



Otte_R_2013

„Haben oder Sein“ – zwei Grundbegriffe der Medizin?

Rainer Otte

„Haben oder Sein“ – zwei Grundbegriffe der Medizin?,“ in: *Fromm Forum* (Deutsche Ausgabe – ISBN 1437-0956) 17 / 2013, Tübingen (Selbstverlag), pp. 35-41.

Copyright © 2013 by Dr. Rainer Otte, M.A., Steinaer Str. 3, D-37441 Bad Sachsa, E-Mail: cogito.sum[at-symbol]gmx.de

Fangen wir mit dem Vorurteil an: Erich Fromms Alternative „Haben oder Sein“ sei bloß die schmalspurige Fortsetzung einer stolzen metaphysischen Tradition. Sozusagen das Sein im Westentaschenformat für die psychologische Spielwiese des 20. Jahrhunderts. Das Sein – war es nicht seit Platon das große Ganze? Spiegelte sich das Sein nicht in der Vollkommenheit eines jeden Wesens als dessen Licht und innere Bestimmung?

Und nun Fromm: Fromms „Sein“ klärt uns gar nicht auf über die „höhere“ Struktur der Welt. Er lehrt nicht den Hauch der Ewigkeit, der durchzieht, was da kreucht und fleucht. Nein, von diesem Sein ist bei ihm wirklich nicht die Rede. Er ist kein redseliger Metaphysiker. Fromm dreht sogar vieles um, was die Philosophie unter dem Wort zu fassen versuchte.

Seit den Tagen der vorsokratischen Philosophie ist ihr das Sein das große Ganze. Das einzelne Seiende sei nur ein Splitter davon. Der Geist des Menschen komme dem Sein an nächsten. Als Seiendes käme dem Körper durchaus ein kleiner Anteil am Sein zu. Der aber sei so begrenzt wie die Vitalität einer Marionette. Die ewige Seele allein hauche dem hinfalligen Körper Leben ein. Wirft sich der zum Herrscher der Seele auf, etwa wenn ungezügelte Leidenschaften ihr Spiel treiben, dann ist es um das Sein und um das Ewige schnell geschehen.

„[...] Einige erklären“, schreibt Platon, „den Leib [*soma*] für ein Grabmal [*sema*] der Seele, als läge sie während ihres jetzigen Lebens im Grabe.“ (Platon, *Kratylos* 400 c, S. 65) Der Leib als weltliches Gefängnis der Seele: Darin finde sie Schutz, nicht aber zu ihrer Bestimmung, nämlich zur Schau der Ideen und des Seins aufzusteigen. Erst im Lichte der höchsten Erkenntnis lasse der Geist die körpergebundenen Scheinwelten mit ihren Gaukelspielen endlich hinter sich.

Dieses Sein bekam dem Körper nicht besonders gut. Durch lange Perioden der Philosophiegeschichte existierten Leib und Seele in einem philosophisch deklarierten Kriegszustand. (Vgl. Ferwerda 1987, S. 164) Heute sind diese Philosophien des Seins vor allem für Historiker und Traditionalisten attraktiv. Fromm findet man nicht unter ihnen. Er behandelt den Begriff des Seins aus anthropologischer und psychologischer Sicht. Sympathien für Denker wie Heraklit und Hegel lässt er beiläufig erkennen. Sie fassen das Sein nicht statisch, sondern setzen es mit Werden, Aktivität und Bewegung in Beziehung. Wichtig war Fromm, dass „lebende Strukturen“ nur durch „Wachstum



und Veränderung“ sein können.(Fromm 1976a, S. 291) Wir dürfen glücklicherweise von ihm keine Neuauflage philosophischer Seinsspekulation erwarten. Er hat eigene und anders gelagerte Fragen im Kopf. Waren das Fragen seiner Zeit? Sind es noch die unseren?

Als Erich Fromm Mitte der 1970er Jahre *Haben oder Sein* schrieb, lagen zwei Bücher vor, die diese Worte im Titel führten. Fromm nennt sie, ohne näher auf sie einzugehen. (Fromm 1976a, S. 271) Ihre Lektüre hat er seinen Lesern empfohlen. Ich möchte sie hier auch deshalb nachholen, weil sich in diesen zwei Büchern beachtliche Konzeptionen des Leibes unter der Fragestellung von *Haben oder Sein* finden.

Balthasar Staehelin, Psychoanalytiker und Professor für Psychosomatische Medizin in Zürich, hatte 1969 sein Buch *Haben und Sein* publiziert. „Die häufigste medizinische Symptomatologie“, unterstreicht Staehelin, „ist [...] das psychovegetative Syndrom.“ (Staehelin 1969, S. 57) Es sei Ausdruck einer Grunderkrankung, für die die Begriffe „Haben“ und „Sein“ von diagnostischer und therapeutischer Bedeutung sind. Der Autor legt Wert darauf, dass sein Buch aus der empirischen Erfahrung des Arztes hervorgegangen ist. Die leidenden Patienten sieht Staehelin dazu verurteilt, „in individueller Seinsvergessenheit zu leben. Psychotherapie aber ist Seinssuche“, hält er dagegen. (Staehelin 1969, S. 57) Das Sein versteht Staehelin als eine verleugnerte und verdrängte zweite Wirklichkeit: Wo sie verstellt werde, träten Angst, Unruhe und Orientierungslosigkeit an die Stelle von Urvertrauen, Liebe und Hoffnung.

