

ANMERKUNGEN ZU IVAN ILLICHS »Die Enteignung der Gesundheit«. – »Gelebt, geliebt, geraucht, gesoffen, und alles dann vom Arzt erhoffen.« So lautet sehr drastisch eine volkstümliche Spruchweisheit. Man könnte hinzufügen: »mit dem Auto gerast, sich zuwenig bewegt, zuviel Kalorien, die Pille genommen« und hätte damit die wichtigsten Ursachen aller Schäden genannt, für die die Allgemeinheit aufgrund der Kostenexplosion im Gesundheitswesen heute bereits zwölf bis vierzehn Prozent des Sozialproduktes aufbringen muß. Man könnte auch statt »vom Arzt erhoffen« sagen, und alles dann vom Staat erhoffen, der sich als Instrument seiner Gesundheitspolitik des Arztes bedient.

Diese Spruchweisheit enthält bereits im Grunde die beiden Hauptthesen des aufsehenerregenden Buches von Illich über die »Enteignung der Gesundheit«. ¹ Nach Illich hat zum einen das Individuum seine Fähigkeit verloren, mit seiner Umwelt autonom fertig zu werden. Es kann seine Probleme, auch die seines Befindens und seines Fehlverhaltens, nicht mehr von sich aus lösen. Zum anderen hat die Gesellschaft die Gesundheit zu einem Mythos gemacht und den Arzt zum Magier, dem sie die Verantwortung eigener und sozialpolitischer Fehlentwicklungen aufbürdet und von dem sie alles Heil erwartet. Der Arzt wird dabei in eine priesterähnliche Rolle gedrängt, um Tod und Todesangst aus dem Leben des Einzelnen zu verbannen und um der Auseinandersetzung mit der Begrenztheit des eigenen Lebens aus dem Wege zu gehen.

Dies, und der damit verbundene Überbedarf an Ärzten mit allen Konsequenzen haben zu der verhängnisvollen und kaum reversiblen Ritualisierung unseres Gesundheitswesens geführt, die soviel Leerlauf aufweist, daß sich viele Beobachter einig sind: Die Kosten dieses Systems stehen in keinem Verhältnis zu seiner Effektivität. Illich übertreibt freilich, wenn er meint, die ärztliche

Tätigkeit – er spricht von der ärztlichen »Nemesis«, der Rachegöttin im Gewand der Medizin –, schade mehr als sie nütze.

Die veränderte und in eine falsche Richtung gelaufene Einstellung des einzelnen Individuums zu seiner Gesundheit, vor allem aber die aller modernen politischen Systeme, hat dem Arzt eine ungeheure Verantwortung aufgebürdet, die er gar nicht zu tragen in der Lage ist, der er durch die Entwicklung immer komplizierterer Technologien und durch die immer weitergehende Aufsplitterung seiner Kompetenzen in immer neue Fachdisziplinen, also durch technologische und interdisziplinäre Atomisierung, auszuweichen versucht. Dabei wurde dem Arzt die Möglichkeit gegeben, diese Verantwortung zu seiner persönlichen Bereicherung wirtschaftlich auszunutzen oder sich und seine Standesorganisation mit einer ungeheuren politischen Machtfülle auszustatten, wenn man an die finanziellen Folgen jeder gesundheitspolitischen Entscheidung denkt, bzw. an jede Ausweitung des Angebotes der Gesundheitspalette. In der Tat ist die Gesundheitsspeisekarte für die Allgemeinheit so beliebig zu erweitern, daß damit unser Gemeinschaftssystem gesprengt werden kann und eine solche Gesundheitspolitik zur wirtschaftlichen Selbstvernichtung führt. Die beispiellose Verantwortung, die dem Arzt vor allem hinsichtlich der wirtschaftlichen Folgen seiner Tätigkeit anhängt, hat dazu geführt, daß viele Ärzte zu einem neuen Selbstverständnis zu kommen suchen. Dabei kreisen die zentralen Gedanken um die Effektivität ärztlichen Handelns und seiner Meß- und Reproduzierbarkeit. Können und müssen wir Wege finden, um den Erfolg ärztlicher Tätigkeit beweisen und rechtfertigen zu können? Oder ist die These von Illich richtig, daß die medizinische »Mafia«, wie er sich ausdrückt, der Allgemeinheit und dem Einzelnen mehr schadet als nützt? Betreiben wir wirklich eine Ablaßtheologie, wenn wir meinen, indem wir Geld geben, »Heil« erwarten zu dürfen? Sind dennoch Gesundheit, Heil und dazu das Geld verloren? Ist die Unüberschaubarkeit der Medizin nicht

¹ Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1975. 188 S.

schon ein Indiz dafür, daß eine Effektivitätsbestimmung unmöglich geworden ist? Was spricht überhaupt noch für eine positive Gesamtwirkung der Medizin?

