

## Schulmedizin und Komplementärmedizin

# Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden

Mit dem „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ soll ein Diskurs auf gleicher Augenhöhe in Gang gesetzt werden.

Stefan N. Willich<sup>1</sup>, Matthias Girke<sup>2</sup>,  
Jörg-Dietrich Hoppe<sup>3</sup>, Helmut  
Kiene<sup>4</sup>, Wolfgang Klitzsch<sup>5</sup>,  
Peter F. Matthiessen<sup>6</sup>, Peter  
Meister<sup>6</sup>, Günter Ollenschläger<sup>7</sup>,  
Hermann Heimpel<sup>8</sup>

Das Verhältnis von Schulmedizin und alternativen medizinischen Konzepten – hier zusammenfassend als Komplementärmedizin bezeichnet – ist im deutschen Gesundheitssystem seit langem von gegenseitigem Misstrauen, Abgrenzung, teilweise Ablehnung geprägt. Von einer systematischen Kooperation oder gar Integration verschiedener medizinischer Grundkonzepte kann bisher nicht die Rede sein. Allenfalls gibt es eine „asymmetrische Koexistenz“, bei der an medizinischen Fakultäten fast ausschließlich Schulmedizin vermittelt und angewandt wird, in weiten Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung dagegen die Nutzung von Komplementärmedizin verbreitet ist.

Enttäuschte Erwartungen an die Schulmedizin scheinen als Grund für die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin eine geringere Rolle zu spielen als konzeptuelle Auffassungsunterschiede hinsichtlich Krankheit und Heilung (16). So bezieht sich die von Patienten gelegentlich geäußerte Kritik an einer antibiotischen Therapie zumeist weniger auf das Nebenwirkungsspektrum, vielmehr suchen diese Patienten nach Möglichkei-



ten, nicht nur die „causa externa“ (Rudolf Virchow) zu behandeln, sondern darüber hinaus salutogene Ressourcen in der Krankheitsüberwindung zu stärken (1). Ferner wird eine ungenügende Berücksichtigung seelischer Faktoren im schulmedizinischen Krankheitsverständnis kritisiert. Die alltägliche Erfahrung lehrt, dass zum Beispiel der auffallend geringe Umsetzungsgrad einer evidenzbasierten Betablockertherapie der koronaren Herzkrankheit in Deutschland (17) sicher nicht nur auf Informationsdefizite oder die (meist unbegründete) Sorge vor Nebenwirkungen zurückgeführt werden kann, sondern dass der Patient Hilfestellungen für den Umgang mit

belastungsintensiven Lebenssituationen und Stressbewältigung erwartet. Der „Sense of Coherence“, der Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit gegenüber Erkrankung umfasst, findet sich im Wunsch an ein als ganzheitlich empfundenen medizinisches System wieder (6). Dem Patienten geht es nicht nur um Krankheitskontrolle und Einstellung pathogenetisch relevanter Parameter, sondern um eine aktive, ressourcenmobilisierende Rolle in Krankheitsbewältigung und Therapie.

Eine Zunahme der Patientennachfrage nach komplementärmedizinischen Angeboten ist in vielen westlichen Industriegesellschaften zu beobachten. Dieser Trend ist per se nicht als Beleg für Wirksamkeit der Komplementärmedizin aufzufassen, aber deutet auf den Wunsch nach Erweiterung der therapeutischen Optionen

seitens der Patienten und ihrer behandelnden Ärzte hin, insbesondere bei chronischen oder nicht heilbaren Krankheiten. Mehr als 40 Prozent aller Patienten in den USA nutzen alternative Therapiemethoden (5), und die Anzahl der Patientenbesuche bei komplementärmedizinischen Ärzten beziehungsweise Heilpraktikern übersteigt mittlerweile die Patientenbesuche bei Praktischen Ärzten. Für Deutschland liegen nur wenige zuverlässige Daten vor, allerdings dürfte die Inanspruchnahme mindestens so hoch sein (2). Beispielsweise liegt der Anteil von Krebspatienten, die Erfahrungen mit komplementärmedizinischen Verfahren

<sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

<sup>2</sup> Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin

<sup>3</sup> Bundesärztekammer, Köln

<sup>4</sup> Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie, Freiburg

<sup>5</sup> Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf

<sup>6</sup> Medizinische Fakultät, Universität Witten/Herdecke

<sup>7</sup> Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

<sup>8</sup> Medizinische Universitätsklinik Ulm

angeben, mit mehr als 50 Prozent (3, 16) deutlich über den Angaben aus angelsächsischen Ländern (4, 12). Allgemein geht man davon aus, dass knapp drei Viertel aller Deutschen Erfahrungen mit Naturheilverfahren haben (7).

Auch Sekundärdaten sind aufschlussreich: Im Jahr 2000 gab es in Deutschland rund 35 000 Ärzte (das entspricht mehr als zehn Prozent aller Ärzte) mit Zusatzbezeichnungen in komplementärmedizinischen Bereichen, vor allem Chirotherapie, Naturheilverfahren und Homöopathie (7). Mehr als 50 Prozent der niedergelassenen Ärzte verwenden auch komplementärmedizinische Methoden der Krebsbehandlung, überwiegend aufgrund der Nachfrage von Patienten (9, 11). Nach Schätzungen der Deutschen Ärztesellschaft für Akupunktur mit 11 000 Mitgliedern wenden 20 000 bis 30 000 Ärzte zumindest gelegentlich Akupunktur an. Jährlich werden in Deutschland pflanzliche Arzneimittel für circa zwei Milliarden Euro verschrieben, für ärztliche alternativmedizinische Behandlung werden seitens der Krankenkassenversicherungen zwei Milliarden Euro aufgewendet, und privat bezahlte Behandlungen in diesen Bereichen werden auf fünf Milliarden Euro geschätzt (7).

## Schulmedizin

Als Schulmedizin werden in diesem Kontext die dem heutigen Lehrgebäude der Humanmedizin entsprechenden Denkweisen und Verfahren bezeichnet, die an den Universitäten der hoch entwickelten westlichen Länder erforscht und verwendet werden. Diese Definition vermeidet bewusst eine Wertung gegenüber anderen Medizinrichtungen und deswegen die Verwendung von Kennzeichnungen wie „wissenschaftlich“, „technologisch“ oder Ähnliches. Die Reduktion auf den Begriff der „naturwissenschaftlichen Medizin“ ist nicht statthaft. Obwohl die Fortschritte in Diagnostik und Therapie in der Mitte des 19. Jahrhunderts im Wesentlichen auf der Verbindung zwischen den exakten Naturwissenschaften und der klinischen Erfahrung beruhten, ist die heutige Schulmedizin durch Entwicklungen der Philosophie, Psychologie und Soziologie wesentlich mitbestimmt worden.

Das der heutigen Schulmedizin zugrunde liegende Menschenbild ist als das bio-psycho-soziologische Modell bezeichnet worden (15). Damit werden nicht getrennte Bereiche der Natur des Menschen bezeichnet, sondern Betrachtungsweisen, deren Trennung für die medizinische Forschung und die Tätigkeit medizinischer Spezialisten sinnvoll ist, die bei der ärztlichen Betreuung eines Patienten aber gleichwertig beachtet werden müssen.

Aus Sicht der allein biologischen Betrachtungsweise sind Gesundheit und Krankheit, gemessen an Parametern wie Lebenserwartung, Fitness, Infektabwehr oder Krebsrisiko, bei Mäusen und Menschen prinzipiell gleich. Trotz der weitgehenden Homologie des Genoms höherer Lebewesen ist jedoch jede Spezies, und darüber hinaus jedes Individuum innerhalb der Spezies, aufgrund der Genexpression einzigartig; dabei ist die Sonderstellung des Menschen auch bei rein biologischer Betrachtungsweise vor allem durch die hochkomplexe Ausbildung des Gehirns gekennzeichnet.

