kontaktaufnahme im Arzt-Patient-Verhältnis mitwirkenden Erwartungseinstellungen bilden.

Neben diesen mit den vorherrschenden wissenschaftlichen Auffassungsweisen und Wertungen des Krankheitsgeschehens verbundenen Erwartungshaltungen spielen sowohl die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Medizin, die Aufspaltung in zahlreiche Fachgebiete als auch die wachsende Technisierung und Rationalisierung der Medizin eine große Rolle für die jeweilige Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Auf diesen Gebieten stellen offensichtlich eine enorm rasche Entwicklung verschiedener neuer Seiten der medizinischen Praxis für die Zukunft neuartige Probleme, zu denen bereits heute Positionen erarbeitet werden müssen, um die Entwicklung in die richtigen Bahnen leiten zu können.

---

<sup>11</sup> Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Frankfurt/M. 1970.

Die zunehmende Spezialisierung des Arztberufes ist ein unumgänglicher Prozeß, der sich aus dem raschen Wachstum unseres Wissens über die Funktionen, die Gesetzmäßigkeiten des menschlichen Organismus ebenso ergibt wie aus den sich ständig komplizierenden technisch-apparativen Erfordernissen von Diagnostik und Therapie, die eine ständige Verbesserung der medizinischen Versorgung mit sich bringen. Gefahren sowohl für die Praxis als auch für die Theorie in Richtung einer Atomisierung der Medizin ergeben sich dann, wenn der Prozeß der Differenzierung nicht ergänzt wird durch die Integration der entstehenden Teilgebiete.

In der Praxis resultiert vor allem die Gefahr der ungenügenden Koordination der Methoden und Ergebnisse verschiedener Spezialdisziplinen und u. U. der Anwendung unangemessener Behandlungsverfahren. Ein weiteres Problem ist es, daß der Patient an den richtigen Facharzt gerät, da der Spezialist eines anderen Fachgebietes, das für die konkrete Erkrankung nicht zuständig ist, infolge seines eingegengten Blickfeldes nur Randerscheinungen, sekundäre Krankheitsprozesse erkennt und behandelt. Sehr häufig passiert das bei primär psychischen Erkrankungen, die oft jahrelang wegen der verschiedensten sekundären körperlichen Beschwerden in zahlreichen Fachabteilungen behandelt werden. Oft wird der Patient über Jahre von einem Facharzt zum anderen geschickt. Eine weitere Gefahr ist die, daß auf Grund der Spezialisierung und der dadurch bedingten Orientierung des Arztes auf Teilbereiche des Organismus ein echtes vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis nicht zustande kommt.

Um diesen Gefahren zu begegnen, ist es notwendig, die Funktion und auch die gesellschaftliche Wertung des Facharztes Praktischer Arzt zu betonen und stärker herauszuarbeiten, da vor allem auf dieser Ebene mit der Funktion des „Hausarztes“ eine Koordination und Integration der Ergebnisse der verschiedenen Fachdisziplinen möglich wird. Ganz zu Unrecht ist es heute noch vielfach so, daß der Spezialist eine höhere Wertung erfährt als der praktische Arzt. Eine weitere Forderung ist die einer besseren interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgebiete.

Zur Überwindung der theoretischen Zersplitterung ist es vor allem notwendig, durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Teilgebiete der Pathologie einschließlich Pathobiochemie, Pathophysiologie und Psychopathologie, unter Einbeziehung anderer Querschnittsdisziplinen wie z. B. Sozialhygiene und Psychotherapie, Grundlagen einer allgemeinen Theorie der Medizin, aufbauend auf dem dialektischen Materialismus als methodologischer Grundlage, zu entwickeln.

Die Probleme der Technisierung der Medizin sind äußerst komplexer Natur. Mit dem raschen Fortschreiten spezialisierter wissenschaftlicher Forschungsarbeit der Medizin und der medizintechnischen Produktion entstehen immer mehr Möglichkeiten, komplizierte technische Systeme zur Meßwerterfassung und -überwachung, zur Diagnostik und Therapie anzusetzen. Die unmittelbaren Wirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis sind dabei unterschiedlich. Sofern es sich um technische Mittel handelt, die bei der Auswertung diagnostisch relevanter Größen eingesetzt werden und eine genauere und zumeist raschere Bearbeitung verschiedenartiger Daten und Befunde ermöglichen – etwa in Gestalt von Laborautomaten, von Systemen zur Auswertung von EKG und EEG u. a. –, wirken sie sich positiv auf die Arzt-Patient-Beziehungen aus, da sie zu rascheren und sicheren Diagnosen führen, ohne den unmittelbaren persönlichen Kontakt zu stören. Eine mögliche Gefahr bei diesen Entwicklungen besteht darin, daß die leichteren Bearbeitungs- und Auswertungsmethoden zu einer nicht unbedingt nötigen Vergrößerung der in der Diagnostik berücksichtigten Angaben führen und die Prozedur der Befunderhebung umfangreicher gestalten. Der alte und bewährte Grundsatz, bei allen ärztlichen Handlungen dem Patienten keinen Schaden zuzufügen und ihn keinen überflüssigen Belastungen auszusetzen, erhält unter diesen Bedingungen besonderes Gewicht. Eine andere mögliche Gefahr speziell für die Entwicklung einer vertrauensvollen Begegnung von Arzt und Patient besteht bei diesem Trend darin, daß diagnostische und therapeutische Operationen mehr oder weniger ohne Mitwirkung des behandelnden Arztes erfolgen. Es gibt bereits heute technisch perfekt einge-

richtete große Diagnosekliniken in kapitalistischen Staaten (in der Bundesrepublik beispielsweise in Wiesbaden mit einem enormen Kostenaufwand errichtet), in denen lediglich der gesundheitliche Status analysiert wird und der Kontakt des Untersuchten mit Ärzten auf ein Minimum eingeschränkt existiert. Zweifellos wird es für eine Reihe von diagnostischen Operationen mit besonderem technischen Aufwand und eng spezialisierter Ausübung auch bei uns in Zukunft bestimmte Zentren geben müssen, die ihre Ergebnisse dem überweisenden und behandelnden Arzt zur Verfügung stellen. Ein derartiges Erfordernis ergibt sich bereits daraus, daß die Kosten und die Effektivität solcher spezialisierter Methoden und Systeme für eine kleine Einrichtung oder gar für den Arzt in der Einzelpraxis nicht zu realisieren sind. Dennoch ist es ein unbedingt zu sicherndes Anliegen bei diesen weiteren Entwicklungen, daß der Patient bei dem von ihm gewählten Arzt die Möglichkeit eines dauerhaften persönlichen Kontaktes findet.

Relativ unkompliziert für unser Thema erweisen sich wohl auch jene technischen Entwicklungen in der neuesten Medizin, die in Gestalt von Intensivtherapiestationen und hochspezialisierten therapeutischen Verfahren (etwa in der Radiologie, Herzchirurgie und anderen Gebieten) mit dem Einsatz vieler technischer Apparaturen verbunden sind.<sup>12</sup> Da sie jedoch primär dann in Funktion treten, wenn es sich um lebensbedrohliche Zustände handelt oder wenn sie in vielen Fällen den Abschluß eines begrenzten Therapie-Programms darstellen, handelt es sich um Sonderfälle, die auf die [92] als regelhaft anzusehende Arzt-Patient-Beziehung keinen besonderen Einfluß ausüben.