Bemerkenswert ist, dass Staehelin die massive Zunahme „psychosomatischer“ Leiden mit einer Zeitdiagnose verknüpft: Sie seien somatischer Ausdruck der existenziellen Verarmung des Menschen. Politischer Zwang und die Verführungen der Konsumwelt exerzierten das Habenmüssen und das Habenwollen ein. Das habe gravierende Folgen und Kosten für jeden. Die Psychoanalyse hätte nach Staehelin gar nicht die Aufgabe, wie Freud meinte, gegen angebliche Illusionen der Religion ins Feld zu ziehen. Es seien die Illusionen der Industrie- und Überflusgesellschaften, die auf die Couch gehörten.

Staehelin spricht von der „Agonie des Abendlandes“, der „sinnentleerten Verbrauchergesellschaft, der „Entwurzelung des Einzelnen“, die zu einer Frage der konkreten medizinischen Theorie und Praxis werden müssten. (Staehelin 1969, S. 30f.) Die Befreiung des Menschen verspricht er sich von der Erschließung des Seins, das sakrale und religiöse Traditionen hüten. In menschlichen Grenzerfahrungen und in der Mystik werde es erfahrbar, aber kaum mit klaren Worten sagbar. (Staehelin 1969, S. 99)

Produktive Bezüge zu den Gedanken von Fromms *Haben oder Sein* entdeckt man auch bei der Lektüre von Gabriel Marcel. Sein Buch *Sein und Haben* (Marcel 1954), das Teile seines berühmten *Metaphysischen Tagebuchs* präsentiert, entfaltet eine grundlegende These: Das Bewusstsein seiner selbst ist immer mit dem eigenen Körper verbunden. Es ist *inkarniert*. „Was ist dieser Körper eigentlich wirklich, dessen Herz ich teils bin und dem ich teils als Sklave unterworfen bin? Kann ich ihn ohne Lüge und ohne Absurdität in das große Reich des Äußeren verbannen [...]? Es scheint mir beides wahr zu sein: einmal, dass ich für diese körperlichen Veränderungen verantwortlich bin und gleichzeitig, dass ich es nicht bin.“ (Marcel 1966, S. 48)

Marcel findet für diese so unvereinbaren Gesichtspunkte zwei Begriffe. Den Leib, in dem ich inkarniert bin, bezeichnet er als Leib-Sein. Diesen Leib kann ich nicht zu ei-



nem Objekt machen, das ich distanziert betrachte. Tue ich das, etwa im Verlauf einer ärztlichen Untersuchung und Behandlung, dann erlebt mein Bezug zum Leib eine fundamentale Transformation. Aus dem Leib, der ich immer auch bin, wird der Körper, den ich habe. Eine objektive Diagnose, etwa mit Hilfe bildgebender Verfahren, präsentiert ihn wie den Körper eines Fremden. Das Körper-Haben kann Objekt technischer Manipulationen oder Operationen sein. Mein Leib-Sein ist es nicht.

Der erste Akt der Alternative „Haben oder Sein“ spielt sich für Marcel in der Differenz von Leib-Sein und Körper-Haben ab. Die Ordnungen des Habens gehen weit über körperlich oder leiblich gebundene Formen hinaus. Wir lesen bei Marcel, was auch Fromm betont: Man neige „gewöhnlich dazu, sich mit dem zu identifizieren, was man hat. Hierbei löst sich die Kategorie des Seins auf [...]. Besitzen ist beinahe unvermeidlich Besessensein.“ (Vgl.: Marcel 1966, S. 73 und 58) Der Besessene verliert die Offenheit, auf andere dialogisch eingehen zu können, oder, wie Marcel es nennt, für ihn „verfügbar“ zu sein. „Wenn ich mit einem unverfügbaren Wesen verbunden bin, wird mir bewusst, mit jemandem zu sein, für den ich nicht bin.“ (Vgl. Marcel 1966, S. 62)

Der vom Haben Besessene ist nur auf sich selber fixiert, von krampfhafter Unruhe und einer überbordenden Angst geprägt. In einer später zugefügten Notiz fragt Marcel sich und den Leser: „Vielleicht ist ein Lebewesen tatsächlich um so weniger Sklave seines Körpers, je weniger es sich anmaßt, über ihn zu verfügen. Ist es nicht möglich, dass diese Anmaßung, die als das Zeichen der Macht erscheint, in Wirklichkeit Sklavendienst ist?“ (Vgl. Marcel 1966, S. 71)

Der Leib hat eine Geschichte, nämlich die eines personalen Leib-Seins; das Gedächtnis ist für Marcel ein Indiz ihres Seins. (Vgl. Marcel 1966, S. 84) Das Sein ist zeugend und unerschöpflich. Das reine Körper-Haben nimmt mir das – eine Bemerkung, auf die wir später im Kontext medizinischer Erwägungen zurückkommen werden.

Schließen wir die Betrachtung der Philosophie von Gabriel Marcel mit einem Zitat aus seinem *Metaphysischen Tagebuch* ab, das sie eng mit Fromms *Haben oder Sein* verbindet: „Heute morgen habe ich klar die Notwendigkeit erkannt, dass die Frage: Bin ich mein Körper? durch die Frage: Bin ich mein Leben? zu ersetzen ist. Denn mein unbewegter Körper ist nur mein Leichnam; mein Leichnam ist wesentlich das, was ich nicht sein kann. [...] Und in diesem Augenblick frage ich mich, ob beim Haben als solchem nicht immer in einem gewissen Grade diese Entlebung mit im Spiel ist, und zwar in genau dem Maße, in dem das Haben einer aufkeimenden Unterjochung entspricht.“ (Vgl. Marcel 1966, S. 76)

Damit sind wir bei Erich Fromm. Er schreibt gleich zum Auftakt von *Haben oder Sein*, dass die Liebe zum Leben und die Liebe zum Toten das entscheidende Problem der menschlichen Existenz ist (Fromm 1976a, S. 284): „Mit ›Sein‹ meine ich eine Existenzweise, in der man nichts *hat* und nichts *zu haben* begehrt, sondern voller Freude ist, seine Fähigkeiten produktiv nutzt und *eins* mit der Welt ist.“ (Fromm 1976a, S. 287) Und was ist mit dem Körper? Wir haben einen. Artig versieht er seine ihm zudiktierten Aufgaben. Wir haben auch manchmal Schnupfen oder Schlimmeres. Wenn der Körper krank ist, legen wir uns in den diagnostischen Apparatpark und wollen mit ärztlichem Gütesiegel erfahren, was wir haben oder was uns fehlt. Und schon sind wir mitten in einer Debatte mit Erich Fromm.

