

Gesund = unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen, selbstvergessen

Lebensverlängerung und Abwesenheit von Schmerzen und Krankheit sollen nicht die alles dominierenden Ziele der Medizin sein, meint der Geisteswissenschaftler Professor Dr. Hans Ulrich Gumbrecht. In seinem Vortrag bei einem Kolloquium der Ärztekammer Nordrhein regte er an, die ärztliche Tätigkeit in den Dienst eines vielschichtigen Lebens- und Gesundheitsbegriffes zu stellen.

von Horst Schumacher

„Was soll die Medizin für das Leben tun?“ lautete das Vortragsthema von Professor Dr. Hans Ulrich Gumbrecht, Professor für Komparatistik an der Stanford University (Kalifornien), beim Kolloquium der Ärztekammer Nordrhein im September in Düsseldorf anlässlich des 60. Geburtstages von Kammergeschäftsführer Dr. Wolfgang Klitzsch (siehe auch Kasten Seite 24).

In der heutigen Medizin werde der Begriff des Lebens üblicherweise auf Lebensverlängerung bezogen, auf die Eliminierung von Schmerz und Krankheiten, sagte Gumbrecht. Doch das soll aus seiner Sicht nicht das einzige Ziel bleiben. Es gehe ihm um den Vorschlag eines komplexeren Begriffs von Leben, „der vielleicht Resonanz in der Medizin finden und etwas anstoßen könnte“.

Kollektive versus individuelle Perspektive

Die Situation der heutigen Medizin entwickelte Gumbrecht aus einer geschichtlichen Skizze: Kulturen der Vergangenheit hätten den Tod auf der einen Seite und Individuum und Gesellschaft auf der anderen Seite jeweils verschieden gesehen: „Immer dann, wenn Kulturen ein Leben nach dem Tod, nicht nur in religiöser Weise, als sicher annehmen, beziehen sie den Tod vor allem auf die kollektive, auf die gesellschaftliche Dimension. Andererseits besteht eine starke Tendenz, den Tod nur aus individueller Perspektive zu sehen, wenn man davon aus-



Professor Dr. Dr. h. c. mult. Hans Ulrich Gumbrecht, geboren 1948 in Würzburg, ist ein deutsch-amerikanischer Literaturwissenschaftler. Er ist seit 1989 Inhaber des Lehrstuhls für Komparatistik (vergleichende Literaturwissenschaft) an der Stanford University

(Kalifornien) und seit März 2009 ständiger Gastprofessor an der Zeppelin University (Friedrichshafen). Er studierte Romanistik, Germanistik, Philosophie und Soziologie in Deutschland, Spanien und Italien. Er promovierte in Konstanz und wurde mit 26 Jahren Professor an der Universität Bochum. Später wechselte er an die Universität Siegen, bevor er an die Stanford University berufen wurde. Foto: Veronika Maurer

geht, dass es keine Transzendenz, also kein Leben nach dem Tod gibt.“

So habe es beispielsweise im Mittelalter und Spätmittelalter keinen Zweifel an einem Leben nach dem Tod gegeben: „Atheismus war keine Denkmöglichkeit.“ Der Platz der Verstorbenen – in Himmel, Fegefeuer oder Hölle – sei abhängig gewesen von der sozialen Bewertung des irdischen Lebens. Auf der anderen Seite hätten der Philosoph Seneca und die Stoiker in der spätrömischen Antike ein Leben nach dem Tod für ausgeschlossen gehalten. „Deswegen war für sie der Tod eine Grenze, die vollkommen und in einer Weise, die uns heute fremd ist, in der individuellen Verfügung stand. Den Freitod in die individuelle Verfügung zu stellen war für Seneca eine Selbstverständlichkeit.“

Das 20. Jahrhundert war nach Gumbrechts Worten das erste in der modernen westlichen Kultur, „in dem ein Glaube an das Leben nach dem Tod nicht mehr für eine Mehrheit plausibel war.“ Zwar glaubten auch heute noch viele daran, jedoch nicht mehr in der substantiellen Weise wie früher. Der Tod sei noch nie zuvor so stark und einhellig aus individueller Perspektive gedacht worden wie heute.