Wirklich schwer zu beurteilen sind demgegenüber vor allem jene sich anbahnenden Entwicklungen, die mit der Einführung technischer Systeme in die Diagnosestellung die gesamte Art und Weise der bisherigen Praxis der Medizin in Frage zu stellen scheinen. Dabei handelt es sich vor allem um die bereits vielfach diskutierte Problematik der sogenannten „Computerdiagnostik“ – eines auch wegen der Kompliziertheit der dabei berührten Fragen schwer zu beurteilenden Sachgebietes.

Im Abschnitt über den Krankheitsbegriff wurde bereits ausgeführt, daß die ärztliche Diagnose letzten Endes und im Prinzip „lediglich“ die Zuordnung eines bestimmten Krankheitsbildes zu einem festgelegten Begriffs- und Klassifikationssystem ist, d. h. daß bei der Diagnosestellung im Grunde nur festgestellt wird, welcher Art ein besonderer Krankheitsfall ist. Dieser Prozeß selbst ist aber wegen der Vielzahl der Krankheitsformen, der Vielgestaltigkeit und Variabilität der Symptome und wegen der Tatsache, daß ein und dieselben Symptome bei sehr verschiedenen Krankheiten auftauchen, für den Arzt eine komplizierte Denkopoperation, zu deren richtiger Ausführung enorm viele Kenntnisse, eine bestimmte Methodik des Vorgehens und eine disziplinierte Beobachtungsgabe gehören. In einer Reihe von Modellfällen konnte nachgewiesen werden, daß sich solche Prozesse der Diagnosebildung teilweise oder auch vollständig auf modernen elektronischen Datenverarbeitungsanlagen simulieren lassen und daß solche Anlagen imstande sind, bei Vorgabe bestimmter Programme, in denen die Zuordnungsbeziehungen von Symptomen und Krankheitsbildern festgelegt sind, zutreffende Diagnosen zu bilden, in speziellen Fällen mit der gleichen Sicherheit wie der erfahrene Arzt und in der Regel schneller. Die Anwendung dieser elektronischen Datenverarbeitungsanlagen in der Diagnostik ist dabei an eine Reihe von Bedingungen der Datenaufbereitung u. a. geknüpft, weshalb von einer breiten Anwendungsmöglichkeit in der Praxis heute und in der nächsten Zukunft noch auf keinen Fall gesprochen werden kann.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> v. Ardenne, M.: Beiträge zur Entwicklung der medizinischen Elektronik und Technik. In: Forschung von heute – Gesundheit von morgen. Berlin 1969, S. 305-315.

<sup>13</sup> Vgl. dazu auch: Buchmüller, K., G. Wangermann u. C. Reissmann: Die Anwendung der elektronischen Datenverarbeitung in der medizinischen Diagnostik. Z. f. ärztl. Fortbildung 63 (1969) 20, S. 1087-1092.  
Wangermann, G.: Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Anwendung elektronischer Rechenautomaten in der Medizin. Dtsch. Gesundh.-Wesen 23 (1968) 15, S. 673-679.

Immerhin haben aber die in dieser Richtung unternommenen Forschungen, Experimente und ersten praktischen Erprobungen mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht, daß prinzipielle weitgehende Möglichkeiten einer weiteren Technisierung der Medizin auch auf jenem Gebiet bestehen, das bisher das eigentlich ent-[93]scheidende Feld der geistigen Leistung des Arztes ausmacht, und daß damit auch die grundsätzliche Möglichkeit besteht, die Arzt-Patient-Begegnung noch weiter zu reduzieren. Obwohl es Bereiche der Medizin gibt, in denen der Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen in der Diagnostik wünschenswert ist – beispielsweise können sie bei sehr speziellen und aufwendigen Diagnosen in der Neurologie eine u. U. schnellere und genauere Bestimmung von Arten und Lokalisierungen bestimmter Schädigungen erbringen –, scheint die Hoffnung auf ihren späteren umfassenden Einsatz nicht unproblematisch zu sein, solange sie mit der Vorstellung einhergeht, die Diagnosebildung als komplexen Vorgang auf technische Systeme zu übertragen. Nimmt man die heutigen Einsichten in die große Verbreitung speziell psychosomatischer Störungen ernst und berücksichtigt auch die bei allen Fällen langwieriger Erkrankungen auftretenden psychologischen Bedingungen, so würde eine solche Übertragung die Möglichkeit ausschalten, im Prozeß der Diagnosebildung und bei Verlaufsbeobachtungen über den ausführlichen persönlichen Kontakt zum Kranken solche mitspielenden psychologischen und soziologischen Faktoren zu erfassen und zu beobachten. Vorstellbar und günstig scheinen Lösungen zu sein, bei denen künftig technische Systeme in der Diagnosebildung bei komplizierten Erkrankungsfällen eine Art Hilfe für die Vorauswahl von wahrscheinlichen Diagnosen und in diesem Sinne ein Teilmoment eines im ganzen vom Arzt vollzogenen Prozesses bilden. Im Gefolge mangelnder spezifischer Kenntnisse über die in der Medizintechnik im Detail entwickelten Systeme und Verfahren und des Nachwirkens traditioneller Vorstellungen von einer generellen Gefahr allzu weitgehender Technisierung in der Medizin besteht jedoch heute in der Regel eher die Tendenz einer Unterschätzung der genannten Entwicklungen.

Aus philosophischer Sicht erwiesen sich allgemeine Urteile für oder wider die Technisierung in der Medizin und auch in der Diagnostik im speziellen als nicht haltbar, da sie zumeist nach der einen oder anderen Seite vereinfachen. Der begonnene Technisierungsprozeß ist sehr differenziert und nur in bestimmten Fällen mit Gefahren für die künftige Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses verbunden. Es liegt an uns selbst, wie die weitere Entwicklung gestaltet wird. Zumeist wird es möglich sein, die in der Technisierung dieser oder jener Seite der ärztlichen Tätigkeit liegenden Vorteile der Rationalisierung, der größeren Exaktheit u. a. so zu nutzen, daß zugleich das Gesamtsystem ärztlichen Tuns [94] ausreichend Raum für die direkte Zuwendung zum Patienten als Persönlichkeit enthält. Insbesondere gibt es für uns als Marxisten keinen Grund, dem in der bürgerlichen Ideologie verbreiteten Vorurteil einer einfachen Entgegensetzung von Technik und Kultur oder von Zivilisation und Kultur zu folgen und im Rahmen eines solchen begrenzten Denkhorizonts in der Technisierung der Medizin eine Gefahr zu sehen. Was die philosophischen Positionen einer solchen generellen Wertung der Stellung der Technik im gesellschaftlichen Lebensprozeß betrifft, so verweisen wir an dieser Stelle auf ausführlichere Analysen, in denen z. T. auch direkt zur Entwicklung in der Medizin Stellung genommen wird, insbesondere auf Arbeiten von H. Ley.<sup>14</sup>

Die Bezugnahme auf solche differenzierte Wertung der Technik als einer Entwicklungs- und Ausdrucksform des wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritts wird vor allem auch dann wichtig, wenn der generelle Trend einer zunehmenden Rationalisierung der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit bedacht und beurteilt werden muß. Neben den kurz genannten Momenten einer weitgehenden Einführung komplizierter technischer Systeme geht es dabei darum, daß ärztliches Handeln in wachsendem Maße von bestimmten wissenschaftlich ermittelten Standardverfahren in der Diagnostik und Therapie bestimmt wird, und auch darum, daß die gesamte Orga-

---

<sup>14</sup> Ley, H.: Technik und Weltanschauung. Leipzig – Jena – Berlin 1970; ders.: Wissenschaftlich-technischer Fortschritt und medizinische Betreuung. In: Arzt und Gesellschaft. Hrsg.: Winter, K., Jena 1970, S. 35-50.