Die psychologische Betrachtungsweise ist im Wesentlichen auf den Menschen ausgerichtet. Die psychologische Forschung hat gezeigt, dass menschliche Empfindungen und menschliches Verhalten und seine als krankhaft bezeichneten Störungen sowohl genetisch als auch durch Weitergabe kultureller Informationen zwischen den Generationen und durch Umwelteinflüsse bedingt sind. Die auf der verbalen Kommunikation beruhenden diagnostischen Verfahren und Therapieformen (standardisierte Tests, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie et cetera) sind spezifisch für den Menschen.



Eine Reduktion der Schulmedizin auf den Begriff der „naturwissenschaftlichen Medizin“ ist nicht statthaft.

Noch in höherem Maß als die psychologische ist die soziologische Betrachtungsweise auf den Menschen gerichtet. Ärztliche Entscheidungen, die allein auf der Erfassung der Biologie und Psychologie beruhen, werden dem Patienten nicht gerecht; sie haben immer auch den soziologischen Kontext zu berücksichtigen. Stärker als bei den beiden anderen Betrachtungsweisen ist soziologische Normalität (Gesundheit) kultur- und schichtabhängig. Sie ist darüber hinaus von historischen Variablen geprägt, zum Beispiel durch die für die Medizin relevanten Veränderungen im Bereich der Familie, der Sexualität, der Versorgung alter Menschen, der Betreuung Behinderter, der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie.

Innerhalb der Schulmedizin gibt es zum Heilungsbegriff keine einheitliche Meinung. Während bis vor 30 Jahren allgemein die Beseitigung biologischer Abweichungen (zum Beispiel Zusammenwachsen eines gebrochenen Knochens, Elimination pathogener Bakteri-



FOTOS: PETER WITZ

Heilung bedeutet in vielen komplementärmedizinischen Richtungen auch ein Lernen an und mit der Erkrankung.

en, Entfernung einer Krebsgeschwulst) als Heilungsdefinition betrachtet wurde, hat sich heute die Normalisierung der Lebensqualität oder Lebenserwartung, gegebenenfalls auch unabhängig von der Persistenz genetischer oder erworbener Veränderungen, als Heilungsdefinition durchgesetzt. Sie ist allerdings mit dem Problem der Definition von „Normalität“ belastet. In der Unsicherheit und der fortlaufenden Diskussion dieser Frage zeigt sich der diskursive Charakter der Schulmedizin im Gegensatz zur Dogmatik vieler, wenn auch nicht aller komplementärmedizinischer Systeme.

## Komplementärmedizin

Unter dem Terminus „Komplementärmedizin“ wird eine Vielzahl unterschiedlicher Theorie- und Praxisansätze zusammengefasst, deren gemeinsames Merkmal es ist, dass sie nicht zur konventionellen, wissenschaftlich etablierten Medizin gerechnet werden und bei deren Vertretern

nicht über hinreichende Akzeptanz verfügen (8). Diese Negativdefinition ist nicht zufällig. In ihr dokumentiert sich die Tatsache, dass mit dieser Bezeichnung auf ein weites Feld höchst unterschiedlicher und qualitativ heterogener medizinischer Systeme, Ansätze und Verfahren verwiesen wird und insofern eine trennscharfe und konsensfähige Definition nicht ohne weiteres möglich ist. Mit jeweils unterschiedlichen Bedeutungsnuancen wird dieser Bereich im deutschsprachigen Raum auch als alternative, unkonventionelle, ganzheitliche, biologische oder Außenseitermedizin bezeichnet. Im anglo-amerikanischen Sprachraum hat sich der

Terminus „Complementary and Alternative Medicine“ (CAM) durchgesetzt (10).

Selbst wenn klinische Studien therapeutische Wirksamkeit belegen, führt dies in aller Regel keineswegs zu einer Akzeptanz der komplementärmedizinischen Ansätze, weil deren erkenntnistheoretischen Voraussetzungen aus Sicht der in der Medizin vorherrschenden Paradigmen als nicht plausibel erscheinen und insofern nicht sein kann, was nicht sein darf.