Jemeinigkeit des Todes

Hier führte Gumbrecht den deutschen Philosophen Martin Heidegger (1889–

1976) an. In seinem 1927 veröffentlichten Hauptwerk *Sein und Zeit* habe dieser mit seinem Begriff von der Jemeinigkeit des Todes die individuelle Perspektive betont. Gumbrecht: „Man kann den Tod nicht erfahren, indem man sozusagen per Analogie von der Erfahrung des Todes anderer auf den eigenen Tod schließt. Heidegger meint mit der Jemeinigkeit des Todes, dass man sich der Vorstellung des Endes des eigenen Bewusstseins aussetzen muss, was strukturell sehr schwierig ist.“

Wenn der Mensch sich jedoch diesem Gedanken nähert, kann er laut Heidegger nur mit Angst reagieren. Daher gebe es eine zentrale Tendenz in den modernen Gesellschaften, sich von dem Gedanken an den eigenen Tod abzulenken: „Es gibt viele Weisen, den Tod zu verdrängen.“ Hier bringt Gumbrecht die heutige Entwicklung der Medizin ins Spiel: Die im vorigen Jahrhundert rasant gestiegene Lebenserwartung führe zu dem Punkt, an dem der Gedanke an die Eliminierung des Todes von einer traditionellen Utopie zu einem denkbaren Ziel der Medizin werde.

Gumbrecht: „Angesichts der Dominanz des individuellen Verhältnisses zum Tode und mithin der unausbleiblichen Angst vor dem Tod und angesichts dieser Entwicklung der Medizin ist es zugleich verständlich und fatal, dass das Lebensverlängerungsangebot der Medizin heute breit angenommen wird. Denn es unterstützt ja die Tendenz, den eigenen Tod nicht ins Auge fassen zu müssen.“

Staat soll Langlebigkeit garantieren

Die Selbstverständlichkeit, mit der das Interesse an der Medizin in erster Linie dem Lebensverlängerungsversprechen gilt, hält Gumbrecht „für ein typisches Phänomen des sozialdemokratisierten Europas“. In den Vereinigten Staaten beispielsweise habe sich am Widerstand gegen Barack Obamas Gesundheitsreform gezeigt, dass auch andere Prioritäten denkbar sind, etwa die Vermeidung staatlicher Interventionen in das Privatleben. In Europa dagegen sei „die Langlebigkeit, wenn möglich die Eliminierung des Todes unter der

Hand zu einer Erwartung gegenüber dem Staat und vielleicht schon zu einer Verpflichtung des Staates geworden“, sagte Gumbrecht.

Das hält er für historisch neu: Auf der einen Seite dominiere die individuelle Perspektive auf den Tod, aber gerade aufgrund dieser individuellen Perspektive werde jetzt eine Verpflichtung des Staates gesehen: „Wir wissen alle, dass die Lebensverlängerungserwartung immer stärker wird, als absolute Erwartung aber nicht zu finanzieren ist.“ Daher sei zu fragen, ob sich die Medizin nicht von der Dominanz des Lebensverlängerungsziels lösen und andere Ziele stärker gewichten soll – „nicht aus kostentechnischen Gründen, sondern als Sekundäreffekt“.

„Neuer Vitalismus“

Gumbrechts Vorschläge an die Medizin gehen aus von dem Spannungsverhältnis, das nach seiner Betrachtung aus der Verkopplung von individuellem Blick auf den Tod und andererseits der Erwartung an den Staat entsteht. Auf der gesellschaftlich-politischen Ebene werde die Verantwortung, über den Körper zu verfügen, immer stärker einem friedfertigen und paternalistischen Staat überantwortet. Auf der anderen Seite sieht Gumbrecht eine „vitalistische“ Tendenz auf individueller Ebene: Extremer und radikaler denn je werde eine individuelle absolute Verfügung über den Körper in Anspruch genommen. Als Beispiele nannte er Risikosportarten, Tätowierungen, Piercings und bestimmte extreme sexuelle Praktiken.

„Ich denke nun, wir und die Medizin sollten nicht weiter davon ausgehen, dass in dieser für unsere Situation spezifischen Spannung die Medizin immer auf der Seite der Gesellschaft, des paternalistischen und des fürsorglichen Staates zu stehen hat, sozusagen gegen die radikalen individuellen Begierden. Ich kann nicht sagen, wo die Grenze liegen soll, aber es wäre gut für die Medizin, sich auf die individuellen Wünsche stärker einzulassen“, sagte Gumbrecht. Er schlug vor, dass sich Ärztinnen und Ärzte aufmerksamer zeigen für die neuen individuellen Begierden und die Neigung der Menschen, über den eigenen Körper in radikaler, manchmal masochistischer Weise zu verfügen: „Ich denke, dazu hat die Medizin noch keine Einstellung, außer zu sagen, das soll man doch nicht machen.“

Ethik als Belastung?