nisation der medizinischen Betreuung unter dem Gesichtspunkt der Effektivität und ökonomischen Gestaltung einer genaueren Durchleuchtung unterzogen wird. Beispiele für eine solche sich anbahnende Entwicklung stellen die Bemühungen um therapeutische Standardbestimmungen, bedeutsamer werdende Untersuchungen zur wissenschaftlich begründeten Medikamentenverschreibung und organisationswissenschaftliche Studien über optimale und zweckmäßige Ablauffolgen ärztlicher Handlungen im System des Gesundheitswesens dar. Es ist anzunehmen, daß solche Untersuchungen und Anstrengungen in den kommenden Jahren noch intensiviert werden und daß ihre Folge darin bestehen wird, weitere definitive Verhaltensrichtlinien für den Arzt zu schaffen und das wissenschaftliche Anspruchsniveau an Exaktheit und Regelmäßigkeit zu erhöhen. Auch diesen Seiten einer Rationalisierung der Medizin gegenüber existieren viele Vorurteile und Befürchtungen, die zum überwiegenden Teil sicher völlig unbegründet sind, wenn man die Zielfunktion des sozialistischen Gesundheitswesens gebührend in Rechnung stellt. Für unsere Medizin handelt es sich bei allen solchen Entwicklungen keineswegs um Maßnahmen und Schritte zur [95] einfachen Ökonomisierung und Kostenersparnis und schon gar nicht darum, etwa die Leistungen der Ärzte zu reduzieren, sondern um Schritte zur breiten Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der medizinischen Praxis. Geht man davon aus, daß ein nach dem Studium in den ärztlichen Beruf eintretender Kollege zunächst nur ein Grundlagenwissen besitzt und auch mit den in der zusätzlichen Facharztausbildung erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten seinen Wissensstand nicht abschließen kann, so wird ersichtlich, daß der rasche Fortschritt wissenschaftlicher Erkenntnis in der Medizin fortwährend an die in der Praxis tätigen Ärzte herangetragen werden muß. Das ist anscheinend besonders gut über solche Standardisierungsfestlegungen möglich, da es hier bereits um anwendungsbe-reites Wissen geht, das für spezielle Fälle zugleich auch Verhaltens- und Kontrollvorschriften enthält.<sup>15</sup> Damit wächst die Zuverlässigkeit und Sicherheit der zu treffenden Entscheidungen, was unbedingt sowohl im Interesse des Arztes als auch seiner Patienten liegt und was nicht mit einer Verringerung der Verantwortung für die im Einzelfall immer kompliziert bleibende Entscheidungssituation verbunden ist. Hier unterscheiden sich unsere Wertungsmaßstäbe allerdings auch grundsätzlich von denen der privatwirtschaftlich organisierten Medizin in der kapitalistischen Gesellschaft, in der den standesärztlichen Organisationen als den Interessenvertretern der niedergelassenen Ärzte jede solche Standardisierung und Kontrolle als ein Eingriff in die Freiheit ärztlichen Tuns erscheint und entsprechend abgelehnt wird. Es ist dies freilich eine seltsame Freiheit, bei der die pharmazeutische Industrie allein in der Bundesrepublik jährlich eine Vielzahl neuer Präparate ohne staatliche Prüfung auf den Markt bringen kann und der einzelne Arzt keine ausreichende Informationsmöglichkeit mehr hat, eine sachgemäße Auswahl vorzunehmen, geschweige denn mit einiger Sicherheit dem neuesten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand gemäß im therapeutischen Bereich vorzugehen. Die demgegenüber vom DGB und von progressiven Ärzten erhobene Forderung nach einem staatlichen Kontrollsystem zur Arzneimittelproduktion und nach einem System ständiger ärztlicher Fortbildung, nach der Einrichtung medizinisch-technischer Zentren, in denen moderne Untersuchungen durchgeführt werden können u. a., bringt die Unzufriedenheit mit einer Art von Freiheit des ärztlichen Handelns zum Ausdruck, die sich bei näherem Hinsehen als Spielraum subjektiver Willkür, mangelnder Informiertheit und Unsicherheit in der Entscheidung erweist. Auch hier geht es wieder [96] um gegensätzliche Auffassungen des Inhalts einer sehr alten und häufig mißbrauchten philosophischen Kategorie, der der „Freiheit“ nämlich, die wir nicht unabhängig von Sachkenntnis und tatsächlicher Herrschaft über Krankheitsprozesse sehen können und an deren objektivem Maße gemessen die fortschreitende Rationalisierung der Medizin ein Ausdruck wachsender Freiheit und nicht deren Einschränkung ist.

---

<sup>15</sup> Koch, H., u. J. Richter: Zentrale Therapieempfehlungen, eine Grundlage der Planung und Leitung ins Arzneimittel- und Apothekenwesen. Dtsch. Gesundh.-Wesen 25 (1970) 38, S. 1806 ff.

Allerdings gibt es im Zuge dieser Rationalisierungsbemühungen auch Aspekte, die einer näheren Überprüfung daraufhin wert sind, ob sie dem angestrebten Ziel tatsächlich entsprechen und nicht möglicherweise nur den Schein eines Fortschrittes liefern. Solche Fragen stellen sich zwangsläufig dort ein, wo ein Übermaß an primär verwaltungstechnischen Aktivitäten, Berichten usw. auftritt, und dort, wo Einschränkungen der ärztlichen Handlungen dadurch erfolgen, daß sie auf eng umgrenzte Arbeitsbereiche festgelegt werden und eine zusätzliche Belastung durch Überweisungen, Konsultationen u. dgl. mit sich bringen. Gegen Erscheinungen der Bürokratisierung, die im Zuge dieser Rationalisierung zeitweilig immer wieder auftreten, gibt es jedoch glücklicherweise bei uns eine ausgesprochen kritische Haltung nicht nur der Ärzte, sondern auch der leitenden gesellschaftlichen Gremien, was u. a. jüngst seinen Ausdruck in Diskussionsbeiträgen auf dem VIII. Parteitag der SED fand und auch weiter die Aufmerksamkeit der Partei und des Ministeriums für Gesundheitswesen finden wird.

Die genannten Beispielsbereiche weisen eindeutig darauf hin, daß die wissenschaftliche und technische Entwicklung zwar immer einen Einfluß auf verschiedenste Seiten des Arzt-Patient-Verhältnisses ausübt, aber nicht unabhängig von dem Gesamtsystem der Beziehungen von Medizin und Gesellschaft wirkt. Wie die Potenzen neuer wissenschaftlicher Einsichten in der Medizin genutzt werden, ob sie sich spontan und in Form nicht erwünschter Folgen zwangsläufig durchsetzen oder ob sie nach den vorrangigen Notwendigkeiten und Bedürfnissen verwirklicht werden, ist ein gesellschaftliches Problem, weshalb auch beim Einfluß dieser Bedingungen immer wieder die Arzt-Patient-Beziehung als soziale Institution und nicht als neutrale Sachbeziehung zur Debatte steht. [97]