Fraglos könnte man etwa durch ein mit keinen Kosten verbundenes Verbot von Autos, Nikotin und Alkohol jährlich mehr Menschen retten, eine spürbare Lebensverlängerung erreichen, als durch die Milliardenflut der Kosten für unser derzeitiges Gesundheitssystem –, eine Überlegung, deren Konsequenzen niemand zu Ende zu denken wagt und die für die Irrationalität unserer gesundheitspolitischen Vorstellungen spricht.

Glanz und Elend der Medizin hängen mit der utopischen Idee zusammen, ärztliche Leistung und ärztliches Engagement seien entsprechend eigener Wunschvorstellungen von außen her delegierbar, oder mit genügend Geld sei jedes vorstellbare gesundheitspolitische Ziel erreichbar. Wenn es eine Effektivitätskontrolle in der Medizin gibt, wer besitzt die Fähigkeit sie auszuüben, wer gar kontrolliert die Kontrolleure? Sind es die Universitätsmediziner? Oder ist es nicht vielmehr gerade die Hochschulmedizin, die zu der unglücklichen Entwicklung, der unüberschaubaren Technologisierung der Medizin und der Übersteigerung der Heilerwartungen, aber zugleich auch zu der Kostenexplosion – die Pflegesätze der Universitätskliniken sprechen hier für sich – beigetragen hat? Es klingt sicher fast blasphemisch, wenn heute ein erfahrener klinisch tätiger Arzt zu behaupten wagt, daß dort, wo der Arzt wirklich rettend eingreifen kann, er auch in der Lage ist oder es doch auf jeden Fall sein müßte, mit Hilfe seiner Sinnesorgane, zumindest doch mit einer beschränkten apparativen Verfeinerung seiner Sinnesorgane, den Schaden oder die Krankheit zu erkennen. So ist etwa die Störung von Vitalfunktionen praktisch mit einem Blick erfassbar. Denn wie könnte sonst der Rettungsarzt vor Ort die erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um eine solche Vitalgefahr mit einer Handvoll zur Verfügung stehender Mittel unmittelbar abzuwenden. Die meisten Ärzte haben es jedoch verlernt, mit ihren Sinnesorganen, mit dem heute verpönten sogenannten klini-

schen Blick, eine Diagnose zu stellen. Sie lassen, ob es sich nun um banale Beschwerden oder lebensbedrohliche Symptome handelt, den gesamten zur Verfügung stehenden technischen Apparat ablaufen, in der Hoffnung, daß irgendein wichtiges Symptom, auf dem sich eine Diagnose aufbauen läßt, im Raster dieses Untersuchungssystems hängenbleiben wird. Wenn aber im Prinzip jede banale Unpäßlichkeit als nicht ausschließbarer Hinweis auf ein Frühsymptom schwerster Erkrankungen gilt, wenn daraus dann die Notwendigkeit gefolgert wird, die gesamte diagnostische Palette aufwendiger Untersuchungen ablaufen zu lassen, wobei die Unsicherheit vieler laborchemischer Methoden dazu noch häufige Wiederholungen erfordert, dann wird ein solches System letztlich *ad absurdum* geführt. Dies würde unter anderem auch bedeuten, daß der wirklich gute Arzt wirtschaftlich leer ausgeht, der Nichtsköner, der Zauderer, derjenige, der aufgrund mangelhafter Ausbildung und fehlenden Engagements kein Risiko tragen kann und will, der wirtschaftlich besser gestellte Mediziner sein wird. Es würde dazu führen, daß die theoretische Medizin mit ihren verhältnismäßig hochbezahlten technischen Leistungen ein dem Patienten nicht dienliches Übergewicht erhält, vor allem gegenüber dem operativ tätigen Arzt, der eine ungleich größere Verantwortung trägt, und für den ein ganz anderes Engagement erforderlich ist, und der vielleicht noch die Gesamtverantwortung zu tragen hat auch für falsche Befunde seiner risikolos und in geregelter Dienstzeit arbeitenden Teamkollegen.