„Diese Art zu sprechen verrät die versteckte unbewusste Entfremdung“, meint Fromm



und macht das an einem banalen Beispiel klar. „Herr Doktor, ich *habe* ein Problem.“ Einige Jahrzehnte früher hätte die Patientin anstelle von „Ich habe ein Problem“ sehr wahrscheinlich gesagt: „Ich bin besorgt“. Der moderne Sprachstil ist ein Indiz für die heutige Entfremdung. Wenn ich sage: „Ich *habe* ein Problem“ anstelle von „Ich bin besorgt“, dann wird die subjektive Erfahrung ausgeschlossen. Das *Ich*, das die Erfahrung macht, wird ersetzt durch das *Es*, das man besitzt.“ (Fromm 1976a, S. 289)

Die Alternative *Haben oder Sein* stellt sich auch und gerade im Hinblick auf den Körper. Die Erfahrung der lebendigen und authentischen Bezogenheit zur Welt schließt bei Fromm immer das *Körper-Sein* ein. Am Rande sei erwähnt, dass Fromm lange Jahre hindurch Übungen zur Meditation und Körperwahrnehmung praktiziert hat und dies im posthum erschienenen Werk *Vom Haben zum Sein* (1989a) auch seinen Lesern empfiehlt. Das Körper-Haben ist indes mit einer ganz anderen Bandbreite von Existenzweisen verbunden. Der Körper kann zum Objekt des Besitzes werden, zur reparaturanfälligen Maschine, zum vorzeigbaren Beleg der sozialen Stellung, zur gestylten Maske, zum sexuellen Objekt oder zum reizvollen Hingucker – Formen des Kapitals eben, in denen Investition und Rendite zählen.

Die Haben-Orientierung kann aus der Gesundheit ihr Kapital schlagen wie auch aus der Krankheit. Durch sie gewinnt man die Macht, andere am Gängelband zu dirigieren. Auch Personen geraten in den Dunstkreis des Besitzgefühls. „Das geht aus der Tatsache hervor“, schreibt Fromm, „dass die Menschen dazu neigen, von *ihrem* Arzt, *ihrem* Zahnarzt [...] zu sprechen.“ (Fromm 1976, S. 323) Gesundheit und Krankheit werden in der Haben-Orientierung als Eigentum erlebt unter Einbeziehung des zur Verfügung stehenden Personals. „Wenn sich mein *Selbst* durch die Dinge konstituiert, die ich *habe*, dann bin ich unsterblich, wenn diese unzerstörbar sind.“ (Fromm 1976a, 329) Man könnte von einer neuen Religion sprechen. Sie durchzieht die Medizin mit Fiktionen und schlechten Utopien. Am Ende glänzt ihr aseptisches Körper-Haben wie das goldene Kalb.

Man darf natürlich nicht übertreiben und das kleine Wort „haben“ zum großen Übeltäter erklären. Das Körper-Haben wurzelt in der menschliche Existenz. Es hat durchaus seine funktionale Berechtigung, die keiner Kritik bedarf. Es gerät aber in Konflikt mit dem Körper-Sein, wenn es vom *charakterbedingten Haben* so geformt wird, dass sich der Mensch seinem Körper-Sein entfremdet. Aus seiner psychophysischen Wirklichkeit verschwindet die spontane und lebendige Bezogenheit. (Fromm 1976a, S. 331) Was macht den Unterschied aus? „Haben bezieht sich auf *Dinge*, und Dinge sind konkret und *beschreibbar*. Sein bezieht sich auf *Erlebnisse*, und diese sind im Prinzip nicht beschreibbar.“ (Fromm 1976a, S. 332)

Die Frage nach der Differenz des Körper-Seins und des Körper-Habens halte ich für eine der fundamentalsten der Medizin. Gern rufe ich die Internisten und Psychosomater Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack in den Zeugenstand: „Wir müssen ›Körper‹ [...] als etwas definieren, das sich als Ganzheit eines Körper-Seins und Körper-Habens (Subjekt- und Objekt-Seins) erlebt. [...] Störungen, die sich aufgrund des offiziellen Modells, des „objektiven Körpers“ identifizieren und behandeln lassen, füllen die Lehrbücher der Medizin. Ihnen allen fehlt der ergänzende Aspekt des ›subjektiven Körpermodells‹. Darüber hinaus gibt es Krankheiten, die sich nur mit Hilfe des ›subjektiven Körpermodells‹ identifizieren, verstehen und behandeln lassen.“ (Uexküll, Wesiack 1998, S. 358f.; ferner: Uexküll 2002, S. 15)



Behalten wir Fromms Satz im Gedächtnis, dass sich Körper-Sein nicht einfach wie ein Ding beschreiben lässt. Sogleich entsteht die Frage, mit welcher Haltung es überhaupt gelingen könnte, das Körper-Sein eines anderen zum Sprechen zu bringen. Die Antwort des Neurologen und Psychosomatikers Viktor von Weizsäcker ist die kürzeste: „Um Lebendes zu erforschen, muss man sich am Leben beteiligen.“ (Weizsäcker 1973, S. 3) Man könnte mit Fromm hinzusetzen, dass man das Körper-Sein des anderen nur in der Existenzweise des Seins erlebt. Sie erlaubt, in eine vielschichtige, spontane und produktive Kommunikation einzutreten. „Nichts Organisches hat keinen Sinn; nichts Psychisches hat keinen Leib“, schrieb Viktor von Weizsäcker. (Weizsäcker 1987, S. 314) In einer stumm gewordene Medizin, in der Ärzte unter einem technikinduzierten Sprachskorbut leiden und die Erzählungen ihrer Patienten in der Regel nach wenigen Sekunden unterbrechen, wird der Sinn des Körper-Seins unverständlich. Geht es auch anders?