### **Neue Momente in der gesellschaftlichen Funktion der Medizin und der Entwicklung beratender Tätigkeit der Ärzte**

Die bereits dargestellten Probleme der gegenseitigen Einstellung auf ein höheres Anspruchsniveau mit wachsender Verantwortung jedes Partners in der Arzt-Patient-Begegnung gewinnen auch deshalb gegenwärtig wachsende Bedeutung, weil sich der Tätigkeitsbereich der Medizin wesentlich erweitert und nicht mehr nur der aktuell Erkrankte in ein solches unmittelbares Verhältnis zum Arzt eintritt. Diese Erweiterung des Tätigkeitsbereiches schließt vor allem ein: eine systematische gesundheitserzieherische Wirksamkeit; die Verlagerung des Schwerpunktes der medizinischen Aktivität auf pro- und metaphylaktische Maßnahmen vor allem durch den Aufbau umfassender Dispensairebetreuung; die Integrierung der Rehabilitation in alle Bereiche medizinischen Handelns; eine große Zahl von Beratungsaufgaben und eine recht umfangreiche Gutachtertätigkeit der Ärzte. Keines dieser Momente ist dabei völlig neu, denn in dieser oder jener Form haben sie in der Ausübung des ärztlichen Berufes immer eine Rolle gespielt, neu ist jedoch der Umfang dieser Aufgaben und Aktivitäten und dabei auch die Erscheinung, daß ein wachsender Kreis von Ärzten sich vorrangig darauf spezialisiert. Die Medizin ist damit heute längst nicht mehr nur eine kurative, nur auf die Heilung von Krankheiten orientierte Wissenschaft, beginnt allerdings auch jetzt erst mit der gründlichen Erarbeitung der wissenschaftlichen Grundlagen für diese genannten neuen Aufgabenbereiche, die sie bisher teilweise recht pragmatisch zu behandeln genötigt war.

Einer der wichtigsten Ansatzpunkte ist dabei die Beherrschung und planmäßige Gestaltung der oben erwähnten sozialen Bedingungen und Teilursachen der verschiedensten Krankheitsbilder, eine Zielstellung, die allerdings erst in der sozialistischen Gesellschaftsordnung in vollem Umfang auf die Tagesordnung gesetzt werden kann, wenn die optimale biologische und psychische Entfaltung des Menschen zur Hauptaufgabe der gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse wird.

Um erfolgreich Gesundheitserziehung betreiben zu können, bedarf es beispielsweise über das traditionelle Wissenssystem der Medizin hinausgehender Kenntnisse, u. a. darüber, welche Lebensformen in Familie und Arbeit, Ernährung und Freizeitgestaltung seelischer und körperlicher Entwicklung besonders dienlich sind; [98] wodurch eigentlich gesundheitsförderliches

oder auch gesundheitsschädigendes Verhalten der Menschen bestimmt wird und wie Änderungen von Bedürfnissen, Lebensgewohnheiten, Einstellungen u. dgl. erreicht werden können. Diese hier nur als Beispiel genannten Probleme berühren Erfahrungen und Erkenntnisse anderer Wissenschaften, der Psychologie, der Soziologie und Meinungsforschung u. a., und bedingen damit eine Menge wertvoller Kontakte und Zusammenarbeitsformen, in denen sich die Medizin immer wieder auf den gesellschaftlich existierenden Menschen im Rahmen konkreter sozialer Lebensgewohnheiten einstellen muß. Die dabei entstehende Beziehung des Arztes zum gesunden Bürger, der rationaler Argumentation zugänglich ist, jedoch nicht unter dem Druck von Geboten und Verboten steht, hat eine besondere Qualität, die erst recht psychologisches Verständnis und Kenntnis des Umganges mit Menschen vom Arzt verlangt.

Besonders wichtig werden diese Kenntnisse und Fähigkeiten dann, wenn der Arzt in einer speziellen Beratungsfunktion mit sehr persönlichen und auch intimen Anliegen vertraut wird und Rat erteilen soll, der die Umsetzung medizinisch begründeter Verhaltensvorschläge bei oft komplizierten Bedingungen ermöglicht. In den Ehe- und Sexualberatungen, in denen Ärzte neben erfahrenen Psychologen und Juristen eine äußerst wichtige Funktion ausüben und in wachsendem Umfange auf die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen Einfluß nehmen, geht es meist nicht nur darum, eine besondere Therapie, beispielsweise bei Fällen von Impotenz oder Frigidität einzuleiten, sondern vor allem darum, die damit verbundenen psychologischen Spannungen und sozialen Fehlverhaltensweisen aufzudecken und zu ändern, was nicht allein Lebenserfahrung, Taktgefühl und Bereitschaft zu längerfristigen Zuwendungen zu den Lebensproblemen eines Menschen oder einer Familie verlangt. Diese verantwortungsvollen Aufgaben erfordern spezielle Kenntnisse des Arztes auf bestimmten Gebieten der Psychologie und der Gesellschaftswissenschaften und in den Grundlagen der Psychotherapie. Die Anforderungen, die auf diesem Gebiet an den Arzt unserer Gesellschaftsordnung gestellt werden, sind mit einer Psychologie bzw. Psychotherapie des „gesunden Menschenverstandes“ nicht zu erfüllen. Die Zunahme der Ansprüche an diese Beratungsfunktion geht dabei nicht etwa auf eine wachsende Zahl von Konflikten und Schwierigkeiten auf der Grundlage der gesellschaftlichen Entwicklung zurück, sondern eindeutig darauf, daß entsprechende Möglichkeiten für ein latent schon lange [99] vorhandenes Bedürfnis geschaffen worden sind und daß die Scheu vor dem Herantragen privater Sorgen an gesellschaftliche Institutionen im Zuge der sozialistischen Entwicklung systematisch abgebaut wird. Dazu haben sehr wesentlich auch neue gesetzliche Regelungen, wie u. a. das Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft vom 9.3.1972, beigetragen, weil sie einerseits überhaupt qualitativ neuartige Maßstäbe und Wertsetzungen individuellen Verhaltens, hier etwa im Hinblick auf die Entscheidungsfreiheit der Frau über den Zeitpunkt und die Zahl der Geburten, festlegen und andererseits ganz ausdrücklich Festlegungen zur Erweiterung dieser Beratungsfunktion des Arztes enthalten. Bei jedem Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung gibt es beispielsweise eine Verpflichtung des Arztes, die Antragstellende über eventuelle Risiken des Eingriffs, aber auch über mögliche Formen der Verhütung unerwünschter Schwangerschaft zu informieren und ihr zu helfen, eine Entscheidung zu finden, die ihrer Situation, ihrer Entwicklung und den zu berücksichtigenden gesellschaftlichen Bedürfnissen entspricht. Die so angelegte Gesetzesfassung ermöglicht es für die Zukunft, die Zahl der erforderlichen Eingriffe gering zu halten und das eigentlich angestrebte Ziel, die Schwangerschaft und Geburt aus einer Last in eine gewünschte und glückvolle Angelegenheit zu verwandeln, auf dem Wege der rechtzeitigen Beratung und Lenkung individuellen Verhaltens zu erreichen. Auch hier geht es dann allerdings nicht mehr um ein Arzt-Patient-Verhältnis und um Merkmale einer bestimmten „Krankenrolle“, sondern um eine Beziehung des Arztes zum gleichberechtigten und Eigenverantwortung tragenden Bürger unserer Gesellschaft, die weit über medizinisches Wissen hinausgehende Kenntnisse und eine ausgereifte Persönlichkeitsentwicklung des Arztes voraussetzt.