Auch empfahl er den Ärzten, Abstand zu nehmen von dem Paradigma der ärztlichen Ethik. Solche generellen Handlungsorientierungen könnten leicht zu „Rezepten im schlechten Sinne“ degenerieren und im Einzelfall als Belastung erfahren werden. Vielmehr gelte es, stärker als bisher die Urteilskraft der Patienten herauszufordern. Die Fähigkeit zum Urteil hänge nicht primär von Bildung oder Lebenserfahrung ab, „sondern vor allem von einer Fähigkeit der Anspannung, der Konzentration auf die spezielle Situation der Entscheidung hin.“ Generell gelte heute, „dass wir in fast allen unseren Lebenssituationen gefordert sind, Urteile zu fällen, obwohl wir uns gerne auf Rezepte verlassen möchten.“

Gumbrecht hofft, dass es dem Arzt besser gelingen kann, auf die „individuellen Bedürfnisse und Begierden“ des Patienten einzugehen, wenn er drei zentrale Begriffe für sich neu definiert: Gesundheit, Intensität und Leben. Zum Begriff der Gesundheit zitierte er die Schrift *Über die Verborgenheit der Gesundheit* des deutschen Philosophen Hans-Georg Gadamer (1900 – 2002) aus dem Jahre 1993:

„Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, dass die Bewusstheit sich von sich selbst zurückhält, so dass Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage und mehr noch darin, dass wir

vor lauter Wohlgefühl unternehmungsfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit.“

Mit Intensität meint Gumbrecht die Fähigkeit, sich offen auf Unbekanntes einzulassen, tägliche Erfahrungen aus einer neuen Perspektive zu erfahren oder sich beispielsweise auf eine sportliche Herausforderung zu fokussieren. Zentral ist für ihn ein umfassender Begriff des Lebens. Dieser könne am meisten beitragen zu einer „Selbstbefreiung der Medizin von der ausschließlichen Konzentration auf Lebensverlängerung“.

Hier führt er den Philosophen Hans Jonas (1903–1993) an. Dieser sah das menschliche Leben in der Spannung zwischen Todesangst auf der einen Seite und einer „Euphorie des Lebensgefühls“ auf der Kehrseite. Hierdurch kann laut Gumbrecht eine „doppelte Dankbarkeit“ ausgelöst werden: Zum einen die Dankbarkeit gegenüber den sozialen und materiellen Lebensbedingungen. Die zweite Dankbarkeit hat nach den Worten des Geisteswissenschaftlers zu tun mit der Grundfrage der Philosophie: „Warum gibt es überhaupt etwas und nicht vielmehr nichts?“ Diese Frage lässt sich zwar nicht beantworten, so Gumbrecht, aber: „Wir sind schon immer Teil einer ontologischen Affirmation, die diese Frage auslöscht. Wir sind immer schon da. Wir wissen, dass wir leben und dass es also nicht nichts gibt.“

Dr. Wolfgang Klitzsch wurde 60

Das Kammerkolloquium, zu dem rund 200 Gäste ins Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft gekommen waren, fand statt anlässlich der Vollendung des 60. Lebensjahres von Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch, der als Geschäftsführer seit 1992 das Ressort „Allgemeine Fragen der Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik“ der Ärztekammer Nordrhein leitet. Vor der Ansprache von Professor Gumbrecht, die Klitzsch sich gewünscht hatte, würdigte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, die langjährige Zusammenarbeit. Wolfgang Klitzsch habe den Blickwinkel der Kammer um die sozialwissenschaftliche Perspektive erweitert, sagte der Präsident. Hoppe nannte ihn einen Analytiker, der stets die Wirkungen des Kammerhandelns in der Gesellschaft im Blick habe. Dies sei für die Ärztinnen und Ärzte „sehr wertvoll und wichtig“, zumal Klitzsch manche Fragen aus der soziologischen Perspektive anders beantworte als diese. Als Erfolg hob Hoppe hervor, dass die Ärztekammer Nordrhein in den Kreis der unmittelbar an der Landeskrankenhausplanung beteiligten Institutionen aufgenommen wurde.



Wolfgang Klitzsch ist seit 1992 politischer Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein.

Die Krankenhauspolitik ist ein Tätigkeitsschwerpunkt von Wolfgang Klitzsch. Darüber hinaus haben Themen wie die Steuerungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, europäische Fragen der Gesundheitsversorgung und der Pluralismus in der Medizin einen hohen Stellenwert in seiner Arbeit. Wolfgang Klitzsch wurde am 5. September 1950 in Bielefeld geboren. Von 1976 bis 1978 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bielefeld, von 1978 bis 1984 als wissenschaftlicher Assistent an der Universität zu Köln. 1985 wechselte er an das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, bevor er Referatsleiter bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde (1986 bis 1991).

RhÄ