Gelingende Kommunikation versteht sich nicht von selbst. Ein schönes Beispiel für das Aufspüren dieser Verständigung findet sich in einem Beitrag von Christian und Haas aus dem Jahre 1949. Zwei Personen sollten an einer zweigriffigen Baumsäge zusammenarbeiten. Ihre Bewegungen wurden von einem Messwerk registriert; das subjektive Erleben der Situation wurde laufend abgefragt. „Gerade dann, wenn beide Beteiligte sich auf dem Höhepunkt einer gekonnten Zusammenarbeit maximal selbständig erlebten, zeigt die Analyse, dass beide objektiv in strenger Gegenseitigkeit der Abläufe verbunden sind.“ (Uexküll, Wesiack 1998, S. 368)

Zwischen beiden Menschen haben sich Beziehungsfäden geknüpft, die eine gemeinsame Wirklichkeit entstehen ließen: „Bipersonale Wirklichkeiten« sind soziale Wirklichkeiten mit Eigenschaften und Möglichkeiten, die es in der Wirklichkeit der einzelnen Teilnehmer nicht gibt, also im Sinn der Systemtheorie »emergente« Wirklichkeiten.“ (Uexküll 1993, S. 90) Eine bio-psycho-soziale Medizin muss notwendigerweise eine Beziehungsmedizin sein. Sie muss sich darauf verstehen, das Körper-Sein des Patienten als ein lebendiges Geschehen zwischen Menschen zu achten. Eine Medizin ist gefragt, der es gelingt, am Leben des anderen mit seinen Prozessen der Erkrankung und Gesundung teilzunehmen.

Versteht sich die Medizin nur auf die Analyse und die Reparatur eines erkrankten Organs, dann wird Krankheit zum „Fremdkörper“ umdefiniert. Die menschliche Situation des Erkrankten, der mehr ist als der unglückliche Besitzer eines Organdefekts, verschwindet aus dem Blick. Seine Wirklichkeit wird dann einseitig geprägt von einem „Körper-Haben“, das Distanzierungen und „Be-Handlungen“ erlaubt. Das „Körper-Sein“ des anderen erfordere Näherungsweisen, die Spuren der psychophysischen Subjektivität und Identität zu lesen verstehen, forderte der Philosoph Helmuth Plessner. (Plessner 1970, S. 43-46) Das entlastet die Medizin nicht von somatisch bestimmbaren Pflichten. Aber es legt ihr die Verantwortung auf, nicht nur Werte, sondern auch Worte zu beachten.

Darin steckt nicht „nur“ ein ethischer Appell, sondern ein diagnostisch-therapeutischer Anspruch. Das „Körper-Sein“ existiert immer in Verbundenheit mit Lebenswelten. Nehmen wir ein gut erforschtes Beispiel. Longitudinalstudien belegen, dass die soziale Unterstützung von Freunden, der Familie und am Arbeitsplatz eine entscheidende Einflussgröße zur Bewältigung eines Herzinfarktes darstellt. (Badura, Kaufhold, Lehmann et al. 1987) Der Kardiologe Bernard Lown berichtet: „Ein Herzinfarkt weist bei Menschen



mit sozialen Bindungen eine weitaus besser Prognose auf. [...] In der Tat haben Patienten mit koronarer Herzkrankheit, die allein leben, das gleiche Risiko wie diejenigen mit Herzinsuffizienz, einer der schwersten Komplikationen von Herzinfarkt.“ (Lown 2002, S. 27) Wenn schon, bildlich gesprochen, das Herz in psychischen und sozialen Beziehungen schlägt, dann kann die Medizin es sich nicht leisten, davor die Augen zu verschließen.

Den Zustand der Medizin kann man kaum thematisieren, ohne das Gesundheitswesen mit seinen sozialökonomischen Vorgaben in den Blick zu nehmen. Kann man es Ärzten einer onkologischen Station, denen täglich sieben Minuten für Patientengespräche eingeräumt werden, verdenken, wenn ihnen die wichtigsten Worte im Halse stecken bleiben? Auch die niedergelassenen Kollegen dürften in Gefahr geraten, langfristig ihre Praxis zu ruinieren, wenn sie sich „festreden“. Auf dem Monitor auf dem Schreibtisch leuchtet allzu schnell das rote Lämpchen. Die ökonomischen Vorgaben sind mittlerweile im Alltag so präsent, dass der Arzt entscheiden muss, welche Risiken er im Einzelfall eingeht. Er droht, im Sinne Gabriel Marcells, für den Patienten „unverfügbar“ zu werden.

Die Ökonomisierung der Medizin hat weitreichende Folgen. Dies möchte ich anhand einiger aktueller Beispiele zeigen. Sie sollen zudem erhärten, wie stark Konsumbedürfnisse geweckt und nachgefragt werden, während auf der anderen Seite die Mittel für dringend nötige Hilfen und Therapien beschränkt werden. Es geht um die Kritik der expandierenden Gesundheitsmärkte und ihrer Fortschrittsreligion, die den Menschen zum passiven Konsumenten macht – im Frommschen Sinne ein aggressiver Akt der Freiheitsberaubung. Man konfektioniert seine Bedürfnisse nach dem Angebot auf dem Markt. Doch diesmal ist es kein Spiel mit austauschbaren Konsumgütern. „Haben oder Nicht-Sein?“ – so lautet hier die verdrehte Frage.