Ein anderer interessanter Wirkungsbereich der gegenwärtigen und erst recht der zukünftigen Medizin, der ganz wesentlich mit dieser Beratungsmöglichkeit verbunden ist, betrifft die Ergebnisse und Möglichkeiten humangenetischer Forschung, über die in den letzten Jahren viel und leidenschaftlich, jedoch auch oft mit wenig Sachlichkeit diskutiert wurde. Da hier in besonderem Maße weltanschauliche Wertungsfragen eine Rolle spielen, soll darauf etwas ausführlicher eingegangen werden.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die humangenetische Forschung sehr eingehend mit den Prozessen der Speicherung, der Weitergabe, der Veränderung und der Realisierung von Erbinformationen befaßt. Diese Erbinformationen befinden sich in den [100] Genen, die in den Chromosomen des Zellkerns enthalten sind. Sie bilden faktisch in ihrer Gesamtheit den Genotyp, d. h. die Programme, nach denen sich der Aufbau, die Funktionsweise und die Reaktionsmöglichkeiten des Organismus in der Ontogenese entwickeln. Bestimmte, in den Desoxyribonukleinsäuren festgelegte molekulare Strukturen, die in Form von Matrizen die Eiweißsynthese im Organismus steuern, bilden dabei die entscheidende Grundlage des Vererbungsmechanismus, der gegenwärtig immer detaillierter analysiert und aufgedeckt wird. Die Gene können unter verschiedenen Bedingungen plötzlich auftretende Veränderungen erfahren, die als Mutationen bezeichnet werden und weitgehend zufällig auftretende Erscheinungsformen des Einwirkens äußerer Bedingungen darstellen. Die molekularen Grundlagen der Vererbung, die in diesem Bereich liegen, sind größtenteils aufgeklärt und ebenfalls ihre Bedeutung für die Evolutionsprozesse, in denen die infolge von Mutationen entstehenden Änderungen bei einzelnen Organismen im Selektionsvorgang aufbewahrt und potenziert werden, wenn sie eine bessere Angepaßtheit der Organismen an ihre Umweltbedingungen bewirken.<sup>16</sup>

Biologische Anlagen, die auf diesem Vererbungsgeschehen beruhen, haben jedoch beim Menschen eine starke Modifikationsbreite und Plastizität. Eine starke Penetranz von Erbfaktoren betrifft beim Menschen vor allem solche Eigenschaftsbereiche wie die somatische Konstitution, die Sinnestüchtigkeit, die vitale Energie u. a. Besondere Beobachtungen an eineiigen Zwillingen, die ja die gleiche Erbgrundlage haben, zeigen, wie intensiv Umwelteinflüsse vor allem kultureller und pädagogischer Art sehr unterschiedliche Phänotypen erscheinen lassen, d. h. in welchem großem Ausmaße das Ergebnis der individuellen Ontogenese von der spezifischen Lebensform abhängt.

Die Forschungsaufgaben auf dem Gebiet der medizinischen Genetik bestehen vor allem in der Aufdeckung der Entstehungsmechanismen erblicher Schädigungen mit dem Ziel der Entwicklung und systematischen Anwendung von Kompensations- oder Substitutionsverfahren. Diese können sowohl biochemischer als auch psychologisch-gesellschaftlicher Art sein. Wenn man von den relativ seltenen, rein genetisch bedingten Erkrankungen und Leiden wie beispielsweise verschiedenen Formen des Schwachsinn, dem erblichen Veitstanz, einigen Bluterkrankungen u. a. absieht, liegt heute der Schwerpunkt der Forschung bei der Klärung des Anteils genetischer Faktoren in der Pathogenese von Krankheitsbildern, bei denen [101] eine Wechselbeziehung von Anlage und Umwelt stattfindet. Hierzu ist eine Vielzahl von gesellschaftlich bedeutsamen Krankheitsformen zu zählen, darunter auch die Tuberkulose, Geschwulsterkrankungen und eine Reihe von Krankheiten in der Neurologie und Psychiatrie. Was die Prophylaxe und Therapie betrifft, so liegen in der Gegenwart und auch in der nahen Zukunft die realen Möglichkeiten vor allem in der Einflußnahme auf die biologischen und gesellschaftlichen Umweltbedingungen, von denen es weitgehend abhängt, ob sich solche Krankheitsbereitschaften realisieren oder nicht. Die Möglichkeiten einer kausalen Behandlung genetischer Störungen sind heute noch nicht genau zu bestimmen. Inwieweit hier in der ferneren Zukunft etwa Voraussetzungen für die rechtzeitige Ersetzung veränderter oder für die Einführung isolierter normaler Gene geschaffen werden können, muß

---

<sup>16</sup> Vgl. dazu: Löther, R.: Biologie und Weltanschauung. Leipzig – Jena – Berlin 1972. Abschnitt: Philosophische Aspekte der Evolution. S. 82-103.

heute noch offengelassen werden. Für viele der genannten gesellschaftlich bedeutsamen, weitverbreiteten Erkrankungen liegt die Schwierigkeit vor allem darin, daß der genauere Anteil genetischer Faktoren noch nicht bekannt ist und daß eine polygene Vererbung angenommen werden kann.

Gegenwärtig liegen die wichtigsten praktischen Aufgaben, die sich im Zusammenhang mit der Entwicklung der humangenetischen Forschung für die Medizin abzeichnen, in der Früherkennung und Frühbehandlung genetischer Störungen einerseits und in der Ehe- und Familienberatung andererseits. Hinsichtlich der Früherkennung haben sich neue Siebstestverfahren für eine Reihe von Stoffwechselerkrankungen bewährt. So ist z. B. die auf einem Fermentdefekt beruhende und zu Schwachsinn führende Föllingsche Krankheit bei Neugeborenen mit einem verhältnismäßig einfachen Untersuchungsverfahren rasch erkennbar und in diesem Stadium gut zu behandeln. Um die rechtzeitige Anwendung der dazu heute bekannten therapeutischen Maßnahmen zu ermöglichen, wurde die genannte Untersuchung deshalb in die für jede Lebendgeburt durchzuführenden Pflichtuntersuchungen aufgenommen. Weitere Ergebnisse humangenetischer Forschungsarbeit werden künftig analoge Verfahrensweisen auch bei anderen Krankheitsbildern ermöglichen und ein wirksames System prophylaktischer Maßnahmen gestalten.

Hinsichtlich der beratenden Funktion der Medizin in diesem Problemkreis geht es vor allem um die Aufklärung der in verschiedener Weise mit genetisch bedingten und vererbaren Störungen belasteten Menschen und um ärztlich begründete Ratschläge zu [102] Fragen der Eheschließung, des Erkrankungsrisikos der zu erwartenden Kinder, zur Schwangerschaftsunterbrechung u. dgl. Diese Probleme sind oft sehr schwerwiegend, da sie weitreichende Konsequenzen für das Leben, für die zwischenmenschlichen Beziehungen und die soziale Stellung eines Menschen haben. Durch unbedachte und nicht ausreichend begründete Äußerungen eines Arztes können dabei elementare Bedürfnisse eines Menschen und sein Familienleben aufs schwerste gestört werden. Es ist deshalb hier dringend notwendig, kritisch die psychische und soziale Relevanz der vorgeschlagenen Entscheidungen und die tatsächliche Gefährdung gegeneinander abzuwägen und zu berücksichtigen, daß sich in der sozialistischen Gesellschaft immer bessere Voraussetzungen für eine Kompensation und Behandlung genetischer Störungen durch medizinische und gesellschaftliche Maßnahmen herausbilden. Humangenetische Aufklärung und Beratung erfordern deshalb ein exaktes Wissen und ein entwickeltes Verantwortungsbewußtsein des Arztes, dem jedoch noch erhebliche Mängel in der Ausbildung im Studium entgegenstehen, die ihrerseits auf einem bei uns noch schwach entwickelten System eigener Forschungsarbeit humangenetischer Art beruhen.

Die im internationalen Maßstab erreichten und beachtlichen Ergebnisse humangenetischer Forschungen haben auch über die genannten speziellen Möglichkeiten der Prophylaxe und Therapie hinausgehende Fragen nach ihrer Nutzung aufgeworfen, die gesellschaftliche Prozesse und Entwicklungsvorgänge im großen Stil berühren. Einmal geht es hier um die Probleme der mit der Umweltgestaltung verbundenen Auswirkungen schädigender Noxen und zum anderen um die Problematik einer eugenischen Manipulation. Durch die zunehmende Industrialisierung und die vor allem mit ihrer kapitalistischen Form verbundene Umweltgefährdung sind Mutationen erzeugende neue Bedingungen entstanden, beispielsweise über die chemischen Schadstoffe in der Luft und im Wasser oder über die zunehmende Strahlungsgefährdung. Trotz in den letzten Jahren zunehmender intensiver Bemühungen der sozialistischen Länder und auch der Weltgesundheitsorganisation um gesellschaftlich wirksame Programme zur Eindämmung solcher Bedingungen ist der Einfluß mutagener Noxen noch als zunehmend einzuschätzen und beginnt erst jetzt in wachsendem Maße das öffentliche Bewußtsein zu erregen. Hier handelt es sich ganz offensichtlich um Fragen, deren prinzipielle Lösung im Sinne einer von vornherein gesteuerten Umweltgestaltung erst im So-[103]zialismus vollständig erfolgen kann, da eine vom privaten Profitstreben getragene Wirtschaft zwangsläufig zur Vernachlässigung der Folgen gegenwärtigen Handelns für kommende Generationen und zur Reduzierung der für gesellschaftliche Interessen einzusetzenden

Mittel auf ein Mindestmaß führt.<sup>17</sup> Die mit der Schaffung gesellschaftlicher Institutionen und mit der Durchsetzung entsprechender Maßnahmen, etwa des Landeskulturgesetzes in unserer Republik, begonnene sozialistische Umweltgestaltungspolitik macht deutlich, daß Fragen dieser komplexen Art weit über den Gegenstand und die Möglichkeiten der Medizin hinausreichen und als gesellschaftliche Prozesse nationaler und z. T. auch internationaler Art in Angriff genommen werden müssen.

Was die Problematik der Eugenik betrifft, so handelt es sich hier um Vorstellungen über eine Verbesserung der genetischen Grundlagen der Menschheit durch aktive Maßnahmen zur Beeinflussung der genetischen Substanz großer Populationen. Die in diesem Zusammenhang zur Debatte gestellten Vorschläge reichen von Verfahren der Züchtung angeblich besonders wertvoller Erbträger (über die gezielte Schaffung von Ehen oder über Verfahren der künstlichen Besamung mit dem Sperma ausgewählter männlicher Individuen) über Vorschläge zur Geburtenbeschränkung weniger „erfolgreicher“ Gruppen der Bevölkerung bis zur radikalen Forderung nach Liquidierung genetisch geschädigter Individuen, um eine Fortpflanzung unerwünschter Eigenschaften zu verhindern.<sup>18</sup> Ideen dieser Art sind überaus naiv, sowohl im Hinblick auf die ihnen zugrunde liegenden Illusionen über den wirklichen Stand genetischer Kenntnisse als erst recht wegen der dabei vorausgesetzten Idee einer Regulation gesellschaftlicher Beziehungen über einfache medizinische Entscheidungen. Genaugenommen entbehren sie jeder wissenschaftlichen Grundlage schon deshalb, weil die komplizierten Beziehungen zwischen genetischen Anlagen und den als wertvoll angesehenen menschlichen Eigenschaften, beispielsweise der Intelligenz, im einzelnen noch völlig unbekannt sind; außerdem sind sie ausgesprochen reaktionär, da sie auf die Verfestigung menschlicher Abhängigkeitsbeziehungen nach den Maßstäben des Kapitalismus hinzielen und eine Herrschaft einer Art Elite anstelle gesellschaftlicher Bedingungen für die positive Persönlichkeitsentwicklung aller konstituieren wollen. Bemerkenswerterweise entwickeln sich gegen diese Art von Biologismus, der ursprünglich von sehr namhaften Fachwissenschaftlern, darunter selbst Nobelpreisträgern, vertreten wurde, eine massive [104] Kritik auch von seiten anerkannter Fachleute der Biologie und der Medizin und eine realistische Orientierung auf die eingangs genannten Einflußmöglichkeiten, die man z. T. auch unter dem Begriff der „positiven Eugenik“ zusammenfaßt. In diesem Sinne bemerkt L. S. Penrose, der heute zu den führenden Forschern auf dem Gebiete der Humangenetik gehört: „Tatsächlich können Erbleiden niemals ausgerottet werden, weil Mutationen ständig neu auftreten, sowohl als Genmutationen, d. h. Veränderung der Desoxyribonukleinsäure (DNS), als auch in der Struktur und Verteilung der Chromosomen ...“ Die Methoden der negativen Eugenik sind „nicht nur bemerkenswert unwirksam, sondern im Hinblick auf alle Normen menschlicher Beziehungen völlig unannehmbar. Nach meiner Überzeugung ist deshalb eine Manipulation der Vererbungsvorgänge beim Menschen mit dem Ziel einer Verbesserung der Art beim gegenwärtigen Stand unseres Wissens weder wünschenswert noch durchführbar.“<sup>19</sup>

Gerade diesen letzten Gesichtspunkt müssen wir aus der Sicht der marxistisch-leninistischen Philosophie ausdrücklich unterstreichen, da alle solche Formen eugenischer Manipulation tatsächlich unübersehbare Folgen für das gesellschaftliche Leben und die zwischenmenschlichen Beziehungen haben müßten und u. a. zur Zerstörung der affektiv-emotionalen Bindungen zwischen Ehepartnern und Eltern und Kindern führen würden. Die Höherentwicklung der Persönlichkeit, die nicht nur an die intellektuelle Entwicklung, sondern noch mehr an die Differenzierung emotionaler und volitiver Strukturen gebunden ist, würde aufs schwerste beeinträchtigt werden. Während sich der Konzentrationsgrad schädlicher Erbanlagen in der Menschheit durch

<sup>17</sup> Hollitscher, W.: Umweltprobleme, Technik und Gesellschaftsordnung. In: Marxistische Blätter, 10 (1972) 1, S. 15-20.

<sup>18</sup> Vgl. dazu die kritische Darstellung bei Hermann, L.: Über den Stellenwert der Molekularbiologie im Gesamtsystem der medizinischen Wissenschaften. Z. f. ärztl. Fortbildung 65 (1971) 15, S. 818-822.

<sup>19</sup> Penrose, S. L.: Genetik und Gesellschaft. In: Genetik und Gesellschaft. Hrsg.: Wendt, G. G., Stuttgart 1970, S. 6.