Mit gewissem Recht weist Illich darauf hin, daß es ein Unding ist, wenn der Kostenträger und damit auch der Patient praktisch keine Möglichkeit mehr hat, die Notwendigkeit einer durchgeführten Untersuchung zu beurteilen, zumal schon wegen der Unüberschaubarkeit der Medizin letztlich für alles eine Erklärung möglich ist, und wenn der falsche Befund ebenso honoriert wird wie der richtige. Man könnte deshalb überspitzt folgern, je schlechter die ärztliche Arbeit, das ärztliche Engagement, um so

besser ist die Bezahlung und um so höher sind jedenfalls die Kosten. Wenn es heute überhaupt eine Qualitätskontrolle gibt, dann ist es das Vertrauen des Patienten, der nicht immer das Gefühl dafür verloren hat, ob er es mit einem guten oder mit einem schlechten Arzt zu tun hat, und der sich sehr wohl aus eigenen Beobachtungen und vergleichenden Mitteilungen aus seinem Bekanntenkreis ein Bild von einem Arzt machen kann. Gerade etwa bei der operativen Tätigkeit können ja Falschbehandlungen auf die Dauer selten verborgen bleiben.

Wenn ärztliche Leistung nicht delegierbar ist, wenn mit zunehmender Arztdichte – und das Gleiche gilt auch für die Krankenhausbettendichte – ein exponentieller Anstieg der Kosten verbunden ist, dann müßte eine wirkungsvolle Gesundheitspolitik darauf abzielen, *solche* Ausleseverfahren zu entwickeln, die den Guten belohnt – denn nur der gute Arzt kann kostensparend tätig sein, nur durch gute Ärzte kann die Häufigkeit von Fehl- und Falschbehandlungen gesenkt wer-

den – und nicht auch dem nichtengagierten Arztüberdurchschnittliche Einkommen sichert oder ihn gar an dem der Guten partizipieren läßt. Hier liegt das Dilemma jeder ärztlichen Berufspolitik, die ja notwendigerweise ihren Segen über Gute und Schlechte sprechen muß.

Unsere heutige Gesundheitspolitik geht jedoch den entgegengesetzten Weg, nämlich den der Gleichmacherei, die letztlich gleiches Elend für alle, insbesondere für den kranken Menschen bedeute. Noch weiß keiner den Weg zum sicheren Port, und auch Illich weiß keinen Ausweg für sein Menetekel. Wir sollten uns dabei an ein Wort von Paracelsus erinnern, wonach die Heilkunst »gleich einem Schiff auf dem Meer« ist, »das keine bleibende Statt hat, sondern durch den Schiffmann geführt wird nach dem, was ihm begegnet, nicht nach dem gestrigen Wind und schon gar nicht nach dem von morgen, sondern von dem Winde, wie er uns jetzt um die Ohren weht: jetzt, hier und heute.«

Horst Puder

Der Beitrag auf Seite 385 ist die leicht gekürzte Fassung des einleitenden Kapitels zu Hans Urs von Balthasars jüngster Schrift: »Katholisch. Aspekte des Mysteriums« (Einsiedeln 1975. 93 S.).

Den Beitrag auf Seite 390 übersetzten aus dem Französischen Joseph Ratzinger und Christoph von Schönborn.

Werner Löser, geboren 1940 in Olpe (Westfalen), seit 1960 Mitglied der Gesellschaft Jesu, nimmt in diesem Herbst eine Tätigkeit als Lehrbeauftragter an der Philosophisch-Theologischen Hochschule St. Georgen in Frankfurt auf.

Bei den Beiträgen von Hans Maier (Seite 425) und Joseph Ratzinger (Seite 439) handelt es sich um leicht gekürzte Texte, die in diesem Sommer im Rahmen der Veranstaltung »Zehn Jahre Vaticanum II«, durchgeführt vom Fachbereich Katholische Theologie der Gesamthochschule Eichstätt, vorgelesen wurden. Sie erscheinen in Kürze in der Sammlung der gesamten Vorlesungsreihe »Zehn Jahre Vaticanum II« mit Beiträgen von Klaus Mörsdorf, Johannes Kardinal Willebrands und Franz Kardinal König.

Baldwin Schwarz, geboren 1902 in Hannover, ging 1933 freiwillig ins Exil. Nach Lehrtätigkeit in der Schweiz und in Frankreich lebte er bis 1963 in den USA, wo er zuletzt Professor an der Graduate School der Fordham University in New York war. Ab 1964 an der Universität Salzburg, wo er bis zu seiner Emeritierung 1972 das Institut für Philosophie betreute.

Reinhard Lettmann, geboren 1933 in Datteln (Westfalen), ist seit 1973 Weihbischof im Bistum Münster.

Horst Puder, geboren 1926 in Gießen, leitet seit 1967 als Chefarzt die geburtshilfliche und gynäkologische Abteilung am Krankenhaus des Kreises Aachen in Würselen.