Reden wir vom demographischen Wandel. „Ist das Alter etwas Peinliches?“, fragt Fromm, für den es natürlich nichts Peinliches ist, weil er die „Kunst zu Altern“ als ein wichtiges Kapitel in der „Kunst des Lebens“ versteht. (Fromm 1966g, S. 425) Von diesem Verständnis ist die schrille Konsumwelt der neuen Alten weit entfernt. Altern ist kein existenzielles Geschehen mehr. Es wird zum vermeidbaren Übel erklärt. Man muss nur seiner Konsumentenpflicht nachkommen, um nicht selber schuldig zu werden an Verfall und Krankheit. Aus Prospekten schaut uns das pralle Leben ins Gesicht. Diese neuen Alten sind eigentlich alte Junge. Sie tragen heute Turnschuhe, sind enorm sportlich und haben Geld für Saus und Braus. Darwins „Survival of the Fittest“ ist das Programm der Leistungsgesellschaft der wohlhabenden Rentner.

Auch die Genetik wird zur Verkünderin der frohen Botschaft. Der Medizinnobelpreis 2009 ging an drei junge Forscher. Sie haben analysiert, dass das Enzym Telomerase die Chromosomen bei der Zellteilung schützt. In embryonalen Stammzellen ist es üppig vorhanden. Eine verminderte Telomeraseaktivität führt dagegen zu vorzeitigen Alterungsprozessen. Die Anti-Aging-Medizin hat auf dieser Grundlage Mittel entwickelt, deren Einsatz allerdings zu zweifelhaften Ergebnissen führt. (Deutsches Ärzteblatt 2009) Dennoch: Wundermittel gegen das Altern sind ein Kassenknüller.

Nicht wenige Angebote der Anti-Aging-Medizin wirken bisweilen wie eine Ganzkörperkosmetik. Sie tilgen biographische Lebensspuren wie jene, die Fältchen glättet. Spezialisten haben das in attraktive Wellness-Strategien verpackt. Mit den Schreckensbildern



von Krankheit und quälender Pflegebedürftigkeit haben sie nichts zu tun. Der schönen neuen Alterswelt steht eine düstere Realität mit starker Wachstumstendenz gegenüber. Das *Centre for Policy on Ageing* in London stellte weit verbreitete, oft unterschwellig ausgeübte Diskriminierungen Älterer im Gesundheits- und Sozialwesen fest. (Centre for Policy on Ageing 2010) Zahlen die armen, die pflegebedürftigen, die multimorbiden Alten, die so gar nicht wie die hochglanzpolierten Versprechungen daherkommen, die Zeche für die Konsumeuphorie, mit der sich unsere Gesellschaft eine heile Welt vorgaukelt?

Die Deutsche Hospiz-Stiftung empfiehlt angesichts von „zehntausendfacher Körperverletzung“ in Altersheimen die Einrichtung spezialisierter Staatsanwaltschaften. (Süddeutsche Zeitung 7. 4. 2010) Eine Altenpflegerin berichtet von „Fixierungen, wenn sich z.B. jemand am Tisch nicht richtig benommen hat.“ Nicht aus freien Stücken geschieht das, sagt sie: „[...] man kann in dem Moment einfach nicht anders. Ich muss auf drei Stockwerken gleichzeitig arbeiten.“ (Billmann, Schmidt, Seeberger 2009, S. 24) Was die Altenpflegerin tun muss, das verletzt sie selber. Es sorgt für ein belastetes Gewissen. Im Etat ihrer Einrichtung ist nichts anderes vorgesehen.

Das ist kein Einzelfall. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung hat 10.000 Pflegekräfte in Kliniken befragt. Das „Pflegethermometer 2010“ weist gravierende Mängel nach, die auch und gerade Ältere betreffen: Defizite existieren bei der Überwachung verwirrter Patienten, in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender. Gespräche sind zu selten und zu kurz. Die fachgerechte Versorgung bewegungseingeschränkter Patienten lässt zu wünschen übrig. Pflegestellen wurden trotz steigender Patientenzahlen massiv abgebaut. (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung 2010) Demenz und Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen Älterer. Fast die Hälfte der in Privathaushalten Gepflegten und 60 Prozent der Heimbewohner sind dement. Im Gegensatz zu weit verbreiteten Vorurteilen sind psychotherapeutische und sozialgerontologische Angebote in fortgeschrittenen Lebensphasen vielversprechend und unverzichtbar. (Vgl.: Weyerer 2006; Petzold 2004, 2005) Seit Jahren wachsen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, die Kosten psychotherapeutischer Behandlungen stark an. Mittlerweile nehmen sie, wie das Statistische Bundesamt im August 2010 ermittelte, Platz drei der Krankheitskostenrechnung ein. Ältere spielen hierbei aber nur eine äußerst marginale Rolle.

Die Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin veröffentlichte einen Tagungsbericht, dem zufolge nicht einmal ein Prozent der älteren Menschen, die an einer Depression leiden, eine Psychotherapie erhält. Hingegen wurde jedem Vierten, der älter als 70 Jahre ist, ein Psychopharmakon verschrieben. (Bundespsychotherapeutenkammer 2009) Werden große Teile einer ganzen Generation ruhig gestellt, während sich ein wachsender Bedarf meldet, auf den allein sinnvoll abgestimmte pädagogische, psychologische, pflegerische und medizinische Angebote antworten können? (Petzold 2005, S. 272)

Fragen wir nach Haben oder Sein! Der pharmakologisch eingeübte Totstellreflex steht auf der Seite des zudiktierten Körper-Habens: Er löst die primäre Einheit von Wahrnehmen und Bewegen (Viktor v. Weizsäcker) auf und mit ihr die Freiheiten des Körper-Seins. Das geschieht nicht unbedingt aus schlechtem Willen.