die Verbesserung der Lebensbedingungen für Menschen, die an genetisch mitbedingten Erkrankungen leiden, so langsam verändert, daß ein spürbarer Einfluß erst durch tausend Generationen hindurch bemerkbar werden könnte, die Möglichkeiten einer Beeinflussung dieser eventuellen Entwicklung sowohl durch Verbesserung der Umweltbedingungen als auch durch zweckmäßige medizinische Prophylaxe im eingangs genannten Sinne ständig wachsen, hätten genetische Manipulationen nur eine standardisierende Wirkung, sollten sie überhaupt erfolgreich möglich sein. Gerade in der Vielgestaltigkeit und Differenziertheit der menschlichen Individualitäten liegt aber ein entscheidendes Reservoir für die Entwicklung der Schöpferkraft der Gesellschaft und für jene ihrer Züge, die gesellschaftliches Leben überhaupt interessant und lebenswert [105] machen. Auch aus diesem Grunde kann und muß festgestellt werden, daß die genetische Manipulation eine schwere Gefährdung der menschlichen Entwicklung bedeutet und deshalb konsequent abgelehnt werden muß. Im Rahmen gesellschaftlicher Ideologieentwicklung stellt sie nichts anderes dar als ein Ausweichen vor den gesellschaftlich gebotenen Maßnahmen zur Veränderung menschlicher Lebensformen durch die Schaffung der sozialistischen Produktionsverhältnisse auf revolutionärem Wege. Eugenische Utopien als eine spezielle Form biologistischen Denkens über den Menschen gehen von vornherein von einem verzerrten und schiefen Bild des Menschen aus, ignorieren die Rolle sozialer Bedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung weitgehend und vergessen auch immer wieder, daß die in der Gegenwart sich vollziehenden Prozesse des Wachstums der Bevölkerung überhaupt und der Vermischung früher isolierter Bevölkerungsgruppen eine Erweiterung auch der positiven Elemente des genetischen Potentials der Menschheit bedingen. Dementsprechend sind alle Theorien über eine genetische Deformation oder Entartung der Menschheit als unwissenschaftlich anzusehen und damit auch jene Argumente, die einer intensiven Wirksamkeit der Medizin bei der Erhaltung kranken Lebens und bei der Fürsorge und Hilfe für dauerhaft geschädigte Menschen einen Beitrag zu dieser „Entartung“ zusprechen wollen.

Eine einfache Anwendung spezieller wissenschaftlicher Erkenntnisse über das Vererbungsgeschehen und seine biologischen Grundmechanismen auf die Medizin oder gar die Gesellschaft schlechthin erweist sich dabei als völlig unmöglich – was ebenfalls für die bereits mehrfach nachgewiesene Bedeutung gesellschaftlicher und weltanschaulicher Aspekte für die medizinische Erkenntnisentwicklung und Praxis zeugt.

Da die vorstehenden Überlegungen zur Humangenetik in erster Linie nur verdeutlichen sollten, wie sich auch aus der Entwicklung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Funktionsausweitung der ärztlichen Tätigkeit zur Prophylaxe und Beratungstätigkeit hin ergibt, kann an dieser Stelle eine Zusammenfassung dieses Abschnitts versucht werden. Der Trend zur Ausweitung des Anteils gesundheitserzieherischer, prophylaktischer und beratender Tätigkeiten im gesamten Aufgabenfeld der Medizin stellt an die Ärzte der Gegenwart und noch mehr der Zukunft höhere Anforderungen bezüglich des Wissens über psychologische und soziale Bedingungen des menschlichen Lebens und im Hinblick auf die [106] persönliche Reife. Die neu erwachsenen Möglichkeiten der Medizin werden von gesunden Bürgern in Anspruch genommen und konstituieren ein mit spezifischen Merkmalen versehenes Arzt auf das die traditionell gewachsenen Maßstäbe für das Verhalten des Arztes gegenüber dem Patienten erst recht nicht mehr anwendbar sind. Da bereits die Umgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung unter neuen Bedingungen der gesellschaftlichen Ordnung, der Persönlichkeitsentwicklung und des wissenschaftlichen Fortschritts einen komplizierten Prozeß darstellt, in dem neue Werte und Verhaltensnormen zielstrebig erarbeitet und angeeignet werden müssen, werden auch die anstehenden Probleme der Gestaltung eines sozialistischen Arzt-Bürger-Verhältnisses gründlich zu durchdenken sein und einen Entwicklungsprozeß durchlaufen. In Berücksichtigung der vorliegenden Erfahrungen können rechtzeitige Bemühungen um die Klärung solcher Fragen nur nützlich sein und verdienen deshalb das Interesse der Mediziner unserer Republik.

Die skizzierte Funktionsausweitung der Medizin bedeutet jedoch nicht, daß die Medizin als Wissenschaft nun die Entwicklungsfragen der Gesellschaft und der Menschheit in ihre Hand nehmen und lösen kann. Diese Fragen sind Gegenstand der Gesellschaftswissenschaften und der Politik, an der Gesundheitspolitik als ein spezieller Bereich gesellschaftlichen Wirkens einen Anteil hat.

Da viele Seiten des Krankheitsgeschehens unmittelbar mit den sozialen Lebensbedingungen verbunden sind und die Wirksamkeit der Medizin von gesellschaftlichen Voraussetzungen abhängt, ist der tatsächliche Beitrag der Medizin zur Erhaltung und Förderung menschlicher Gesundheit immer an diese Faktoren gebunden. Das Gesundheitswesen als die Summe der wissenschaftlichen und praktisch wirkenden Einrichtungen der Medizin ist selbst eine gesellschaftliche Institution, die bestimmten sozialen Bedürfnissen und Zwecken dient und in den komplexen gesellschaftlichen Lebensprozeß eingeordnet ist. Gesundheitspolitik jedoch, als die Gesamtheit aller auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit des Menschen gerichteten gesellschaftlichen Anstrengungen und Maßnahmen, ist bereits keine vorrangig medizinische Angelegenheit mehr, sondern ein Bestandteil politischer und staatlicher Tätigkeit – in Arbeitsbereich allerdings, der von einer anderen Seite her den sozialen Inhalt allen ärztlichen Tuns und Strebens ausdrücklich bestätigt. Dieser weit über die Möglichkeiten der Medizin hinausreichende Inhalt von „Gesundheitspolitik“ wird deshalb [107] oft nicht genügend gesehen, da eigentlich gesundheitspolitische, d. h. nur über gesellschaftliche Maßnahmen großen Stils und mit politischen Kräften und Institutionen zu erreichende Ziele oft innerhalb der Medizin und als deren Aufgabe formuliert und gesehen werden. Ein Beispiel dafür ist die oft verwendete Gesundheitsbestimmung aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, nach der Gesundheit der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens des Menschen ist. Der Artikel 1 der Verfassung dieser am 22. Juli 1946 auf einem Internationalen Gesundheitskongreß in New York beschlossenen und am 7.4.1948 nach der Ratifizierung der Gründungsdokumente durch zunächst 30 Staaten endgültig gegründeten Organisation besagt, daß es das Anliegen der WHO sei, „daß alle Völker einen höchstmöglichen Gesundheitszustand erreichen“. Da die WHO aber oft nicht in ihrem Charakter als eine politische Organisation gesehen wird, entstand die Vorstellung, hier seien für die Medizin als Wissenschaft und das Gesundheitswesen entscheidende Zielsetzungen formuliert, die über den Fortschritt der Wissenschaft und der Vervollkommnung ärztlicher Tätigkeit zu erreichen seien. Genaugenommen handelt es sich dabei aber um Ziele, zu deren Verwirklichung die Medizin für sich nicht imstande ist. Sie ist dies deshalb nicht, weil sie auf die für dieses Ziel entscheidenden sozialen Lebensformen der Menschen keinen bestimmenden Einfluß ausübt, und sie kann einen solchen Einfluß nicht ausüben, da sie weder über die Voraussetzungen für weitreichende politische Aktionen noch über die wissenschaftlichen Grundlagen für deren Inhalt und Gestaltung verfügt. Dies muß klargestellt werden, nicht um die Kraft und die Möglichkeiten der Medizin herabzusetzen, sondern um die unbedingt erforderliche Einsicht zu fördern, daß damit komplexe und von der Sache her zu bejahende Ziele nur über das Bündnis der Medizin mit den jeweils progressiven und historisch bestimmenden sozialen Klassen und Parteien erreicht werden können. In diesem Sinne setzt eine erfolgreiche aktive Mitwirkung der Medizin und der Ärzte an gesundheitspolitischen Aufgaben die Einsicht in die spezifischen Entwicklungsgesetze der Gesellschaft und in die marxistisch-leninistische philosophische Gesellschaftstheorie voraus.