Bei aller Unterschiedlichkeit von Ansätzen wie etwa der Homöopathie, Anthroposophischen Medizin, Naturheilverfahren werden von ihren Vertretern die Prinzipien der Förderung, Unterstützung oder auch Stimulation beziehungsweise Provokation von Selbstordnungsleistungen des Organismus beziehungsweise des Individuums als therapeutisches Prinzip geltend gemacht.

Den meisten komplementärmedizinischen Ansätzen ist ein Bild vom Menschen gemeinsam, das über die somatische Ebene hinausweist. Werden mit dem

bio-psycho-soziologischen Modell der heutigen Schulmedizin Aspekte beschrieben, die sich nicht auf eigenständige Seinsbereiche des Menschen beziehen, sondern lediglich Betrachtungsweisen entsprechen, so werden in vielen komplementärmedizinischen Richtungen anthropologische Bilder zugrunde gelegt, die eigenständige Bereiche des Lebendigen, Seelischen und Geistigen ausweisen. Diese leiten sich teilweise aus tradierten Kulturen ab (Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurveda und andere) oder werden zum Beispiel bei der Anthroposophischen Medizin auf der Grundlage einer goethenistischen Erkenntnistheorie begrifflich bestimmt und dem diagnostischen und therapeutischen ärztlichen Handeln zugrunde gelegt (13, 14).

Krankheit hat eine somatisch beschreibbare Symptomatologie, die sich jeweils in einem von seelischen und geistigen Faktoren mitbestimmten Krankheitsprozess manifestiert. Umgekehrt hat Heilung nicht nur eine somatisch interventionelle Ebene, sondern verlangt die Berücksichtigung der salutogenen Kräfte des menschlichen Organismus sowie seiner inneren seelisch-geistigen Ressourcen. Den pathogenetisch orientierten Therapieprinzipien der heutigen Schulmedizin (zum Beispiel Kontrolle oder Suppression eines Krankheitsprozesses, Substitution fehlender Organfunktionen) steht der Anspruch vieler komplementärmedizinischer Methoden gegenüber, bei dem erkrankten Menschen diejenigen Prozesse zu unterstützen, die der Organismus selbst in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung aufruft. Heilung bedeutet unter diesen Gesichtspunkten nicht nur ein Zurückdrängen der Erkrankung in geringere Manifestationsgrade und damit in eine Zeit früherer Gesundheit, sondern auch ein Lernen an und mit der Erkrankung.

## Entwicklung des Dialogforums

Im Herbst 2000 wurde auf Anregung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, eine Arbeitsgruppe gebildet (identisch mit den Autoren dieses Beitrags) mit dem Ziel, einen strukturierten Dialog zwischen Vertretern unterschiedlicher The-

rapierrichtungen zu initiieren und letztlich zu einer patientengerechten und wirkungsvollen Integration verschiedener therapeutischer Schulen beizutragen. Bisherige Auseinandersetzungen zwischen Schul- und Komplementärmedizin, die gelegentlich Glaubenskriegen ähnelten, sollten in einen rationalen Diskurs überführt werden.

Als Initiativgruppe des Dialogforums Medizinischer Pluralismus hat diese Gruppe seitdem regelmäßig getagt. Bei mehreren Treffen wurde der gemeinsame Anspruch an explizite Klärung der wissenschaftlichen und anthropologischen Tragfähigkeit der den unterschiedlichen Ansätzen zugrunde liegenden Prämissen deutlich. Damit verbunden ist die Frage, ob und inwieweit die von der Solidargemeinschaft finanzierte und durch gesetzliche Regeln anerkannte Medizin von einem Dialog profitieren kann, der weit über den interdisziplinären Diskurs innerhalb der Schulmedizin hinausgeht.

Nach intensiver Diskussion der unterschiedlichen Vorstellungen, konkreter Arbeit an fallbezogenen Beispielen sowie strategischer und inhaltlicher Vorbereitung wurde im Frühjahr 2003 eine erste Klausurtagung mit Vertretern verschiedener komplementärmedizinischer Richtungen veranstaltet. Um der Gefahr zu begegnen, von vornherein einen dem Pluralismusgedanken entgegenstehenden „closed shop“ zu bilden, wurde zunächst eine Liste möglicher Diskussionspartner erstellt, die sich allein auf den Bekanntheitsgrad und die approximative Inanspruchnahme verschiedener diagnostischer und therapeutischer Verfahren stützte. Eingeladen wurden schließlich Vertreter von elf komplementärmedizinischen Richtungen: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Ayurvedi-

sche Medizin, Chirotherapie, Homöopathie, Manuelle Medizin, Naturheilverfahren, Neuraltherapie, Phytotherapie, Regulationsmedizin, Traditionelle Chinesische Medizin. Bei diesen bestand hohes Interesse an der Pluralismuskonzeption sowie aus Sicht des Initiativkreises die Aussicht auf einen fruchtbaren interdisziplinären Diskurs. Diese Einschätzung basierte auf einer ersten Stellungnahme der potenziellen Referenten zu folgenden drei Punkten, die bei der Tagung selbst in mehrere Fragekomplexe untergliedert wurden:

1. Vermittelbarkeit der jeweiligen medizinischen Richtung,
2. Verhältnis zu anderen medizinischen Systemen,
3. Wirksamkeitsnachweis.

## Auswahl der Teilnehmer

Die Begründung für diese erste Auswahl der Teilnehmer und Strukturierung der Beiträge und Diskussionen beruhte auf folgenden Überlegungen:

Ad 1. Der Dialog zwischen unterschiedlichen medizinischen Ausrichtungen setzt eine intersubjektive Vermittelbarkeit des jeweiligen medizinischen Konzepts voraus. Diese umfasst vor allem Aussagen zu dem zugrunde liegenden Menschenbild sowie zu Wesen und Begriffsbestimmung von Krankheit in therapierichtungsimmanenter therapeutischer Zielsetzung und damit zu den in Betracht kommenden Dimensionen von Heilung. Hieraus lassen sich auch die therapeutischen Ziele und Therapieprinzipien der jeweiligen medizinischen Richtung ableiten sowie die spezielle Charakteristik des entsprechenden Patienten-Arzt-Verhältnisses.

Ad 2. Eine Diskussion des Verhältnisses der unterschiedlichen medizinischen Systeme untereinander setzt – über die intersubjektive Vermittelbarkeit hinaus – eine Standortbestimmung voraus hinsichtlich der inhaltlichen Beziehungen des jeweiligen medizinischen Konzepts zu anderen Methoden. Durch die Erfüllung dieser Forderung bleibt ein medizinisches Konzept nicht in einer inhaltlich isolierten Position, sondern kann in Verhältnis gesetzt werden zu den anderen medizinischen Systemen.

Ad 3. Medizinische Systeme müssen sich der Frage einer Nutzendokumentation und Wirksamkeitsbeurteilung stellen. Im Design konventioneller Studien hat sich eine Hierarchie der Beweiskraft entwickelt, bei der die prospektive, randomisierte, gegebenenfalls doppelblinde, kontrollierte Studie die höchste Wertigkeit beansprucht, gefolgt unter anderem von Beobachtungsstudien und retrospektiven Analysen. An das Ende dieser Skala sind die Einzelfallberichte gestellt. Aus Sicht der Schulmedizin gilt das methodische Defizit von Studien im Bereich der Komplementärmedizin als wichtiger Einwand gegen den objektiv nachvollziehbaren Nachweis der Wirksamkeit dieser Methoden, wenn überhaupt systematische Daten verfügbar sind. Die immanenten Schwierigkeiten zum Beispiel für Randomisierung oder Placebokontrolle bei Studien vieler komplementärmedizinischer Richtungen können nicht als Rechtfertigung für den Verzicht auf wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis dienen. Beobachtungsstudien und prospektiv erhobene Registerdaten gelten zunehmend auch in der Schulmedizin als anerkannte Basis für Wirksamkeitshinweise und haben gegenüber randomisierten kontrollierten Studien den Vorteil, die Realität medizinischer Routineversorgung besser abzubilden. Von den Teilnehmern wurde erwartet, dass Konzepte zum Wirksamkeitsnachweis darstellbar sind, die die jeweiligen systemimmanenten Gesichtspunkte berücksichtigen.