Ärzte und Kliniken sind durch die medizin-ökonomischen Vorgaben und Fallpauschalen



darüber informiert, welcher Patient sich lohnt und bei welchem sie am Ende noch draufzahlen müssten. Wen wundert es, dass ältere oder multimorbide Patienten und Chroniker in der Gruppe der „Kostenausreißer“ auftauchen? (Vgl. Billing et al., 2005) Man ist erleichtert, wenn man sie in andere Häuser verlegen kann. Sollen die sich doch ihre Bilanz verderben. Kostentransparenz ist das allerorten verkündete Gebot der Stunde. Ökonomische Kontroll- und Entscheidungsverfahren dringen bis in die Erfassung kleinster Leistungen vor. Der einzelne Patient ist eine ökonomische Größe, die eine durch Leitlinien und Kostenprofile standardisierte Behandlungsform voraussetzt. Den behandelnden Ärzten traut man bei der Entscheidung, welche Therapie sinnvoll sei, längst nicht mehr über den Weg. Dem einen gelten sie als eigennützige Kostentreiber, dem anderen als Erfüllungsgehilfen schier unersättlicher Patienten.

Ein Report der Barmer Ersatzkasse beklagt, dass immer mehr Knie- und Hüftprothesen eingesetzt werden; „Rentner ohne künstliche Knie- oder Hüftgelenke könnten schon bald in der Minderheit sein.“ (Barmer GEK 2010) Ältere, viele über 90 Jahre, waren daran mit 50 Prozent beteiligt. Für sie ist die Operation oft gefährlich; 20 Prozent überleben sie nicht länger als ein Jahr. Die steigenden Aufwendungen belasteten den Etat mit 2,9 Mrd. Euro. All das verlange, so die Barmer Ersatzkasse, der Überversorgung entgegengusteuern.

Schauen wir etwas genauer hin: Im Durchschnitt stürzen Bewohner von Pflegeheimen zwei Mal im Jahr schwer; bei den über 85-jährigen sind Knochenbrüche der häufigste Grund für Hüftoperationen. (Süddeutsche Zeitung 28.7.2010) Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert, dass der massive Einsatz von Benzodiazepinen das Sturzrisiko um 55 bis 87 Prozent erhöht. (Bundespsychotherapeutenkammer 2009) Die Verengung des Blickfeldes auf die Frage „Prothese ja oder nein?“ blendet aus, was nicht nur zur Lösung eines Kostenproblems beitragen könnte. Der Geriater Clemens Becker vom Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart hat ein Trainingsprogramm in 955 Pflegeheimen erprobt, das die Zahl der Stürze reduziert. (Becker et al. 2009) Erhebliche Mittel ließen sich sparen, wenn man den Betroffenen wirklich hilft. (Süddeutsche Zeitung 17./18.7.2010) Aber geht es hier nur um das Mantra der Kostenreduktion?

Eine Medizin, die am Körper-Sein des Menschen orientiert bleibt, lässt sich gut mit einem Satz skizzieren: „Ärztliche Ethik meint Verantwortung vor der irreversiblen Geschichte eines jeden menschlichen Lebens.“ (Uexküll, Wesiack 1998, S. 475) Sie schließt die subjektive Erfahrung des Patienten und seine Bezogenheit auf Menschen und Lebenswelten konstruktiv ein. Sie befreit den Patienten von dem Druck, wie ein austauschbares Mustermännchen in medizinökonomisch vorgefertigte Raster passen zu müssen. Sie sucht Antworten auf verstörende Fragen, die Erich Fromm hartnäckig stellt: Warum tragen wir zu einem gesellschaftlichen Funktionieren bei, das uns im buchstäblichen Sinne an den Kragen geht?

Antworten sind leichter zu finden, wenn man die Frage nach dem Körper-Haben und dem Körper-Sein um die Dimension erweitert, die Fromm mit seinem sozialcharakterologischen Ansatz beisteuert. Die Abwertung des Körper-Seins ist ein grundlegendes Problem nicht allein in unserem Gesundheitswesen. Mögen unsere offiziellen Werte die unserer religiösen und humanistischen Traditionen sein. Im Alltag wird das Bekenntnis zur Liebe, zur Achtung vor dem anderen oder zur Wahrung seiner Würde längst von anderen Orientierungen überformt. Es droht zum Lippenbekenntnis zu werden.



„Die unbewussten Werte“, analysierte Fromm, „welche das menschliche Verhalten unmittelbar motivieren, sind solche, die im Sozialsystem der bürokratischen Industriegesellschaft entstehen [...]. Dadurch, dass der Mensch anders handeln muss [...], bekommt er ein schlechtes Gewissen und verliert das Vertrauen zu sich und anderen.“ (Fromm 1986a, S. 325) Dadurch entsteht ein spezifischer „moralischer Streß“, als dessen Hauptquelle der Soziologe Michael Walzer das „Verkaufen von moralischen Werten, an die man glaubt“ und die damit verbundenen „Prostitution“ ausmachte. (Walzer 1994, S. 146)