Aus der komplexen und die eigentlichen Triebkräfte der gesellschaftlichen Entwicklung erfassenden Sicht der revolutionären Arbeiterbewegung und der marxistisch-leninistischen Theorie ergibt sich daher die Einsicht, daß in der kapitalistischen Gesellschaft [108] unterschiedliche und in ihren Interessen z. T. einander entgegengesetzte soziale Klassen und Parteien verschiedene gesundheitspolitische Auffassungen vertreten und in der Praxis verfechten. Für die jeweils herrschenden Klassen und den ihre Interessen vertretenden Staat sind Fragen der Gesundheitserhaltung und -förderung immer nur soweit von Interesse, als es um die Erhaltung der für den

Verwertungsprozeß des Kapitals erforderlichen Arbeitskräfte oder um den Schutz der Lebensinteressen der eigenen Klassenangehörigen oder um die staatlichen Interessen der Militärauglichkeit u. dgl. geht. Eine darüberhinausgehende gesundheitspolitische Aktivität etwa zur Realisierung der Ziele der WHO gibt es demgegenüber nicht oder allenfalls als propagandistisches Manöver. Demzufolge werden auch kaum zentrale staatliche Institutionen mit solchen Aufgaben betraut, die Probleme des Gesundheitswesens in der Regel den Kommunen überlassen und allenfalls Schlichtungs- und Regulierungsfunktionen in der marktwirtschaftlich organisierten Auseinandersetzung zwischen den in Berufsverbänden organisierten Ärzten und den Krankenkassen als Geschäftsunternehmen eigenen Rechtsstatus übernommen. Daraus erwachsen ausgesprochen anachronistische Relationen etwa derart, daß sich der öffentliche Gesundheitsdienst in Gestalt der staatlichen Gesundheitsämter in der Bundesrepublik weiterhin nur mit den traditionellen Aufgaben, etwa der Überwachung der Medizinalpersonen und des Verkehrs mit Arzneimitteln und Giften, beschäftigen darf, während sich Jahr für Jahr nahezu 3 Millionen Arbeitsunfälle ereignen, von denen jährlich über 6.000 tödlich verlaufen, und die Einstellung von Arbeitsmedizinern, Werkärzten u. dgl. dem Ermessen der Unternehmer überlassen bleibt. Im Hinblick auf diese Situation fehlt es nicht an kritischen Stimmen, die klar und deutlich feststellen, daß von einer staatlichen oder öffentlichen „Gesundheits“politik eigentlich gar nicht die Rede sein kann, da die Förderung der Gesundheit noch nicht in den Rang einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe erhoben ist.<sup>20</sup>

Da sich die spezifische Art und Weise und der Inhalt der vom kapitalistischen Staat betriebenen Sozial- und „Wohlfahrts“politik mit den ökonomischen Bedingungen und den politischen Kräftekonstellationen ständig verändert, finden sich in verschiedenen kapitalistischen Staaten zu verschiedenen Zeiten durchaus unterschiedliche Praktiken und Haltungen, die den Einblick in die ihnen zugrunde liegenden Interessen auch erschweren. Neben [109] einigermaßen progressiven Perioden des Ausbaus etwa der Sozialversicherung bestimmen in Zeiten ökonomischer Krisen und Kriegsvorbereitungen heftige Angriffe gegen jede staatliche Hilfe für Erkrankungsfälle und der Abbau zeitweilig gewährter Leistungen das Bild.<sup>21</sup> Während in einigen Ländern einigermaßen ausgebaute Systeme eines staatlichen Gesundheitswesens, wie etwa in Großbritannien oder Schweden, existieren, gibt es andere, in denen nicht einmal allererste Anfänge dazu vorhanden sind.

Gegenüber dieser Linie der Verhinderung einer Gesundheitspolitik im eigentlichen Sinne des Wortes hat die revolutionäre Arbeiterbewegung von Anbeginn ihrer Existenz an eine selbständige Politik des Kampfes um die Verbesserung der Lebenslage der Werktätigen, um die Erweiterung ihrer Rechte und um die Abschaffung des gesellschaftlichen Systems des Kapitalismus geführt. Eine entschiedene und radikale Kritik unmenschlicher Ausbeutungsformen, wie wir sie bereits in Friedrich Engels' Werk „Die Lage der arbeitenden Klassen in England“ finden, bildete dabei den Ausgangspunkt für solche in den Parteiprogrammen enthaltene Forderungen wie die nach dem 8-Stunden-Tag, dem Verbot der Kinderarbeit, der Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle u. a., die auf die Sicherung elementarer Bedürfnisse der Werktätigen als Voraussetzung für Gesunderhaltung abzielten. Die eindrucksvolle Geschichte dieses sozialpolitischen Kampfes der Kommunisten, in der sich auch nach und nach die Vorstellungen für die Neugestaltung des Gesundheitswesens nach der sozialistischen Revolution herausbilden, ist ein überzeugender Beweis dafür, daß es sich bei gesundheitspolitischen Fragen immer um Klasseninteressen und Machtfragen handelte und handelt und um Auseinandersetzungen, in denen die Ärzte selbst für politische Bewegungen Partei ergreifen müssen und auch ständig ergreifen.<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Ferber, E. v.: Gesundheit und Gesellschaft. Stuttgart 1971.

<sup>21</sup> Winter, I.: Die Notverordnungen und die kommunistische Gesundheitspolitik von 1929 bis 1933. In: Arzt und Gesellschaft. Hrsg.: Winter, K., Jena 1970, S. 99-132

<sup>22</sup> Vgl. dazu die ausführliche Darstellung des gesundheitspolitischen Kampfes der russischen revolutionären Arbeiterbewegung. In: Potulow, B. M.: W. I. Lenin und der Gesundheitsschutz. Berlin 1970.

Gemessen an den prinzipiellen Lehren dieser bisherigen Geschichte bietet die aktuelle Situation in der kapitalistischen Gesellschaft wenig neue Gesichtspunkte. Trotz unterschiedlicher Entwicklungsformen des Gesundheitswesens in den verschiedenen Ländern des kapitalistischen Weltsystems geht es im grundlegenden immer noch um die Frage der Schaffung eines staatlichen Systems des Gesundheitsschutzes, durch das die vom heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aus möglichen Maßnahmen zur Förderung gesunden Lebens und zur Verhütung und Heilung von Krankheiten durchgesetzt werden können. Im Unterschied zu früheren Jahrzehnten liegen heute allerdings umfangreiche Erfahrungen [110] und Ergebnisse eines sozialistischen Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik des sozialistischen Staates vor, die über die Perspektiven der künftigen Entwicklung eindeutige Aussagen erlauben. In ihrem Lichte gesehen, sind die vorher genannten neuen Funktionen der Medizin und der ärztlichen Tätigkeit ein Ausdruck der zunehmenden Herrschaft der Menschen über ihre gesellschaftlichen und auch über ihre naturhaften Lebensbedingungen und in den Prozeß der Entwicklung einer gesamtgesellschaftlichen organisierten Gesundheitsfürsorge eingeordnet. Gegenüber den im vorigen Jahrhundert vertretenen utopischen Vorstellungen von der Gestaltung der Gesellschaft von medizinischen Gesichtspunkten aus sind sie von der Einsicht getragen, daß die Medizin und das Gesundheitswesen eine soziale Institution darstellen, die im Auftrage der Gesellschaft und ihren Zwecksetzungen und Wertmaßstäben entsprechend einen angemessenen Beitrag zur Höherentwicklung gesellschaftlicher Beziehungen und persönlicher Lebensmöglichkeiten leistet.