Die Erfahrungen dieser Tagung waren ermutigend. Die Strukturierung der Beiträge ermöglichte einen Diskurs zwischen Schul- und Komplementärmedizin „auf gleicher Augenhöhe“, darüber hinaus erstmalige Diskussion verschiedener komplementärmedizinischer Richtungen untereinander und dadurch überra-

### Textkasten

## Geplante Symposien des Dialogforums im Jahr 2004

### 1. „Menschenbild und Medizin“ (24./25. September in Düsseldorf)

Referenten: Prof. Claus R. Bartram, Dr. Roland Baur, Prof. Klaus Dörner, Dr. Matthias Girke, Prof. Hermann Heimpel, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Prof. Robert Jütte, Dr. Stefan Kirchhoff, Prof. Jürgen Aschoff, Prof. Peter F. Matthiesen, Dr. Jörg Melzer, Prof. Wolfgang Schad, Prof. Wolfgang Wieland, Prof. Stefan N. Willich

### 2. „Pluralismus der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation?“

(23./24. November in Berlin)

Referenten: Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Helmut Kiene, Prof. Peter F. Matthiesen, Prof. Bruno Müller-Oerlinghausen, Prof. Günter Ollenschläger, Prof. Heiner Raspe, Dr. Michael de Ridder, Prof. Karl Wegscheider, Prof. Stefan N. Willich, Prof. Rüdiger Zuck

schende Einblicke in inhaltliche und methodische Schnittflächen. Die Etablierung einer Erfolg versprechenden Gesprächskultur dürfte zwar ein langwieriger Prozess sein, aber auch dazu führen, einen Mittelweg zwischen statistisch erfassbarem Nutzen und der realisierbaren Heilserwartung des kranken Individuums zu finden. Heilung ist dabei nicht allein – und darüber waren sich alle Teilnehmer der Veranstaltung einig – die Normalisierung pathologischer Surrogatparameter, sondern Hilfe bei der Realisierung individueller, durch somatische oder psychische Erkrankung gefährdeter Lebensperspektiven.

Einigkeit besteht im Initiativkreis darüber, dass zunächst das gegenseitige Verständnis für die fundamentale Begründung verschiedener Medizinrichtungen durch Behandlung des Themas Medizin und Menschenbild zu vertiefen ist und ein methodischer Diskurs zur Evidenz und Nutzenevaluation jeder Diskussion über Forschungs- und Anwendungsentscheidungen voranzugehen hat. Zu beiden Themen sind daher im Jahr 2004 Symposien geplant (*Textkasten*).

Die Erörterung direkter gesundheitspolitischer Konsequenzen, wie die Erstattungsfähigkeit von komplementärmedizinischen Verfahren durch die Gesetzliche Krankenversicherung, die Sonderkonditionen für die Arzneimittelzulassung der besonderen Therapierichtungen und die Bewertung unkonventioneller Verfahren in den Bundesausschüssen erscheint in der jetzigen Phase den eingeleiteten Diskussionsprozess behindern, ja vorzeitig beenden zu können. Eine längerfristige Behandlung der Thematik eines medizinischen Pluralismus muss allerdings auch diese für die Versorgungswirklichkeit und für die Patienten wichtigen Fragen aufgreifen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2004; 101: A 1314–1319 [Heft 19]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit1904](http://www.aerzteblatt.de/lit1904) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:

Dialogforum Pluralismus in der Medizin  
c/o Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch  
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
E-Mail: [wolfgang.klitzsch@aekno.de](mailto:wolfgang.klitzsch@aekno.de)  
[www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de](http://www.dialogforum-pluralismusindermedizin.de)

## Herbert Lewin und Käte Frankenthal

# Zwei jüdische Ärzte aus Deutschland

Beide gehörten zu den Überlebenden des NS-Terrors. Die ihnen zugefügten Wunden konnten ihr Leben lang nicht heilen. Eine Comic-Serie im Deutschen Ärzteblatt schildert ihr Leben.

Seit dem Mittelalter genossen jüdische Ärzte auch außerhalb ihrer Glaubensgemeinschaften hohes Ansehen. Dennoch waren Vorurteile gegen Juden weit verbreitet. Diese wurden gegen Ende des 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts mit biologischen und rassistischen Theorien vermischt, wodurch sie nicht nur eine moderne wissenschaftliche Legitimation, sondern auch eine militante und schlagkräftige Ausrichtung erhielten. Ein Großteil des deutschen Bildungsbürgertums, und damit auch der Ärzteschaft, entwickelte einen Antisemitismus, der integraler Bestandteil ihres elitären Selbstverständnisses war (1).

Mit der Gründung des Deutschen Reiches 1871 erhielten deutsche Juden die rechtliche Gleichstellung; einer sozialen Integration kam diese jedoch nicht gleich. Der Arztberuf war und blieb ein typischer Aufsteigerberuf für jüdische Deutsche. Von öffentlichen Ämtern blieben Juden nach wie vor meist ausgeschlossen; das Amt eines ordentlichen Universitätsprofessors beispielsweise blieb für sie die Ausnahme. Deshalb werden die meisten jüdischen Ärzte seit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 als Kassenärzte gearbeitet haben. Zunehmend wurden nun jüdische Ärzte als habgierig und geschäftstüchtig bezichtigt; ihnen wurde vorgeworfen, mit Krankheitserregern zu experimentieren oder als Gynäkologen die „deutsche Frau“ zu beschmutzen.

Als sich die kassenärztliche Versorgung immer mehr durchsetzte, wurden jüdische Kassenärzte, die oft in politisch linken Parteien engagiert waren, als „Fabrikmediziner“ oder „Kassenlö-

wen“ diffamiert und damit in eine marxistisch-jüdische Ecke gedrängt. All dies bildete den Nährboden für viele nichtjüdische Kollegen, aus dem heraus sich ihre Vorurteile gegenüber einer deutschen Minderheit verfestigten. Bereits kurz nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten sorgten die ärztlichen Spitzenorganisationen, Hartmannbund und Deutscher Ärztevereinsbund, mit dafür, die als rassistisch minderwertig oder als politisch nicht konform angesehenen Ärzte aus ihren Stellen zu vertreiben (2). Bereits im März und April 1933 waren im Deutschen Ärzteblatt und in den Ärztlichen Mitteilungen „Huldigungstelegramme“ zu lesen, in denen die organisierte Ärzteschaft die neuen Machthaber „freudigst“ begrüßte und dem „Herrn Reichskanzler“ als Diener der Volksgesundheit treueste Pflichterfüllung gelobte (3). Proteste dagegen dürfte es kaum gegeben haben.

## Gleichschaltung der deutschen Ärzte war rasch vollzogen

Vielmehr löste diese Entwicklung bei vielen Ärzten und Standesvertretern Emotionen, die nun öffentlich und ohne Hemmungen formuliert wurden. So ist in der Zeitschrift des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes „Ziel und Weg“ im März 1933 zu lesen, dass Juden in der Leitung des Ärztstandes „genau so wenig Platz“ hätten „wie die veralteten und verkalkten Vertreter einer parlamentarisch-demokratischen Vergangenheit“ (4). Im März 1933 fand in München eine Versammlung von mehreren Hundert Ärzten statt, auf der