Warum wird das zur Normalität, was den meisten eigentlich zuwider ist? Unzählige Patienten und Akteure in der Medizin leiden unter den Zwängen des Gesundheitswesens und der Verarmung der Beziehungen. Viele sagen auch klar, dass das, was sie jeden Tag tun, äußerst weit von dem entfernt ist, was sie in ihren Berufen als Ärzte, Behandler oder Pfleger verwirklichen wollten. In ihrem Alltag fühlen sie den zunehmenden Druck der Ökonomisierung und Rationalisierung. Die bürokratische Regelungsdichte ist immens. Sie stranguliert die Zuwendung zum Patienten, die sein Körper-Sein zum Sprechen bringt. „Die Überorganisation unserer öffentlichen Zustände läuft“, wie Erich Fromm mit Albert Schweitzer formuliert, „auf ein Organisieren der Gedankenlosigkeit hinaus.“ (Fromm 1976a, S. 384)

Wen wundert es, dass Befragungen zeigen, dass heute beinahe die Hälfte der Medizinstudenten eher administrative Tätigkeiten anstrebt als ein Leben im weißen Kittel. Zur selben Zeit wächst die Zahl der medizinisch unterversorgten Regionen beängstigend an. Deutschland exportiert derzeit junge Mediziner: Man findet sie nicht nur in der Schweiz oder in Skandinavien, sondern selbst in Großbritannien, dessen Gesundheitssystem lange Jahre für negative Schlagzeilen gut war. In manchen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) haben große Gruppen von Medizinern schon damit gedroht, ihren KVen den Rücken zuzukehren und damit ihre Kassenzulassung zurückzugeben. (Hartwig 2008)

Ihren bleibewilligen Kollegen werden Anreize anderer Art geboten. Sie unterziehen sich etwa aufwändigen Prüfungen des Qualitätsmanagements oder der „Patientenfreundlichen Praxis“. Zertifikate sind die neue Währung des Vertrauens. Die dabei zugrunde gelegten Kriterien sind „expertengesetzt“, wie Kritiker seit langem monieren. Über das, was Patienten und auch Ärzte als Behandlungsqualität erleben, sagen sie recht wenig aus. (Badura 2001, S. 19) Man hat eben Anspruch auf eine markengerechte Behandlung, deren Standards überprüft werden. Kaum eine Einrichtung verzichtet darauf, Zertifikate in Anspruch zu nehmen. Das Marketing wird auch von schlechten Ergebnissen der vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen nicht ernstlich gefährdet. Nachgewiesene Pflegedefizite in Altenpflegeeinrichtungen lassen sich mit anderen Tugenden zu einer guten Gesamtnote verrechnen – die schöne Gestaltung der Speisekarte etwa kann die Sache wieder ins Positive wenden.

Der Marketing-Charakter der Medizin wird durch die herausgehängten Qualitätstestate erheblich gesteigert, während das Urteil des Menschen, der vielleicht etwas anderes erlebt, unsicher wird. Man weiß, welche Kundenbedürfnisse eine Rolle spielen und welche nicht „Das Denken“, schrieb Fromm in seiner Analyse des Marketing-Charakters, „bekommt die Funktion, Dinge rasch zu begreifen, um sie mit Erfolg verwenden zu können. [...] Das Wissen selbst wird zur Ware. Auch hier ist der Mensch seinen eigenen Kräften entfremdet.“ (Fromm 1947a, S. 51f.)



Die weit verbreitete Bereitschaft, trotz aller Kritik doch das zu tun, was das Funktionieren dieses Systems erfordert, bleibt ein Skandal. Ein Skandal? Dann könnten wir uns ja gemeinsam schön aufregen und uns gut dabei fühlen. Erich Fromm konnte solch belanglosem Strohfeder nichts abgewinnen und kommentierte lakonisch: „Von der Praxis losgelöste Einsicht ist wirkungslos.“ (Fromm 1976a, S. 390) Aber wie sähe denn eine andere Praxis aus? Fromm schrieb vor 49 Jahren – in einer Zeit, die unsere ökonomisch dominierte High-Tech-Medizin noch nicht kannte: „Der medizinische Beruf ist im Hinblick auf die Arbeitsmethode sowieso ein Anachronismus“; denn er habe eher mit der Arbeit eines konzentrierten und bisweilen künstlerischem Handwerkers zu tun als mit der genormten und geisttötenden Industrieproduktion. (Fromm 1963a, S. 365) Gönnen wir uns also abschließend eine anachronistische Stippvisite zu den Geburtsstunden der Medizin!

Wir sind wieder im antiken Griechenland. Hippokrates empfahl, nicht nur auf Krankheiten zu achten. Der kranke Mensch und die Person des Arztes sind entscheidend, um das Drama zu verstehen, das in Diagnosen und Therapien vor sich geht. Der Mediziner und Psychoanalytiker Michael Balint hat die hippokratische Trias „der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ für die moderne Medizin wiederbelebt. Das Modell einer Medizin, die den Patienten als eine durchgängige und vitale Einheit von Leib, Seele und Umweltbeziehungen wahrnehmen kann, steht auf diesen drei Säulen. (Balint 1991)

Man darf im Sinne Fromms hinzufügen, dass die Ohnmacht von Ärzten und Patienten im System der Abrechnungs- und Klassifikationskürzel auf die Agenda der Kritik gehört. Sie wirkt massiv darauf hin, die hippokratische Trias aufzulösen und Krankheiten anstelle von Kranken zu behandeln. (Balint, Noell 1981) Die Verdinglichung, kenntlich an der Fixierung auf das Körper-Haben, sah Fromm als die zentrale Gefahr für die Medizin an: „Der Mensch ist kein Ding“, hielt er dagegen, „und wenn man versucht, ihn in ein Ding zu verwandeln, so schädigt man ihn.“ (Fromm 1963c, S. 362)

Das Gegenteil ist die Aufgabe der Medizin. Das *nil nocere* des Hippokratischen Eides schließt die Verantwortung für die Modellbildungen der Medizin und des Gesundheitswesens ein. Haben und Sein *sind* Grundbegriffe der Medizin - in Theorie und Praxis.

Literatur

- Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T., Waltz, M. (1987), *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozioepidemiologische Studie*. Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- Badura, B. (2001), „Die Zukunft des Gesundheitswesens – kurzfristige Probleme und langfristige Herausforderungen“. In: Klauber, J., Klose, J., Schellschmidt, H. (Hg.), *Die Zukunft denken*. Bonn (Wissenschaftliches Institut der AOK, WidO Materialien 47)
- Balint, M., Noell, J.S. (Hg.) (1981), *Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Frankfurt (Suhrkamp)
- Balint, M. (1991), *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Barmer GEK (2010), *Report Krankenhaus 2010*. Berlin. Pressemitteilung 27.07.2010.
- Becker, C., Rissmann, U., Lindemann, U., Warnke, A., (2009), *Sturzprophylaxe: Sturzgefährdung und Sturzprophylaxe in Heimen*. Hannover (Vincentz Network)
- Billing, A., Thalhammer, M., Hornung, H., Hörterer, F., Eißner, H.J., Jauch, K.-W., Auburger, G. (2005), „Die Behandlung von Schwerstkranken ist ein Zusatzgeschäft. Das Klinikum der Universität München ermittelt Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung im DRG-System 2005“. In: *f&w* 5/2005, S. 472-477.
- Billmann, M., Schmidt, B., Seeberger, B. (2009), *In Würde altern. Konzeptionelle Überlegungen für die Altenhilfe*. Frankfurt/M. (Mabuse-Verlag)



- Centre for Policy on Ageing (2010), „Evidence of ageism and age discrimination in health and social care in the UK“. Pressemitteilung. Jan. 2010.
- Deutsches Ärzteblatt (2009), „Telomerase: Medizinnobelpreis mit Perspektiven für Krebsforschung und Anti-Aging-Medizin“. 5. Oktober 2009
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (2010), „Pflege-Thermometer 2009“. Köln/Berlin. Pressemitteilung 19. Mai 2010
- Ferwarda, R. (1987), „Die Bedeutung des Wortes SOMA (Leib) in der Achsenzeit. Eine Interpretation von Platons Kratylos 400 c“. In: Eisenstadt, S. N. (Hg.), *Kulturen der Achsenzeit*. Teil 1. Frankfurt (Suhrkamp), 161-184.
- Fromm, E. (1947a), *Psychoanalyse und Ethik*. GA II, 1-157.
- Fromm, E. (1963c), „Die Medizin und die ethische Frage des modernen Menschen“. GA IX, 355-365.
- Fromm, E. (1966g), „Psychologische Probleme des Alterns“. GA IX, 425-435.
- Fromm, E. (1968a), *Die Revolution der Hoffnung. Für eine Humanisierung der Technik*. GA Bd. IV, 255-377.
- Fromm, E. (1976a,) *Haben oder Sein*. GA II, 269-414.
- Fromm, E. (1989a), *Vom Haben zum Sein*. GA XII, 393-526.
- Hartwig, R. (2008), *Der verkaufte Patient. Wie Ärzte und Patienten von der Gesundheitspolitik betrogen werden*. München (Pattloch)
- Lown, B. (2002), *Die verlorene Kunst des Heilens*. Stuttgart/New York (Schattauer)
- Marcel, G. (1954), *Sein und Haben*. Paderborn (Schöningh)
- Marcel, G. (1966), „Metaphysisches Tagebuch 1928-1933“. In: Foelz, S. (Hg.), *Gabriel Marcel. Auswahl aus seinen Tagebüchern und Schriften*. Leipzig (St. Benno-Verlag), 5-137.
- Petzold, H. G., (2004), *Mit alten Menschen arbeiten*. Teil 1. Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Petzold, H. G., (2005), *Mit alten Menschen arbeiten*. Teil 2. Lebenshilfe – Psychotherapie Kreative Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Platon (2004), „Kratylos“. In: *Sämtliche Dialoge*, Bd. 2. Hg. Otto Apelt. Hamburg (Meiner)
- Plessner, H. (1970), *Philosophische Anthropologie*. Frankfurt (S. Fischer)
- Staehein, B. (1969), *Haben und Sein. Vom Wesen der zweiten Wirklichkeit der Natur jedes Menschen*. Hamburg (Siebenstern)
- Süddeutsche Zeitung (17./18.7.2010), „Sturzgefahr in Altenheimen“.
- Süddeutsche Zeitung (28.7.2010), „Überversorgt mit Knie- und Hüftprothesen“.
- Süddeutsche Zeitung (7.4.2010), „Staatsanwalt im Altersheim“.
- Uexküll, T. v. (1993), „Die Bedeutung der Semiotik für die Medizin“. In: Rusterholz, P., Svilar, M. (Hg.), *Welt der Zeichen – Welt der Wirklichkeit*. Bern, Stuttgart, Wien (Haupt), 85-100.
- Uexküll, T.v., Wesiack, W. (1998), *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München, Wien, Baltimore (Urban & Schwarzenberg)
- Uexküll, T. v. (2002), „Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde“. In: Uexküll, T.v., Geigges, W., Plassmann, R. (Hg.), *Integrierte Medizin. Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York (Schattauer), 3-22.
- Walzer, M. (1994), *Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit*. Frankfurt (Campus)
- Weizsäcker, V. v. (1973), *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Mit einer Einführung von Rolf Denker. Frankfurt (Suhrkamp)
- Weizsäcker, V. v. (1987), „Ärztliche Fragen. Vorlesungen über Allgemeine Therapie“. In: *Gesammelte Schriften* Bd.. V. Frankfurt (Suhrkamp), 259-342.
- Weyerer, S. (2006), *Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 28. Hg. Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt.