

M. Girke / J.-D. Hoppe / P. F. Matthiessen / S. N. Willich (Hrsg.)  
**Medizin und Menschenbild**



**M. Girke / J.-D. Hoppe /**

**P.F. Matthiessen / S.N. Willich (Hrsg.)**

# **Medizin und Menschenbild**

**Das Verständnis des Menschen in  
Schul- und Komplementärmedizin**

**Dargestellt vom  
Dialogforum Pluralismus in der Medizin**

**Mit 7 Abbildungen und 2 Tabellen**

**Deutscher Ärzte-Verlag Köln**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte  
bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

**Wichtiger Hinweis:**

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen  
einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass  
alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum  
Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können.

Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfasser  
und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet  
und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung  
und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen  
werden.

Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie  
Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und  
Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen  
und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

**Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.**

Verfasser und Verlag übernehmen in folgedessen keine  
Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige  
Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der  
Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen  
oder Teilen davon entstehen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen,  
Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt  
auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme,  
dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder  
Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten  
wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung  
in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen  
bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung  
des Verlages.

Copyright ©2006 by  
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH  
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlagkonzeption: Hans Peter Willberg und Ursula  
Steinhoff

Titelgrafik: Bettina Kulbe

Satz: RPS Satzstudio GmbH, 40489 Düsseldorf

Druck/Bindung: Warlich Druck, 53340 Meckenheim

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b> .....	<b>1</b>
<b>Medizin als praktische Wissenschaft – Die Frage nach ihrem Menschenbild</b> .....	<b>9</b>
<i>Wolfgang Wieland</i>	
<b>Menschenbild und Medizin – Methodologische Zugänge</b> .....	<b>29</b>
<i>Wolfgang Schad</i>	
<b>Ärztliche Ethik und Menschenbild</b> .....	<b>41</b>
<i>Klaus Dörner</i>	
<b>Das Menschenbild der heutigen Schulmedizin: seine Bedeutung für das ärztliche Handeln</b> .....	<b>51</b>
<i>Hermann Heimpel</i>	
<b>Welches Menschenverständnis leitet eine komplementärmedizinische Therapie – Naturheilkunde?</b> .....	<b>61</b>
<i>Jörg Melzer, Reinhard Saller</i>	
<b>Welches Menschenverständnis leitet eine komplementärmedizinische Therapie – Anthroposophische Medizin?</b> .....	<b>75</b>
<i>Matthias Girke</i>	
<b>Welches Menschenverständnis leitet eine komplementärmedizinische Therapie – Homöopathie?</b> .....	<b>93</b>
<i>Roland Baur</i>	
<b>Welches Menschenbild bestimmt das ärztliche Handeln im Äyurveda?</b> .....	<b>99</b>
<i>Ananda Samir Chopra</i>	
<b>Welches Menschenbild bestimmt das ärztliche Handeln in der Traditionellen Chinesischen Medizin?</b> .....	<b>107</b>
<i>Stefan Kirchhoff</i>	
<b>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</b> .....	<b>113</b>



# Einführung

*Matthias Girke, Jörg-Dietrich Hoppe, Peter F. Matthiessen, Stefan N. Willich*

Hab Achtung vor dem Menschenbild,  
Und denke, daß, wie auch verborgen,  
Darin für irgendeinen Morgen  
Der Keim zu allem Höchsten schwillt!

Hab Achtung vor dem Menschenbild,  
Und denke, daß, wie tief er stecke,  
Ein Hauch des Lebens, der ihn wecke,  
Vielleicht aus deiner Seele quillt!

Hab Achtung vor dem Menschenbild!  
Die Ewigkeit hat eine Stunde,  
Wo jegliches dir eine Wunde  
Und, wenn nicht die, ein Sehnen stillt!  
*(Christian Friedrich Hebbel, 1813–1863)*

Nach Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach nehmen fast 70% der Bevölkerung im Krankheitsfall komplementärmedizinische bzw. naturheilkundliche Behandlungsverfahren in Anspruch [Häußermann 1997]. In einer repräsentativen Bevölkerungsstudie gaben 57% aller Befragten an, in den letzten zwölf Monaten Naturheilverfahren in Anspruch genommen zu haben, auch Homöopathie und Akupunktur waren mit 10–20% Inanspruchnahme häufig vertreten [Härtel, Volger 2004]. Der im Sozialgesetzbuch V verankerte Pluralismus in der Medizin [SGB V 2005] bildet somit ein mehrheitliches Interesse der Bevölkerung ab.

So unkompliziert sich die kombinierte Inanspruchnahme sowohl schulmedizini-

scher als auch komplementärmedizinischer Versorgungsangebote von Seiten der Patientenschaft offensichtlich erweist – systematische Informationen zu diesem Thema sind leider nur spärlich verfügbar –, so glaubenskriegartig präsentieren sich die diesbezüglichen Diskussionen noch immer innerhalb der ärztlichen Zunft. Im Arzt-Patienten-Verhältnis führt dies oftmals zu Gesprächstabus mit der Folge, dass der Patient die von ihm andernorts in Anspruch genommenen komplementärmedizinischen Leistungsangebote dem schulmedizinisch arbeitenden Arzt nicht nennt. Im Interesse eines transparenten Dialogs und eines den Bedürfnissen des Patienten angemessenen Informationswesens ist hier die konstruktive Diskussion zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin gefordert. Dies auch vor dem medizingeschichtlichen Hintergrund, dass wesentliche Entdeckungen in der Medizin wie etwa der Einsatz von Digitalis bei Herzinsuffizienz oder die Leistungen Semmelweis' hinsichtlich des Kindbettfiebers zunächst Außenseiterpositionen gewesen sind.

Der kritischen, ergebnisoffenen und unvoreingenommenen Begegnung unterschiedlicher medizinischer Denkansätze, Ausrichtungen und Systeme widmet sich seit dem Jahr 2000 das auf eine Anregung von Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich

Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, begründete „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ [Willich et al. 2004]. Zu dessen ersten Arbeitsschritten gehörte die an konkreten Patientenbeispielen vorgetragene und zueinander in Komparation gestellte Darstellung diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen schulmedizinischer und komplementärmedizinischer Ansätze. Ein nächster Schritt galt der Frage, anhand welcher Kriterien seriöse und verfolgenswerte komplementärmedizinische Ansätze von fragwürdigen, unseriösen abzugrenzen sind. Zur Beurteilung, ob ein Diskurs zwischen Schulmedizin und einer komplementärmedizinischen Methode möglich und sinnvoll ist, wurden im Dialogforum drei Hauptkriterien zugrunde gelegt:

1. Die komplementärmedizinische Richtung muss in ihrem theoretischen Ansatz intersubjektiv vermittelbar sein hinsichtlich des ihr zugrunde liegenden Menschenbildes sowie der Rolle ihres Krankheitsverständnisses für die therapierichtungsimmanente therapeutische Zielsetzung.
2. Die komplementärmedizinische Richtung erweist sich als diskursbereit und diskursfähig, kann daher in ein Verhältnis zu anderen medizinischen Systemen gesetzt werden und befindet sich nicht in einer inhaltlich isolierten Position.
3. Die komplementärmedizinische Richtung stellt sich der Frage einer Nutzendokumentation und Wirksamkeitsbeurteilung.

Vor diesem Hintergrund wurde im April 2003 in Berlin ein erstes Symposium veranstaltet, das der Darstellung unterschiedlicher Richtungen in der Medizin diente. Im Mai 2004 ist der Initiativkreis durch einen Artikel im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel „Schulmedizin und Komplementärmedizin – Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden“ erstmals in die Öffentlichkeit getreten [Willich et al. 2004]. Dieser Artikel hat vielfältige positive, allerdings auch widersprüchliche Reaktionen und Resonanzen hervorgerufen. Der damalige Bundespräsident Dr. h.c. Johannes Rau hat bei seiner Begrüßung auf dem 107. Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen die Existenz dieses Forums ausdrücklich positiv erwähnt. Insgesamt sind wir vielfach ermutigt worden, mit unserer Initiative fortzufahren.

Im September 2004 schloss sich dann in Düsseldorf ein weiteres Symposium an, das sich der Frage nach dem „Menschenbild“ in verschiedenen Richtungen der Medizin widmete. Anthropologische Grundüberzeugungen liegen – wenn auch meist nur wenig reflektiert – unseren ärztlichen Entscheidungen bis hin zu ethischen Einschätzungen zugrunde. Ein Ergebnis dieses Symposiums ist der vorliegende Band mit Beiträgen des Symposiums „Menschenbild und Medizin“.

Durch die im ausgehenden 19. und vor allem im 20. Jahrhundert etablierte Schulmedizin wurde der kausalanalytische, auf das naturwissenschaftlich Beschreibbare konzentrierte Zugang zum Menschen in den einzelnen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überaus erfolgreich vorangetrieben. Die



sonographische Diagnose eines Gallenblasensteinleidens orientiert sich vor diesem Hintergrund genau wie ihre ggf. anschließend durchzuführende chirurgische Therapie am materiellen Befund und reflektiert in der Regel keinen Zusammenhang mit der seelischen Seite und der Persönlichkeit des Patienten. Für dieses Vorgehen ist selbst die Geschlechtszugehörigkeit von allenfalls sekundärer Bedeutung. Sicher gibt es viele Erkrankungen, die eine in diesem Sinne reduzierte Betrachtungs- und Vorgehensweise berechtigt erscheinen lassen. Auf der anderen Seite fragt die junge, schlanke, vor wenigen Monaten erst Mutter gewordene Patientin, was diese Erkrankung „mit ihr selbst“ als ganze Person zu tun habe. Sie fordert von uns behandelnden Ärzten eine erweiterte Betrachtungsart, ein erweitertes, nicht nur naturwissenschaftliches Menschenbild und damit ein anderes „framing“ ein, das die kausalanalytisch beschreibbare Pathophysiologie der Erkrankung nicht ausschließt, sie allerdings in den Kontext eines anderen bzw. erweiterten Menschenverständnisses stellt.

Anliegen des jetzt in Düsseldorf veranstalteten Symposiums „Menschenbild und Medizin“ des „Dialogforums Pluralismus in der Medizin“ war es, nach der Wortbedeutung „Menschenbild“ im Grundsätzlichen, aber auch im Hinblick auf dessen praktische Relevanz in der alltäglichen Medizin zu fragen. Eingeladen waren neben Referenten zu grundlegenden Themen Vertreter der Schulmedizin und mehrerer komplementärmedizinischer Richtungen: Naturheilkunde, Homöopathie, Anthroposophische Medizin,

Ayurveda und Traditionelle Chinesische Medizin. Die Teilnehmer erlebten Vorträge wie auch Diskussionsbeiträge als einen positiven Dialog, der Gelegenheit gab, Gewohntes und Ungewohntes kennen zu lernen. Mit den in der vorliegenden Monographie herausgegebenen Vorträgen möchten wir einer größeren Leserschaft das Selbstverständnis der verschiedenen medizinischen Richtungen und die Ergebnisse dieses interparadigmatischen Dialogs zugänglich machen.

Der einleitende Beitrag von Wolfgang Wieland beleuchtet aus philosophischer und medizintheoretischer Sicht die Rolle und die Tragweite von Menschenbildern in der Medizin und für die Medizin. Es gilt im Auge zu behalten, dass nicht nur der Arzt, sondern auch der Patient sich – bewusst oder unbewusst – einem, nämlich seinem Menschenbild verpflichtet weiß. Deutlich wird, dass sich der Arzt in Ausübung seines Berufs nicht auf so etwas wie ein „naturwissenschaftliches Menschenbild“ berufen kann, da Menschenbilder über die wertneutrale Feststellung faktischer Sachverhalte, wie sie den Naturwissenschaften zu eigen ist, immer auch eine normative und praktische Dimension abdecken. Im Gegensatz zu den theoretischen Wissenschaften, bei denen die Idee der Wertfreiheit und der zweckfreien Erkenntnis leitend ist, kommt der Medizin der Status einer praktischen Wissenschaft zu, deren Aufgabe nicht Erkenntnis um ihrer selbst Willen ist, sondern ein vom Patienten her veranlasstes zweckgerichtetes Handeln. Begriffe wie etwa der der Diagnose oder der Krankheit erweisen sich demzufolge nicht pri-

mär als Erkenntnis-, sondern als normative Handlungsbegriffe. Angesichts der ethischen Herausforderungen durch das inzwischen biotechnologisch Machbare hebt Wieland hervor, dass nicht nur die Unterschiede und das Trennende zwischen den Menschenbildern in der Medizin, sondern vor allem auch die Herausarbeitung ihrer Gemeinsamkeiten sich als Aufgabe stellt.

An verschiedenen Beispielen zeigt auch Wolfgang Schad, dass die Begriffe Krankheit und Gesundheit sich einer nur naturwissenschaftlichen Betrachtung entziehen und nur auf dem Boden einer gesamtanthropologischen Betrachtung wissenschaftliche Tragfähigkeit und lebenspraktische Fruchtbarkeit entfalten. In methodologischer Hinsicht erfordert dies eine bewusste und sorgfältig gehandhabte Pluralisierung von Gesichtspunkten und Herangehensweisen, einschließlich einer Berücksichtigung aller drei Zeitdimensionen und der kategorial unterschiedlichen Seinsbereiche des Menschen, nämlich einer physiko-chemischen, einer biologisch-physiologischen, einer psychologischen und einer individuell geistigen Ebene. Dabei charakterisiert er die „goetheanistische Erkenntnismethode“ als einen Ansatz, der einseitige und damit dogmatische- und ideologieanfällige Wissenschaftsansätze zugunsten einer gezielten Perspektivenvielfalt zu überwinden trachtet. Menschenbilder, sollen sie nicht zu Paradigmen erstarren, sind nach Schad stets „Durchgangsstadien ohne Endgültigkeitsanspruch“. Als anthroposophisch orientierter Biologe betont Schad, dass es insofern auch kein feststehendes „anthropo-

sophisches Menschenbild“ gibt, sondern das Bestreben einer durch geisteswissenschaftliche Gesichtspunkte erweiterten, dynamischen Erkenntnisbildung vom Menschen.

Dass die etablierte Medizin sich den von ihren Kontrahenten gebildeten Kampfbegriff „Schulmedizin“ angezogen hat, kommt nach Klaus Dörner einem „sprachlichen Vorab-Selbstmord“ gleich. Ein jeweils ganzheitliches und eher abgeschlossenes Lehrgebäude reklamierend, passt dieser Begriff nach Dörner eher auf die komplementär genannten Medizinrichtungen. Dörner bevorzugt daher die Sprachregelung einer „allgemeinen oder A-Medizin“ zur Kennzeichnung der etablierten Medizin und diejenige einer „besonderen oder B-Medizin“ für die „besonderen Therapierichtungen“. Auch Dörner verweist auf die Nähe des Begriffes „Menschenbild“ zur Sprache der Weltanschauungen und der Glaubenssysteme und spricht daher lieber von „anthropologischen Annahmen“. In der Balance zwischen nomothetischer und idiopathischer Ausrichtung der Medizin hat sich die „A-Medizin“ im Wesentlichen naturwissenschaftlich-nomothetisch entwickelt, während sich die „B-Medizin“ durch ihre größere Nähe zum biographisch-hermeneutischen Denken und zur phänomenologischen Erfahrung charakterisiert. Vor dem Hintergrund gemeinsamer Interessen, dass nämlich die Medizin zum einen eine eigenständige (Human-) Wissenschaft ist und dass sie zum anderen im Kern nicht ein vermarktungsfähiges Gebilde ist, sondern ein Hilfesystem, das seinen Auftrag dort erhält, wo das

Solidaritätshilfesystem der Bürger an seine Grenzen stößt und auf Fremdhilfe angewiesen ist, können beide medizinische Kulturen voneinander lernen: die A-Medizin von den B-Medizinern eine ganzheitliche, gegenüber einer Fragmentierung des Patienten und einer Faszination durch das technisch Machbare immunisierenden Betrachtungsweise, die B-Medizin von den A-Medizinern eine Orientierung auch der Heilkunde am „Europäischen Vollständigkeitsideal der Rationalität“.

Die folgenden Kapitel widmen sich der wissenschaftlich etablierten Medizin und einigen wichtigen komplementärmedizinischen Richtungen. Hermann Heimpelel verdeutlicht zunächst den historischen Hintergrund im Hinblick auf die sog. Schulmedizin. Er untersucht dann drei für das Thema besonders relevante Aspekte: zunächst die Biologie des Menschen als Ergebnis der Evolution und daraus abgeleitete ärztliche Konsequenzen, dann die heutige Schulmedizin auf Basis eines bio-psycho-sozialen Konzeptes und schließlich die Anerkennung der Autonomie des Patienten in Relation zum ärztlichen Handeln.

Roland Baur beschreibt die Grundlagen der Homöopathie basierend auf den Wegbereitern Hahnemann, Kent und Whitmont im 18., 19. und 20. Jahrhundert. Der homöopathische Arzt nimmt den Patienten in seiner lokalen körperlichen Symptomatik, in einer allgemeinen Symptomatik und in einer Geist- und Gemütssymptomatik wahr. Die Therapie basiert auf dem Ähnlichkeitsbezug: *Similia similibus curentur*. Das zugrunde lie-

gende Menschenbild ist durch die Aufhebung der Trennung von Geist und Körper geprägt und beugt nach Baur damit einer Verdinglichung des Menschen vor.

Die Anthroposophische Medizin wird von Matthias Girke dargestellt. Zugrunde liegt dieser Richtung eine Erweiterung des Menschenverständnisses durch Rudolf Steiner und Ita Wegman zu Beginn des 20. Jahrhunderts, das über die somatische Dimension hinaus den seelischen und geistigen Seinsbereich einschließt. Girke beschreibt zunächst aus Patientenperspektive und dann aus ärztlicher Sicht die Implikationen dieses Menschenbildes für das diagnostische Erkennen und therapeutische Handeln.

Auf dem Boden einer eingehenden und differenzierten Auseinandersetzung mit den Begriffen „Menschenbild“ und „Menschenbild in der Medizin“, die Jörg Melzer und Reinhard Saller ihrer weiteren Darstellung vorausschicken, zeigen die Autoren auf, dass heute die Existenz einer Pluralität von Menschenbildern Realität ist. Dies auch in der Medizin, die durch eine Integration naturwissenschaftlicher und psychosomatischer Aspekte sowie solcher des bio-psycho-sozialen Modells und des Arzt-Patient-Angehörigen-Modells ihr Menschenverständnis entscheidend erweitern konnte. Diese Aspekte berücksichtigend, bietet die naturheilkundliche Medizin ergänzende Sichtweisen hinsichtlich Patientenerwartung, Therapieansätzen und Therapiegestaltung.

Obwohl in ihren Wurzeln bis in die vorchristliche Zeit zurückreichend, erweist sich, wie Ananda Chopra aufzeigt, die Ayurvedische Medizin keineswegs als

ein abgeschlossenes und lediglich tradiertes System, sondern bis in die Gegenwart hinein als eine in Weiterentwicklung begriffene Heilkunde. Dies gilt nach Chopra auch für deren Welt- und Menschenverständnis, wobei hier eine Mikrokosmos-Makrokosmos-Analogie leitend ist. Dementsprechend kommt sowohl für die Diagnose als auch die Therapiewahl der Umwelt und ihren innermenschlichen Entsprechungen eine zentrale Bedeutung zu, wobei konstitutionelle und individuelle Faktoren eine differenzierte Berücksichtigung finden. Chopra weist darauf hin, dass der in Indien praktizierte Ayurveda keineswegs einfach in westlichen Ländern kopiert werden kann, sondern einer „intelligenten Übersetzungsarbeit“ bedarf.

Schließlich zeigt Stefan Kirchoff, dass auch die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) und ebenso die ihr eigenen Auffassungen von Mensch und Natur bzw. Kosmos trotz ihrer mehrtausendjährigen Historie nicht ein monolithisches und abgeschlossenes Gebilde darstellen. Der Begriff selbst wurde erst unter Mao geprägt. Bei den im Westen gebildeten Vorstellungen über die TCM handelt es sich nicht nur um ein gefiltertes und selektiertes Importwissen, sondern auch um Ergebnisse von Projektionen und der Befriedigung esoterischer Sehnsüchte. Im Spannungsfeld zwischen Daoismus und Konfuzianismus geformt, ist für das Menschenbild der TCM ein Denken in Polaritäten zwischen diametral entgegengesetzten Qualitäten leitend, das sich als Pars pro Toto mit den Begriffen Yin und Yang zusammenfassen lässt und das bei diag-

nostischen und therapeutischen Überlegungen eine zentrale Rolle spielt. Im Gegensatz zu strukturell-morphologischen Aspekten der restlichen Medizin dominiert in der TCM eine funktionelle und energetische Sichtweise.

Wir danken der *Zukunftsstiftung Gesundheit* für die finanzielle Unterstützung, die es uns ermöglicht hat, die vorliegende Monographie zu realisieren. Ferner danken wir allen Referenten und Teilnehmern des Symposiums für ihre höchst anregenden Vorträge, Manuskripte und Diskussionsbeiträge. Die Diskussionen waren sehr konstruktiv und haben zweifellos zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses und des gegenseitigen Respektes beigetragen. Dies ermutigt uns, den mit der Etablierung des Dialogforums eingeschlagenen Weg eines intraprofessionellen interparadigmatischen Dialogs mit Elan und Zuversicht weiter zu beschreiten. Für die organisatorische Gestaltung der Veranstaltung danken wir allen beteiligten Mitarbeitern der Ärztekammer Nordrhein und ganz besonders Frau Dipl.-Ges.Oec. Nina Rüttgen, deren Engagement und Geduld für die erfolgreiche Entwicklung des Dialogforums Pluralismus höchst wichtig war und ist. Mittlerweile ist vom Dialogforum ein weiteres Symposium mit der Thematik „Pluralismus der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation?“ im November 2004 in Berlin durchgeführt worden. Auf die Widergabe der dort gehaltenen Vorträge in der Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen [Kiene, Ollenschläger, Willich 2005] sei der Interessierte verwiesen.

Der Philosoph Gadamer, der über 100 Jahre alt geworden ist, sagte einmal auf die Frage, was in seinem langen philosophischen Leben seine primäre Lebenserkenntnis sei, dass er zu der Einsicht gekommen wäre, dass „der andere recht haben könne“. Von dieser Einschätzung ausgehend, erhoffen wir uns in Zukunft fruchtbare Erkenntnisse im „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“. Wir wünschen Ihnen einen großen Gewinn bei der Lektüre dieses Bandes und hoffen auf eine Bereicherung der Diskussion, die auch zum wechselseitigen Verständnis beitragen und damit die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten aller medizinischer Richtungen fördern kann.

## Literatur

- Häußermann D, Allensbach-Studie: Wachsendes Vertrauen in Naturheilmittel. Dtsch Ärzteblatt (1997), 94, A-2466
- Härtel U, Volger E, Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd (2004), 11, 327–334
- SGB V (2005), 13. Aufl., 11, 39, 158. Deutscher Taschenbuch Verlag, München
- Willich SN, Girke M, Hoppe JD, Kiene H, Klitzsch W, Matthiesen PF, Meister P, Ollenschläger G, Heimpel H, Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. Dtsch Ärzteblatt (2004), 101, A1314–1319
- Kiene H, Ollenschläger G, Willich SN (Hrsg), Pluralismus der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation? Z Ärztl Fortbild Qual (2005), 99, 261–323



## Medizin als praktische Wissenschaft – Die Frage nach ihrem Menschenbild

Wolfgang Wieland

Das Dialogforum „Pluralismus in der Medizin“ hat zu einem Symposium unter dem Leittitel „Menschenbild und Medizin“ eingeladen. Es verbindet damit die Hoffnung, dass sich das, was die Schulmedizin und die verschiedenen Richtungen der Komplementärmedizin voneinander trennt, ebenso aber auch das, was sie miteinander verbindet, leichter auf den Begriff bringen lässt, wenn man die Menschenbilder ins Visier nimmt, die hinter den jeweiligen Grundprinzipien der Diagnostik und der Therapie stehen, wie sie in den unterschiedlichen Richtungen der Medizin praktiziert werden. Es ist eine Hoffnung, die sich zugleich darauf richtet, dass sich Vertreter der Schulmedizin und der Komplementärmedizin auf einer Ebene begegnen, auf der sich allfällige Berührungspunkte neutralisieren lassen und auf der die Möglichkeiten einer Kooperation ebenso wie deren Grenzen abgesteckt werden können. Fast überflüssig ist es, darauf aufmerksam zu machen, dass gerade hier Nüchternheit und Achtsamkeit angesagt ist. Denn der Begriff des Menschenbildes ist nun einmal auch in besonderer Weise festredenträchtig. Gewiss kann die Orientierung an ihm von Nutzen sein, wenn es darum geht, Verständnisbarrieren zu beseitigen und polemische Verhärtungen vom Typus „Wissenschaft contra Aberglauben“ aufzulö-

sen. Dabei darf man aber nicht blind sein für die Gefahr, dass man die Dinge in die Sphäre friedlicher und kollegialer Unverbindlichkeit abschiebt und sich auf bloße Formelkompromisse einigt, mit denen die Probleme nicht gelöst, sondern ihre Erörterung allenfalls vertagt wird.

Ich bin gebeten worden, zu den Fragen, mit denen sich das Dialogforum befasst, ein Votum nicht aus der Sicht des praktizierenden Arztes, sondern von der Warte des Medizintheoretikers und Medizinphilosophen aus abzugeben. Hier braucht man freilich keine metaphysischen Höhenflüge auf unkontrollierbar hochstehendem Niveau zu befürchten. Die Kompetenz und die Aufgaben des Medizintheoretikers sind bescheidener: Von ihm kann man in erster Linie verlangen, dass er für *Ordnung im Haushalt der Begriffe* sorgt. Manch einem mag eine solche Aufgabe trivial erscheinen, zumal da Begriffe eigentlich nur mentale Werkzeuge sind, die wie auch alle anderen Werkzeuge in der Hand des Kundigen ihre Aufgabe umso besser erfüllen, je weniger man sie selbst zum Ziel seines Interesses macht. Wir pflegen uns mit Hilfe von Begriffen zu verständigen, deren Sinn sich von selbst zu verstehen scheint. Nur in Ausnahmefällen machen wir sie selbst zum Gegenstand, dann nämlich, wenn sie die ihnen zugeordneten Aufgaben ein-

mal gerade nicht erfüllen. Dann muss man sich vergegenwärtigen, dass wir – entgegen dem ersten Anschein – in keinem der Begriffe, mit denen wir in unserer Profession oder im alltäglichen Leben umgehen, ein Gebilde sehen dürfen, das nach seinem Inhalt und seinem Umfang ein für alle Mal fixiert wäre. Dadurch, dass man mit Begriffen umgeht, schleifen sie sich gleichsam ab. Und weil sich dies zumeist unterhalb der Bewusstseinschwelle abspielt, müssen sie immer wieder neu justiert werden. Das gilt in besonderem Maße für jene Begriffe, die den kategorialen Rahmen unseres Weltverständnisses wie auch unseres Selbstverständnisses bilden. Zudem darf man die Spannung nicht übersehen, die darin liegt, dass auf alte, überkommene Begriffe gerade auch derjenige zurückgreifen muss, der Neues, Innovatives mitteilen will.

Bevor man die inhaltsbezogenen Merkmale der Menschenbilder betrachtet, die hinter den einzelnen Richtungen der Medizin stehen, ist es daher zweckmäßig, sich zunächst darüber klar zu werden, welchen Sinn man mit der Rede von Menschenbildern verbindet und welche Funktionen man ihnen abzuverlangen pflegt. Menschenbilder sind nämlich höchstens in Ausnahmefällen Resultate wissenschaftlicher Forschung. Ihr Ursprung liegt zumeist vor aller Wissenschaft. Es gehört zu den anthropologischen Konstanten, dass die Menschen Lebewesen sind – vermutlich sogar die einzigen Lebewesen –, die sich ein Bild von sich selbst machen und die ihr Leben an diesem Bild orientieren können. Solche Bilder werden dem Menschen auf unmittelbare Weise zu-

nächst von Sagen, Mythen und Religionen vermittelt, oft in bildlicher Rede, implizit aber auch von dem Umfeld, in das er hineingeboren wird, in dem er aufwächst und in dem er – modern ausgedrückt – seine Sozialisation erfährt. In diesem Sinn spricht man beispielsweise vom christlichen, vom buddhistischen, vom materialistischen, bis vor kurzem auch vom marxistischen Menschenbild ebenso wie von manchen anderen weltanschaulich fundierten Menschenbildern. Sie haben den Status von Symbolen, die jeweils auf die wesentlichen Inhalte einer Glaubensüberzeugung verweisen. Deswegen erheben sie einen universellen Anspruch: Sie wollen den Menschen inmitten seiner Welt in seiner Ganzheit und in allen seinen Bezügen erfassen und decken deswegen oft auch Bereiche ab, die vom menschlichen Erkennen, sofern es auf rationale Begründungen aus ist, nicht mehr erreicht werden. Es gehört zu der Funktion solcher Menschenbilder, dass sie dem Menschen nicht nur vermitteln wollen, was er ist und was er sein kann, sondern auch, was er sein und wie er leben soll. Leicht übersieht man, dass jedes Menschenbild auch normative Elemente enthält, die seinen Charakter manchmal stärker prägen als seine deskriptiven, faktenbezogenen Elemente.

Von Menschenbildern spricht man aber auch noch in einem ganz anderen Sinn. Hier ist an Bilder zu denken, die man besser als Modelle bezeichnet. Sie symbolisieren keine Glaubensüberzeugungen, die das menschliche Leben in seiner Ganzheit zu erfassen und zu normieren bestimmt sind. Bei ihnen handelt es



sich um artifizielle Gebilde, die durch mentale Experimente von der Art gezielter Abstraktionen oder Konstruktionen entstehen. Zu diesen Modellen gehören auch bestimmte Rollen, die ein Mensch übernehmen und spielen, aber auch wieder abgeben kann. Was hier gemeint ist, kann man sich an dem Beispiel des Homo oeconomicus klar machen, mit dem die Wirtschaftswissenschaftler gerne arbeiten. Bei diesem Homo oeconomicus handelt es sich um das idealtypische Bild eines Menschen, der sich mit seiner ganzen Existenz der Welt des Gewinnstrebens ergeben hat. Sein Leben und Handeln orientiert er ausschließlich an dem Ziel, die Bilanz seines wirtschaftlichen Nutzens zu maximieren. Zu diesem Zweck ist er auch ständig darum bemüht, sich die für seine Handlungsentscheidungen bedeutsamen Informationen zu verschaffen. Dieser Homo oeconomicus ist jedoch eine bloße Konstruktion, eine Konstruktion freilich, die sich besonders ihres heuristischen Potentials wegen als eminent fruchtbar erwiesen hat. Sie leistet den Ökonomen gute Dienste, wenn sie ihnen in Fallstudien hilft, idealisierte Alternativen in Gedankenexperimenten durchzuspielen und zu bewerten. Für den wirklichen Menschen bleibt der Homo oeconomicus dagegen immer nur eine idealtypische Rolle. Würde er sich mit ihr so weit identifizieren, dass es ihm nicht mehr möglich wäre, auch andere Rollen zu übernehmen, wäre er allenfalls die Karikatur eines lebendigen Menschen.

Fragt man nach der Tragweite der Menschenbilder in der Medizin und für die Medizin, so sollte man nicht aus dem

Auge verlieren, dass man in diesen beiden Bedeutungen – Glaubensüberzeugung oder Modellkonstruktion – von ihnen sprechen kann. Im Rahmen der Thematik unseres Symposiums wird allerdings nur die erste dieser beiden Alternativen bedeutsam. Stellt sich der Arzt den mit ihr verbundenen Problemen, so muss er sich stets vergegenwärtigen, dass nicht nur er sich in der Ausübung seiner Profession, bewusst oder unbewusst, an einem Menschenbild – nämlich seinem eigenen – orientiert, sondern dass sich auch der Patient, dem er begegnet, ebenfalls einem Menschenbild, vielleicht ganz anderer Art, verpflichtet weiß. Er muss nur wissen, dass er sich in der Ausübung seines Berufs nicht auf so etwas wie ein „naturwissenschaftliches Menschenbild“ berufen kann, gleichgültig, welcher medizinischen Richtung er verpflichtet ist. Denn ein naturwissenschaftliches Menschenbild in dem Sinn, in dem in unserem Zusammenhang von Menschenbildern die Rede ist, gibt es nicht und kann es nicht geben. Denn jede Naturwissenschaft untersucht immer nur faktische Sachverhalte, wenn sie danach fragt, unter welchen Bedingungen in der realen Welt etwas der Fall oder nicht der Fall ist. Eine auch noch so raffiniert geplante naturwissenschaftliche Analyse kann indessen niemals entdecken, was sein und was nicht sein soll. Ein Menschenbild, das nicht lediglich den Status eines abstrakten Modells hat, sondern eine umfassende Glaubensüberzeugung symbolisiert, muss aber auch die normative und die praktische Dimension abdecken. Gerade wenn man die Funktion von Men-

schenbildern im Blick auf den ärztlichen Auftrag erörtert, kann man nicht darauf verzichten, das Interesse vornehmlich deren normativem Potenzial zuzuwenden. Die Erforschung bloßer Fakten liefert für sich allein niemals eine tragfähige Basis für die Beantwortung von Legitimationsfragen. Gegenständliche Naturforschung allein könnte noch nicht einmal eine Antwort auf die einfache Frage begründen „Warum überhaupt Medizin?“

Nicht leicht zu beantworten sind Fragen wie die, ob Menschenbilder wahrheitsfähig sind, unter welchen Bedingungen man, wenn überhaupt, von richtigen oder von falschen Menschenbildern sprechen kann und in welcher Weise Menschenbilder einer Kritik unterzogen werden können. Dahinter steht die Frage, ob die Identifizierung mit einem Menschenbild entweder auf einer Erkenntnis oder auf einem Bekenntnis, auf einer Einsicht oder auf einer Entscheidung beruht, mag einem diese Entscheidung auch von anderen abgenommen worden sein. Wer eine solche Frage stellt, hat aber schon vorausgesetzt, dass er es mit Gliedern einer Alternative zu tun hat, die einander ausschließen. Doch bei derartigen Erörterungen darf man nicht übersehen, dass die Analyse eines Menschenbildes eine Vielheit von heterogenen Elementen zutage fördert, nicht nur Tatsachennahmen, sondern auch Gebote und Verbote, Werte und Normen. Solche Elemente verlangen unterschiedlich strukturierte Gestalten der Kritik. Zustimmung und Widerspruch in Bezug auf eine Norm oder eine Werteordnung sind von anderer Natur und folgen anderen Regeln als

Annahmen über die Existenz oder die Nichtexistenz von faktischen Sachverhalten. Die unterschiedliche Struktur dieser Elemente muss man auch deswegen im Auge behalten, weil Gebote und Werte oftmals auch in maskierter Gestalt auftreten. Das geschieht beispielsweise dann, wenn sie die äußere Form von Tatsachenbehauptungen annehmen, hinter denen sie ihre wahre Natur gleichsam verstecken.

Weil sich in jedem ernst zu nehmenden Menschenbild eine Gemengelage von faktischen und normativen Elementen ausmachen lässt, kann es als Folge neuer Erkenntnisse über die reale Welt, insbesondere durch Resultate wissenschaftlicher Forschung in Krisen geraten, die auch Zweifel in Bezug auf die Verbindlichkeit seines normativen Gehalts nähren. Sucht man in dieser Hinsicht nach einschlägigen historischen Beispielen, so braucht man nur an die Namen von Nikolaus Kopernikus, von Charles Darwin, von Sigmund Freud zu erinnern. Gerade die Auseinandersetzungen der christlichen Religion mit der modernen Wissenschaft liefern insoweit reichhaltiges Material zu lehrreichen Fallstudien. Sie können einem zeigen, wie sich der normative Gehalt eines Menschenbildes bewahren lässt, wenn man manches von dem als bildliche Rede deutet, was man bis dahin gemäß seinem puren Wortsinn verstanden hatte. Ein Menschenbild kann in eine Krise aber auch dadurch geraten, dass ein Stück seines realen Gehaltes wegbricht. Das geschieht, wenn die Fakten nicht mehr dieselben sind, wenn die reale Welt nicht mehr dieselbe ist wie die Welt, auf

die sich der normative Gehalt des Menschenbildes bis dahin beziehen ließ. Hier kann man an die Entwicklungen in der gegenwärtigen Mikrobiologie denken, die sich anbahnen und die Aussicht eröffnen, eines nicht allzu fernen Tages das Wesen des Menschen, das man bisher für eine Konstante gehalten hatte, verändern zu können, nicht nur in Bezug auf seine physische, sondern auch auf seine psychische Ausstattung, beispielsweise auf seine Triebstruktur. Sobald dieser Punkt erreicht ist, geht es nicht mehr lediglich darum, was für ein Bild sich der in der Welt vorfindende Mensch von sich selbst und von seiner Welt macht. Denn in diesem Fall muss auch darüber entschieden werden, auf der Grundlage welcher Bilder, besser noch: welcher Blaupausen ein neuer Mensch hergestellt, konstruiert werden soll. Doch diese Probleme liegen außerhalb des Themenkreises, mit dem sich unser Symposium befasst.

Dieses Symposium macht es sich zur Aufgabe, mittels einer Konfrontation der hinter der jeweiligen ärztlichen Arbeit stehenden Menschenbilder das Verhältnis zu bestimmen, in dem die Schulmedizin und die verschiedenen Richtungen der Komplementärmedizin zueinander stehen. Gerade weil dieses Verhältnis durch Kontroversen charakterisiert ist, sollte man den Blick zunächst auf das richten, worin die unterschiedlichen Schulen und Richtungen übereinkommen. Zweckmäßig ist dies auch deswegen, weil das Bewusstsein einer gemeinsamen Basis dazu beitragen kann, die Auseinandersetzungen zu versachlichen. Im Blick auf diese Basis müssen alle Beteiligten einander

zugestehen, dass das, was sie praktizieren, ihrer Intention nach jedenfalls Medizin ist – wenn auch vielleicht eine in Irrtümern befangene, auf falschen Prinzipien beruhende Medizin, vielleicht eine unvollständige, ihre Möglichkeiten nicht ausnutzende oder eine in Bezug auf ihre Wirksamkeit nicht hinreichend geprüfte Medizin. Ohne einen derartigen Minimalkonsens wäre jedes Gespräch zum Scheitern verurteilt. Diese Gemeinsamkeit zeigt sich darin, dass sich jeder Arzt, an welchem Menschenbild er seine Arbeit auch immer orientiert, seinem Patienten verpflichtet weiß. Dieser Patient hat sich in seine Obhut begeben, als ein Homo patiens, ein leidender Mensch, der in eine Situation geraten ist, in der sein Leben bedroht oder in seinen Möglichkeiten reduziert ist, der Heilung oder wenigstens Linderung seines Leidens verlangt, um diese Situation bestehen zu können, in der er sich selbst zu helfen nicht mehr fähig ist [vgl. Wieland 1993]. Nun kann der Mensch von Leid ganz unterschiedlicher Art betroffen werden. Aber der Arzt weiß, dass er – innerhalb von nicht immer randscharf markierten Grenzen – nur für jenes Leid und Leiden der berufene Begleiter ist, dessen Ursachen oder dessen Folgen sich auch im Bereich des Körpers manifestieren.

Man mag einwenden, dass es sich bei dem eben Gesagten doch nur um eine Trivialität handelt, deren Selbstverständlichkeit eine Erörterung, selbst eine Erwähnung erübrigt. Doch gerade die Orientierung am Menschenbild des Homo patiens, der Hilfe begehrt, macht einen darauf aufmerksam, dass die Medizin

ihrem formalen Status nach eine *praktische Wissenschaft* ist. Wer heute nach dem Status der Medizin fragt, erhält freilich sehr oft nur die Antwort, sie sei angewandte Naturwissenschaft. Dabei orientiert man sich an den Wissenschaften von der Natur, wie sie mit ihren spezifisch neuzeitlichen Fragestellungen und Methoden heute allenthalben betrieben werden. Das ist immerhin verständlich, da die Medizin keiner ihrer Wandlungen, die sie in ihrer langen Geschichte erfahren hat, so große und so wirkungsmächtige Fortschritte verdankt wie der Übernahme von Resultaten der modernen naturwissenschaftlichen Forschung und der Anwendung der dort entwickelten Methoden. So ist es kein Zufall, dass heute manch ein Vertreter gerade der Schulmedizin auch sich selbst und seine Tätigkeit einseitig, von der modernen Naturwissenschaft her versteht. Auch im Bereich der verschiedenen Richtungen der Komplementärmedizin werden schließlich die der modernen Naturwissenschaft entstammenden Resultate und Methoden nicht überall verschmäht, auch wenn man dort in höherem Maße als in der Schulmedizin von Hilfsmitteln Gebrauch macht, die aus anderen Quellen stammen.

Es ist nicht rundum verfehlt, den Status einer Wissenschaft von den Hilfsmitteln her zu bestimmen, deren sie sich bedient. Dennoch wird die Sachlage dabei auf unangemessene Weise verzeichnet, da sie den Blick von dem Ziel ablenkt, das die Wissenschaft verfolgt. Immerhin ist im Begriff der Anwendung das für die sachgerechte Einstufung der Medizin als Wissen-

schaft zentrale Merkmal enthalten, nämlich die Ausrichtung auf eine bestimmte Praxis, auf eine bestimmte Tätigkeit hin. Hier darf man an die alte, ihrem Ursprung nach aristotelische Einteilung der Wissenschaften in theoretische und praktische Disziplinen erinnern. Sie ist in letzter Zeit fast in Vergessenheit geraten, nachdem sie dem heute beliebten Klassifizierungsschema Platz gemacht hat, das Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften unterscheidet. Nun lassen sich in dieses Schema gewiss nicht alle wissenschaftlichen Disziplinen zwanglos einordnen. Trotzdem musste sie es sich gefallen lassen, zu einem Gegensatz von zwei Kulturen hochstilisiert zu werden, deren Vertreter grundverschiedene Sprachen sprechen und füreinander weder Interesse noch Verständnis aufbringen. Im Vergleich mit dem Schema von Natur- und Geisteswissenschaften, aber auch mit der Unterscheidung von reinen und angewandten Disziplinen erweist sich die alte *Einteilung in theoretische und praktische Wissenschaften* als zwei gleichrangigen und voneinander unabhängigen Fächergruppen immerhin als sachgerechter.

Theoretische Wissenschaften sind nach dieser Einteilung Disziplinen, in denen man der Idee nach zweckfreie Erkenntnis, Erkenntnis um ihrer selbst willen sucht – oder die man zumindest so betreibt, *als ob* der Dienst an der Erkenntnis Selbstzweck wäre. In diesem Sinn ist der Forscher, mag er Philologe oder Mathematiker, Physiker oder Historiker sein, nur darauf aus, in Freiheit gegenüber allen Zwecksetzungen und Machtansprüchen von Autoritäten, gleichsam im

Stand der wissenschaftlichen Unschuld, aus der Distanz eines keinen anderen Interessen verpflichteten, unbeteiligten Beobachters Erkenntnisse über die reale oder eine ideale Welt zu gewinnen und zu begründen. Frei ist er auch von jeder Verantwortung für die Ziele, die von anderen angestrebt und mit Hilfe der von ihm erarbeiteten Resultate verwirklicht werden. Moderne liberale Staatsverfassungen garantieren der Wissenschaft diese Freiheit, weil sie in ihr ein Mittel sehen, das geeignet ist, den Menschen aus einer Unmündigkeit zu befreien, in der ihm von Autoritäten unterschiedlicher Art vorgeschrieben wurde, was er als wahr anzuerkennen hat. Das Menschenbild, das hinter den dem Ideal der Freiheit, auch der Zweckfreiheit verpflichteten theoretischen Wissenschaften steht, ist demnach das Bild des mündigen Menschen, der die Sache der Erkenntnis und der Wahrheit selbst in die Hand nimmt und damit auf exemplarische Weise ein Stück der ihm menschenrechtlich zukommenden Freiheit realisiert.

Praktischen, auf Handeln und Tätigkeiten bezogenen Wissenschaften ist demgegenüber ein anderer Status eigen. Ist von ihnen die Rede, so denkt man heute vielleicht zuerst an die technischen Disziplinen, die sich die Herstellung oder Gestaltung einer Sache oder eines Zustandes zum Ziel setzen. Praktische Wissenschaften im engeren Sinn – wie die Medizin, die Jurisprudenz oder die Politologie – sind indessen dadurch charakterisiert, dass es in ihnen nicht um irgendwelche Tätigkeiten geht, sondern um jenes Handeln, das handlungsfähige Personen ins

Visier nimmt und auf sie zielt. Für sie gelten andere Grundsätze als für die theoretischen Fächer. Ihre Eigenart verfehlt man, wenn man in ihnen lediglich angewandte oder anwendende Wissenschaften sieht. Es charakterisiert nämlich diese Disziplinen, dass sie sich stets auch selbst als Element der Welt ansehen müssen, mit der sie befasst sind. Ihre Vertreter können, anders als die Theoretiker, in Bezug auf ihren Gegenstand nicht die Position eines unbeteiligten Beobachters einnehmen. Zwar erarbeiten auch sie Erkenntnisse, diese werden von ihnen aber noch nicht einmal der Idee nach um ihrer selbst willen gesucht, denn diese Disziplinen finden ihren Zweck in einem bestimmten zielgerichteten Handeln – wohlgermerkt in diesem *Handeln* selbst und nicht nur in Erkenntnissen von ihm. So gesehen, ist die Medizin eine Handlungswissenschaft in dem Sinn, dass sie Handlungen nicht nur zum Gegenstand macht, sondern auch selbst handelt.<sup>1</sup> Ihr von Hause aus praktischer Charakter wird nicht dadurch relativiert, dass sie in ihrem Handeln zum

---

1 Es lässt sich zeigen, warum gerade dieser Unterschied für die Natur einer praktischen, also handelnden Wissenschaft von zentraler Bedeutung ist. Das Wissen von einem Sachverhalt, auch von einer Handlung kann man durch die Zuordnung eines Wahrscheinlichkeitsgrades relativieren oder gleichsam abschwächen. Das Handeln selbst ist dagegen das, was es ist, stets ganz und ungeteilt. Eine Handlung wird realisiert oder sie wird nicht realisiert. Grundsätzlich kann man sogar den Grad der Wahrscheinlichkeit eruiieren, mit dem damit zu rechnen ist, dass man in der Zukunft eine bestimmte Handlung realisieren wird. Ist dies aber geschehen, so kommt deswegen der Handlung selbst nicht bloß eine gewisse Wahrscheinlichkeit zu.

Wohle des Patienten, in weitem Umfang auch von Ergebnissen theoretischer, vorwiegend naturwissenschaftlicher Fächer Gebrauch macht.

Nun darf man fragen, was damit gewonnen ist, wenn man die Medizin ihrem Status nach als nicht als angewandte Naturwissenschaft, sondern als praktische Wissenschaft einstuft. Ein Skeptiker mag sogar argwöhnen, dass hier letztlich nur ein folgenloses Spiel mit Begriffen betrieben wird. Doch es lässt sich deutlich machen, dass dem nicht so ist. Dass die Medizin in weitem Umfang von Ergebnissen und Methoden der naturwissenschaftlichen Forschung Gebrauch macht, wird freilich niemand ernsthaft bestreiten. Wer sie jedoch allein auf dieser Basis definieren will, entwertet von vornherein alle Möglichkeiten, dem leidenden, vom Tod bedrohten Menschen auch mit Hilfsmitteln anderer Provenienz beizustehen. Der Satz „Wer heilt, hat Recht“ mag Gefahr laufen, die einschlägigen Probleme zu trivialisieren. Dennoch macht er in seiner holzschnittartigen Einfachheit darauf aufmerksam, dass man den Status der Medizin nicht von ihren Hilfsmitteln und Werkzeugen, sondern ausschließlich von ihrem Ziel her bestimmen muss – wie immer sie ihn auch erreicht. Die Ergebnisse der Arbeit des Arztes haben stets Vorrang vor den Voraussetzungen, unter denen sie erzielt worden sind.<sup>2</sup>

Zur Verdeutlichung der Eigenart der praktischen Wissenschaften seien einige der für sie charakteristischen Merkmale angeführt. So kann eine solche Disziplin gerade deswegen, weil sie ihr Ziel in einem bestimmten Handeln findet, nicht

auf das Ideal der Wertfreiheit verpflichtet werden. Denn jedes menschliche Handeln unterliegt einer Bewertung, mit der es als legitim oder illegitim, als geboten, freigestellt oder verboten eingestuft wird. Jeder handelnde Mensch unterstellt sein Tun einer ethischen Normierung, sei es

---

2 Erwünschte Resultate können gelegentlich sogar auf der Grundlage fragwürdiger oder gar falscher Voraussetzungen erzielt werden. Sie lassen sich durch den Hinweis auf eine derartige Entstehung nicht entwerten. Nur auf den ersten Blick scheint überzeugend zu argumentieren, wer geltend macht, falsche Voraussetzungen würden einen der Mühe entheben, sich mit den Resultaten auseinander zu setzen, da aus Falschem niemals Richtiges folgen könne. Doch Argumentationen, die diesem Muster folgen, sind selbst unhaltbar – ihrer vermeintlichen Evidenz zum Trotz. Das ergibt sich bereits aus den Gesetzen der formalen Logik. Hier wird ein Lehrinhalt (die so genannte Paradoxie der Implikation) bedeutsam, der für manch einen Anfänger in der Logik in der Tat wie ein Stolperstein wirkt. Es handelt sich um die Merkwürdigkeit, dass sich aus wahren Sätzen auf formal logisch korrekte Weise nur wahre Sätze erschließen lassen, dass es andererseits jedoch möglich ist, aus falschen Sätzen nicht nur andere falsche Sätze, sondern gelegentlich auch wahre Sätze abzuleiten, und dies, wohlgemerkt, auf logisch vollkommen korrekte Weise. Aus diesem Grund lässt sich ein Resultat auch inhaltlich nicht schon dadurch ad absurdum führen, dass man auf falsche Voraussetzungen verweist, auf deren Grundlage es erzielt worden ist. Mit anderen Worten: Richtige Voraussetzungen garantieren in der Logik, sofern nur methodisch korrekt gearbeitet wird, auch richtige Resultate; falsche Voraussetzungen können dagegen bald zu falschen, bald aber auch zu richtigen Resultaten führen. Natürlich will jede Wissenschaft die Resultate ihrer Arbeit in letzter Instanz auch auf richtige Prinzipien gründen. Dem steht jedoch nicht entgegen, dass der Möglichkeit, zutreffende Ergebnisse gelegentlich auch auf der Basis falscher Voraussetzungen zu erzielen, ein heuristisches Potential innewohnt, das man nicht verachten sollte.

auf ausdrückliche oder zumindest auf latente Weise. Als praktische Wissenschaft kann sich die Medizin daher noch nicht einmal fiktiv von der Dimension der Werte distanzieren. Das ist der Grund, warum die ärztliche Ethik ein Zweig dieser Wissenschaft und nicht lediglich ein Superadditum darstellt. Der in unserer Gegenwart stark zunehmende Komplikationsgrad der einschlägigen Probleme hat bekanntlich, um die Präsenz der Wertdimension zu sichern, zu der Bestellung von Ethikkommissionen geführt. Jedenfalls kann sich kein Vertreter einer praktischen Disziplin, auch nicht der handelnde oder der forschende Arzt, auf die Freiheit der Wissenschaft berufen und gegenüber den für alles menschliche Handeln geltenden ethischen Normen irgendwelche Sonderrechte beanspruchen. Das hatte beispielsweise die Deutsche Forschungsgemeinschaft verkannt, als sie sich in einem für die Öffentlichkeit bestimmten Memorandum für die These stark machte, in bestimmten Fällen könne das Zurücktreten des – menschenrechtlich garantierten – Grundrechts auf Leben gegenüber dem Grundrecht auf Forschungsfreiheit geboten sein.<sup>3</sup> Man erweist der Wissenschaft und der Forschung keinen Dienst, wenn man verlangt, dass für sie notfalls auch das Leben von Menschen eingesetzt wird.

Eine fundamentale Differenz zwischen theoretischen und praktischen Disziplinen zeigt sich in ihrem Umgang mit Hypothesen. Zu dem erstaunlichen Erfolg der neuzeitlichen theoretischen Wissenschaften hat zu einem guten Teil beigetragen, dass sie nicht nur in weitem Umfang

von Hypothesen Gebrauch gemacht haben, sondern sich auch häufig damit zufrieden gaben, hypothetisches Wissen zu erarbeiten. Analysiert man die Resultate ihrer Arbeit auf ihre logische Struktur hin, so zeigt sich, dass eine große Anzahl von ihnen die Form von Wenn-Dann-Aussagen hat. In der Regel wird nicht erforscht, was schlechthin, sondern was unter bestimmten Voraussetzungen der Fall ist. Nun kann auch eine praktische Disziplin von Hypothesen Gebrauch machen. Das geschieht, wenn sie Vorerwägungen in Bezug auf Handlungsalternativen anstellt. Gleichwohl gibt es zwar ein hypothetisches, nur unter bestimmten Voraussetzungen gültiges Wissen, aber es gibt kein hypothetisches Handeln, kein wirkliches Handeln auf Probe. Mit jedem Handeln ist gleichsam der „Ernstfall“ gegeben, weil mit ihm Unwiderrufliches und Endgültiges gesetzt wird. Eine Hypothese kann man zurücknehmen oder austauschen; eine Handlung kann man zwar bereuen, aber niemals widerrufen.

Die Fragen, auf die der Theoretiker eine Antwort sucht, hat er sich zumindest im Prinzip immer selbst gestellt. In dem von ihm geplanten Experiment kann er sogar den Gegenstand, auf den er sein Interesse richten will, nicht nur selbst bestimmen, sondern sogar auch präparieren und gestalten. Ganz andere Verhältnisse liegen in der Medizin vor. Der Arzt wählt sich seine Probleme niemals selbst aus; sie werden ihm vielmehr von seinem Partner, vom Patienten gestellt. Deshalb

---

<sup>3</sup> Vgl. das Memorandum „Forschungsfreiheit“, Weinheim 1966.

steht der Praktiker zudem, wie es ohnehin der Eigenart allen Handelns entspricht, auch immer unter dem Diktat der Zeit, des Hier und Jetzt. Der Theoretiker muss es aushalten können, seine Probleme einstweilen auch einmal zu suspendieren und in der Schwebelage zu lassen. Der Arzt kann hingegen die Dinge nie auf sich beruhen lassen. Das von ihm geforderte Handeln darf er niemals aufschieben.

Der strukturelle Unterschied zwischen theoretischen und praktischen Wissenschaften zeigt sich auch im Status ihrer Vertreter. Wer zumindest der Idee nach Erkenntnis um ihrer selbst willen sucht, kann die Resultate seiner Bemühungen in Gestalt eines Systems von Sätzen objektivieren und sich mit seiner eigenen Person zugleich davon distanzieren. Seine Position ist die eines unbeteiligten Beobachters, der die Dinge gleichsam von außen betrachtet. Dagegen kann der Handelnde niemals hinter sein Handeln zurücktreten. In das Gegenstandsfeld, mit dem er sich befasst, ist er stets auch selbst involviert. Denn mit seinen Handlungen hat man sich immer schon unwiderruflich identifiziert, auch wenn einem dies im Einzelfall vielleicht nicht gefällt oder wenn man sein Handeln später bereut. Das darf man nicht übersehen, wo nach dem Menschenbild der Medizin gefragt wird. Von ihrer personalen Verankerung kann man noch nicht einmal fiktiv abstrahieren. Das ist der Grund, warum es bei der Frage nach ihrem Menschenbild nicht nur um das Bild des *Homo patiens*, sondern in gleicher Weise auch um das Bild des unter dem Diktat der Zeit stehenden Arztes geht.

Achtet man auf den Status der Medizin als den einer praktischen Wissenschaft, wird man auch leichter der Eigenart der Begriffe gerecht, mit denen sie umgeht und mit denen sie ihr Handeln begleitet. Ihrem formalen Charakter nach sind sie nämlich handlungsleitende Begriffe. Betrachtet man beispielsweise den Begriff der Diagnose auch auf seine Funktion hin, so zeigt sich sofort, dass er allenfalls beiläufig ein Erkenntnisbegriff ist, in seinem Kern jedoch zu den Handlungselementen gehört, derer sich der Arzt bedient, um die in der jeweiligen Situation gebotenen Handlungen nicht nur zu ermitteln, sondern zugleich auch zu normieren. Deswegen kann es unärztliches Verhalten sein, Diagnostik zu betreiben, aus der nichts weiter folgt. Losgelöst aus der Handlungskette, in der sie ihre unvertretbare Funktion erfüllt, kann der pure Erkenntniswert einer Diagnose nur wenig Interesse erwecken.

Auch der Leitbegriff der Krankheit gehört zu den praktischen Begriffen. Er markiert jenen Teilbereich menschlichen Lebens und Leidens, auf den die ärztliche Kunst ausgerichtet ist und in dem sie aktiv wird. Hier scheint es, als würde sich die einseitig an den Naturwissenschaften orientierte Deutung der Medizin schließlich doch noch bewähren. Ein Krankheitsprozess ist ein Naturvorgang und kein Resultat des Eingreifens übernatürlicher Mächte – das ist ein Grundsatz, den man schon der griechischen Medizin verdankt. Die Erforschung derartiger Vorgänge mit den Mitteln der neuzeitlichen Naturwissenschaft hat dann eine Vielzahl von Möglichkeiten eröffnet, gezielt in sie



eingzugreifen. Dennoch bleibt jede Argumentation lückenhaft, mit der man versucht, auf eben diesen Möglichkeiten einen natürlichen Krankheitsbegriff zu gründen. Denn einen natürlichen Krankheitsbegriff gibt es nicht. Das scheint eine reichlich provokante These zu sein. Aber auch wenn Krankheiten Naturprozesse sind, lässt sich dieser Tatsache allein noch kein Hinweis darauf entnehmen, an welchen Kriterien man sich orientieren soll, wenn man aus der unüberschaubar großen Fülle der Naturereignisse eine Teilklasse von Vorgängen eingrenzen will, um sie und nur sie als Krankheiten zu markieren und in ihren von der Natur vorgezeichneten Verlauf einzugreifen. Noch keiner der vielen Versuche, einen Krankheitsbegriff ausschließlich mit Hilfe natürlicher Kriterien zu definieren, hat bislang zu einem Ergebnis geführt, dem es gelungen wäre, allgemeine Anerkennung zu finden.

Die Vergeblichkeit dieser Versuche erhellt sich aus dem einfachen Sachverhalt: Die in der Neuzeit betriebenen Naturwissenschaften sind mitsamt ihren Begriffen wertfrei. Ihre Neutralität gegenüber allen Werten gehört zu den Faktoren, die zu ihrem beispiellosen Erfolg beigetragen haben. Der Begriff der Krankheit ist hingegen von Hause aus ein Wertbegriff. Genauer: Er ist ein hybrider Begriff, der sowohl faktische als vor allem auch normative Momente enthält. Bedient man sich seiner, so will man bestimmte Naturvorgänge nicht nur bezeichnen, sondern zugleich auch signalisieren, dass in sie einzugreifen statthaft, vielleicht sogar geboten ist. Wendet man diesen

Begriff auf einen solchen Vorgang an, so drückt man also aus, dass er *nicht sein soll*. Was *sein soll* oder *nicht sein soll*, lässt sich aber, bei Strafe des „naturalistischen Fehlschlusses“, wie ihn die Ethiker nennen, auch auf eine noch so genaue Beobachtung dessen, was *ist*, also auf Faktisches allein niemals gründen. Wer die belebte Natur mit einem konsequent wertfreien Blick ansieht, entdeckt dort keine Krankheiten, sondern allenfalls aufbauende und abbauende Prozesse, die sich oft die Waage halten. Auf diese normativen Momente im Krankheitsbegriff hat übrigens auch Karl Jaspers in der „Allgemeinen Psychopathologie“, der bedeutendsten seiner medizinischen Arbeiten, aufmerksam gemacht: „In der Menge der Anwendungen, die der Krankheitsbegriff gefunden hat, ... ist das einzig Gemeinsame, daß damit immer ein Werturteil ausgedrückt wird. Krank heißt unter irgendetwas, aber keineswegs immer gleichen Gesichtspunkt schädlich, unerwünscht, minderwertig ... Mit krank wird zunächst bezeichnet, daß etwas einen Unwert darstellt“ [Jaspers 1965]. Ohne eine solche Normierung präsentieren sich Krankheiten als bloße Naturprozesse wie alle anderen Naturvorgänge auch. Hat man aber erst einmal bestimmte Prozesse als Krankheiten normiert, braucht man sich von niemandem daran hindern zu lassen, ihren Verlauf mit allen Techniken wertneutraler Naturforschung zu analysieren.<sup>4</sup>

4 In der Sprache unseres Alltags bedienen wir uns ständig hybrider Begriffe. Ohnehin entspricht es unserer Lebenspraxis, dass wir die Dinge, die uns begegnen und mit denen wir uns befassen, nicht nur bezeichnen, sondern

Wer die normative Basis des Krankheitsbegriffes im Auge behält, wird sich schwerlich darüber wundern, dass die Grenzen seiner Anwendung seit eh und je dem Wandel unterworfen sind. Das lässt sich an Hand von manchen Beispielen wie mit denen der Infertilität oder des Alkoholismus, der Migräne oder der Adipositas, der Schlaflosigkeit oder der Gedeihstörungen der frühen Kindheit gut belegen. Lehrreich ist in diesem Zusammenhang auch der Umgang mit jenen Geisteskrankheiten, die – anders als heute – ehemals nicht als *eigentliche Krankheiten* anerkannt waren, aber auch der Umgang mit psychischen Deviationen sowie mit Erscheinungsformen der Sexualität, für die in früheren Zeiten nicht der Arzt, sondern der Exorzist, der Beichtvater, wenn nicht sogar der Strafrichter zuständig war. Erinnern darf man in diesem Zusammenhang auch an die Vexierfrage, ob das Altern als Krankheit anzusehen sei; es ist eine Frage, die sich mit Hilfe naturwissenschaftlicher Analysen allein selbst dann nicht beantworten ließe, wenn sämtliche mikrobiologisch und biochemisch erfassbaren Elemente des Alterungsprozesses bereits erforscht wären. Man hat sich jedenfalls im Lauf der Zeit daran gewöhnt, einem immer größeren Kreis von Zuständen „Krankheitswert“ zuzusprechen. Das zeigt sich auch daran, dass das Krankenbett heute nicht mehr als das generelle und zentrale Leitsymbol für alle ernsthaften Krankheiten gelten kann. Es ist indessen kein Zufall, dass die Entwicklung diese Richtung genommen hat. Denn die mit der Krankenrolle verbundenen, nach und nach immer weiter

ausgedehnten sozialen Privilegien können einen dazu verführen, diese Rolle unbewusst, manchmal sogar gezielt anzustreben. Dann gerät allerdings leicht in Vergessenheit, dass als *eigentliche Krankheiten* ursprünglich nur Zustände und Prozesse galten, hinter denen, sich selbst überlassen, der Tod droht. Wie immer aber die Kriterien auch definiert sein mögen, gemäß denen man einem Menschen zugesteht, die Krankenrolle in Anspruch zu nehmen – in jedem Fall wird der Arzt ebenso wie der Patient akzeptieren müssen, dass Krankheit und Gesundheit nicht durch eine randscharfe Grenze, sondern durch eine breite Grauzone voneinander getrennt sind, eine Grauzone, in der sich die ärztliche Kunst in besonderem Maße zu bewähren hat.

Der Wandel in der Bestimmung des Krankheitsbegriffes findet eine Entsprechung im Bereich der Medikamente. Medikamente sind bekanntlich Stoffe, die geeignet und dazu bestimmt sind, in Krankheitsprozesse einzugreifen. Man

---

Fortsetzung Fn 4

zugleich auch unter bestimmten, ständig wechselnden Gesichtspunkten bewerten. Die randscharfe Unterscheidung normativer und deskriptiver Elemente ist bereits ein Ergebnis jener Abstraktion, die zu den Voraussetzungen jeder Wissenschaft gehört, insofern sie sich von der lebenspraktischen Einstellung des Alltags abhebt. Ein triviales Beispiel für einen solchen hybriden Begriff ist der Begriff „Unkraut“. Wo man ihn verwendet, will man bewerten, und zwar unter Gesichtspunkten, die sich nicht allein den botanischen Fakten entnehmen lassen. Unkraut findet sich daher nur dort, wo Menschen zielgerichtet aktiv sind. In der freien, vom Menschen, seinen Plänen und Bewertungen noch nicht in Besitz genommenen Natur lässt sich kein Unkraut entdecken.

suchte sie lange Zeit vorwiegend in der Natur; später war die Herstellung solcher Stoffe Aufgabe gezielter Forschung bis hin zur modernen industriellen Projektforschung. Heute kann die Entwicklung von Lifestyle-„Medikamenten“, also von Stoffen, von denen ihre Konsumenten eine Anhebung der Befindlichkeit und des Gefühlslebens erwarten dürfen, Material zu einer lehrreichen Fallstudie liefern. Es sind Mechanismen der Ökonomie, die dem Interesse Vorschub leisten, die Zustände, die sich auf diese Weise und in diesem Sinn modifizieren lassen, unter gleichsam den „Schutz“ des Krankheitsbegriffes zu stellen. Ein erfolgreiches Sachbuch hat diese Dinge mit journalistischen Mitteln aufzubereiten versucht und sie dabei gewiss auch vergrößert [Blech 2003]. Dennoch lässt sich nicht ausschließen, dass nicht mehr nur zur Bekämpfung von Krankheiten Medikamente, sondern auch zu potenziellen Medikamenten entsprechende Krankheiten gesucht werden: „Jede medizintechnische Möglichkeit führt bei entsprechender sozialpsychologischer Aufbereitung zur gesellschaftlichen Nachfrage, die sich als Krankheit beschreiben lässt“ [Forschner 2001]. Ein bekannter Journalist formuliert sogar, leicht übertreibend: „Die demokratische Zukunft im biotechnischen Zeitalter hängt von der Definition des Wortes ‚Krankheit‘ ab. Krankheit ist vieles und am Ende das Leben selbst“ [Schirmacher 2001]. Freilich könnte es sein, dass sich die Tendenz, eine immer größere Anzahl von Zuständen unter dem Begriff der Krankheit zu subsumieren, eines Tages einmal umkehrt. Dergleichen werden wir

vermutlich von dem Zwang zur Rationierung im Gesundheitswesen zu erwarten haben, von dem heute erst die Anfänge spürbar sind.

Den Status der Medizin als den einer praktischen Wissenschaft und den normativen Kern des Krankheitsbegriffes habe ich in diesem Vortrag deswegen besonders betont, weil sich so die Umriss eines Menschenbildes der Medizin am besten nachzeichnen lassen. Wer in einer Krankheit nichts anderes als ein Naturereignis sieht, kann auf dieser Basis allein noch nicht legitimieren, dass man in sie eingreift, dass man nicht bereit ist, der Natur ihren Lauf zu lassen – wozu ihn ein Radikalnaturalist durchaus ermutigen könnte. Die Rede von bloßen Umrissen eines Menschenbildes ist in diesem Zusammenhang mit Bedacht gewählt. Denn die unterschiedlichen Bilder, die hinter den einzelnen Richtungen der Medizin stehen, weisen einen gemeinsamen Grundbestand auf. Er eröffnet die Chance, bestimmte Legitimationsfragen zu beantworten: „Warum überhaupt Medizin? – Warum lässt man dem Menschen die Betreuung durch die ärztliche Kunst angedeihen? – Warum gesteht man ihm das Recht zu, eine solche Betreuung sogar zu verlangen?“ Auf dem Boden einer strikt als Naturwissenschaft verstandenen Medizin allein lassen sich solche Fragen jedenfalls nicht beantworten.

Die Antworten findet man im Hinweis auf das im Menschen, was in seiner natürlichen Faktizität nicht aufgeht. Man hat es im Auge, wenn man mit oft missbrauchten, im Kern aber immer noch unverbrauchten Ausdrücken von Humanität

und von der Würde des Menschen spricht. Wenn man sie durch Unantastbarkeit auszeichnet, so bedeutet dies nicht, dass sie nicht missachtet werden könnte. Dergleichen geschieht ohnehin allenthalben. Unantastbar ist sie – mitsamt den auf ihr basierenden Menschenrechten – deswegen, weil sie jedem Menschen kraft eigenen Rechts oder, wie man auch zu sagen pflegt, schon von Geburt an zukommt. Sie wird ihm daher nicht von seinesgleichen verliehen, und sie kann ihm deshalb auch von niemandem entzogen werden. Sie kommt ihm zu, weil er, unbeschadet seiner physischen Existenz, auch ein moralfähiges Wesen ist, ein Wesen, das nicht nur reagiert, sondern auch agiert, weil er mithin das Subjekt seiner Handlungen ist, die er unter Normen stellt, und zwar auch dann, wenn er im Einzelfall gegen sie verstößt – mit anderen Worten: weil er ein Wesen ist, das für sein Handeln verantwortlich ist und deshalb dafür auch zur Rechenschaft gezogen werden kann.<sup>5</sup>

Nur als ein so geartetes Wesen kann ein jeder Mensch von seinesgleichen jene Anerkennung verlangen, mit der es nicht zu vereinbaren ist, dass man mit ihm ausschließlich wie mit einem Objekt umgeht. So spricht der Arzt nicht nur *über* seinen Patienten, sondern vor allem auch *mit* ihm – er spricht ihn an. Weil er von jedermann fordern kann, als moralfähiges Wesen anerkannt zu werden, darf der Patient auch Hilfe beanspruchen, wenn seine physische Existenz bedroht oder ihre Entfaltung durch Leiden behindert ist. Dabei ist zu bedenken, dass der Mensch durch Tod und Leiden zwar auch von außen, vor allem jedoch schon durch

seine eigene Natur bedroht ist. Die Bereitschaft und der Wille, die physische Grundlage des bedrohten menschlichen Lebens ohne Wenn und Aber zu erhalten, bildet für die Medizin den Brennpunkt aller ihrer Aufgaben, auch wenn der Arzt weiß, dass er auf längere Sicht immer scheitern wird, da auch er niemanden vor dem Tode bewahren kann. Dieser Grundsatz ist von Christoph Wilhelm Hufeland, dem Arzt der Weimarer Klassiker, auf einprägsame Weise ausformuliert worden: Der Arzt „soll und darf nichts anderes tun, als Leben erhalten; ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; denn ist einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwert, und folglich die Unnötigkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden“

5 Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass zu den notwendigen, wenngleich nicht hinreichenden Voraussetzungen der Moralfähigkeit und des Moralbewusstseins des Menschen die Ergebnisse seiner neuronalen Entwicklung gehören. Auch wenn sich das Zentralnervensystem als ein System von schlechthin lückenlosen Kausalrelationen erweisen sollte, bliebe das von diesem System gestützte Moralbewusstsein nicht nur ein Faktum, sondern auch ein Faktor des menschlichen Selbstbewusstseins, dessen Herkunft durch die Ergebnisse der Gehirnforschung zwar eine bestimmte Deutung erfahren, dadurch aber nicht entwertet und schon gar nicht unwirksam gemacht werden kann.

[Hufeland 1816]. Dieser Satz verdient besondere Aufmerksamkeit gerade in unserer Zeit, in der beispielsweise von Holland aus, einem für viele von uns mental fremd gewordenen Land, Bewegungen in Gang gekommen sind, deren Konsequenzen einstweilen noch niemand absehen kann.<sup>6</sup>

Die *condicio humana* als die eines moralfähigen, schon auf Grund seiner eigenen Natur vom Tod bedrohten Wesens verkennt, wer nicht berücksichtigt, dass der Mensch ein Wesen ist, vielleicht das einzige Wesen überhaupt, das von seiner Sterblichkeit weiß. Dieses Bewusstsein prägt auch die Existenzweise dessen, der sein Dasein in der diesseitigen Welt nur als eine Phase eines umfassenderen Lebens ansieht. Gleichwohl pflegt der Mensch unter den Bedingungen des Alltags das Bewusstsein seiner Sterblichkeit zu verdrängen. Aber jede ernsthafte Krankheit konfrontiert ihn mit der Tatsache, dass er unter den Bedingungen der *vita brevis*, des durch seine Kürze geprägten Lebens existiert, wie es dem Arzt schon von alters her von dem berühmten ersten hippokratischen Aphorismus eingeprägt wurde. Zu dieser *condicio humana* gehört freilich auch, dass der Mensch die Stunde seines Todes gerade nicht kennt. So gehört zu jedem bewussten Leben des Menschen stets der Ausblick in eine Zukunft, die für ihn noch offen ist. Es gehört zu den Aufgaben des auf die Erhaltung des Lebens verpflichteten Arztes, mit allen Mitteln seinem Patienten diese Zukunft offen zu halten.

Damit sind schon die wichtigsten Elemente genannt, die das Menschenbild der

Medizin konstituieren. Es ist das Bild eines Menschen, der ein moralfähiges, durch seine unantastbare Würde ausgezeichnetes Wesen ist, das unter den Bedingungen seiner von der Natur gegebenen biologischen Ausstattung sein Leben führt, in dieser Natürlichkeit aber nicht aufgeht. Er ist ein Wesen, das auf die humane Anerkennung durch seinesgleichen angewiesen ist, die es auch verlangen kann; er ist ein dem Leiden ausgesetztes Wesen, das von den Gefährdungen seines Daseins und von seiner Sterblichkeit weiß und das von seinesgleichen Hilfe zur Erhaltung seines physischen Lebens erwarten und sogar verlangen darf. Damit sind freilich zunächst nur Minimalbedingungen skizziert, denen ein solches Menschenbild genügen muss. Darauf sollten sich freilich alle einigen können, die sich, auf dem Boden welcher medizinischen Richtung auch immer, mit Hilfe der ärztlichen Kunst um die Erhaltung menschlichen Lebens sorgen. Hingegen ist ein derartiges Menschenbild dort nicht mehr

---

6 Dem Arzt wird zugemutet, sich an gezielten Tötungen von Menschen zu beteiligen. Wie weit die Entwicklung schon gediehen ist, zeigt sich auch daran, dass einige Bioethiker mittlerweile bereit sind, bei Morbus Alzheimer im Frühstadium eine Indikation zur Euthanasie zu stellen, so dass überdies auch die unfreiwillige Euthanasie bereits statistikfähig geworden ist. Mit der Perversion der Arztrolle hat sich offenbar manch einer schon abgefunden. Im Gegensatz zur herkömmlichen, auf unbedingte Lebenserhaltung zielende Ausrichtung dieser Rolle wird dem Arzt nunmehr das gezielte Töten von Menschen nicht nur erlaubt, sondern er ist sogar der einzige, dem es gestattet ist, Euthanasie zu exekutieren. Man darf fragen, welche Eigenschaft oder welche Kompetenz gerade den Arzt zu diesem Tötungsamt qualifizieren soll.

maßgebend, wo man dem Arzt eine Lizenz zur gezielten Tötung ausstellt und damit eine Entwicklung befördert, an dessen Ende der zur Tötung freigegebene Mensch, grobschlüchtig ausgedrückt, zu einem Stück hominider Biomasse degradiert ist.

Es scheint, als könnte man es, was die Grundzüge des Menschenbildes in der Medizin anbelangt, mit dieser Skizze einstweilen bewenden lassen. Es gibt indessen eine Dimension des Problems, die hier noch nicht zur Sprache gekommen ist. Bisher stand die Medizin in Gestalt der kurativen Individualmedizin im Blickfeld, wie sie in der Interaktion von Arzt und Patient praktiziert wird, die sich beide mit Namen ansprechen können. Andere, heute immer wichtiger werdende Zweige der Medizin, so das öffentliche Gesundheitswesen und die Epidemiologie, blieben ausgeklammert. Gewiss sind auch von dem, was in diesen Bereichen erkannt und entschieden wird, am Ende immer individuelle Menschen betroffen. Doch unmittelbar geht es dort nicht um identifizierte Individuen, sondern um statistische Gesamtheiten. Ähnliches gilt für die klinische Forschung, die zwar von individuellen Patienten ausgeht und bei ihnen ansetzt, jedoch auf Ergebnisse zielt, die sich auf statistische Kollektive beziehen. Hier reicht die Einstellung nicht aus, die der ausschließlich kurativ tätige Arzt angesichts des individuellen Patienten kultiviert. Schon mit jeder Randomisierung wird ein Stück personaler Individualität des an einer klinischen Studie beteiligten Patienten gleichsam ausgeklammert. Die unübersehbaren Erfolge,

die in diesen Bereichen erzielt werden, sollten einen indessen davon abhalten, in einer Einstellung, die personal ansprechbare Individuen zu Elementen von statistischen Gesamtheiten nivelliert, lediglich ein Defizit zu sehen.

Die Orientierung an nur statistisch erfassten Gesamtheiten steht auch im Rücken der vom kurativ tätigen Arzt praktizierten Individualmedizin. Nicht immer macht man sich klar, dass die fachliche Kompetenz des Individualarztes zu einem guten Teil auch auf einem Wissen von probabilistischem Charakter beruht. Freilich wusste man von je her, dass es für die ärztliche Praxis kaum eine Regel gibt, die ohne Ausnahme nahtlos auf alle wirklichen oder gar auf alle denkbaren Fälle passt. Jeder Arzt ist sich zudem dessen bewusst, dass er die Situation, mit der er konfrontiert wird, niemals in allen Einzelheiten durchschaut, dass er immer auf Zufälle gefasst sein und daher fähig sein muss, die daraus folgende Unsicherheit auszuhalten. Schon längst gehört es zum Erfahrungsschatz des Arztes, dass er im Raum des nur Wahrscheinlichen tätig werden muss, in dem er sich nur noch an seine Urteilskraft halten kann.

Heute hat man längst gelernt, Wahrscheinlichkeiten zu quantifizieren und mit eigens zu diesem Zweck entwickelten mathematischen Methoden zu behandeln. Stehen einem diese Methoden zur Verfügung, muss man sich nicht mehr damit begnügen, im Zufall nur eine gelegentliche Ausnahme von der Regel zu sehen, weil man mit ihrer Hilfe jetzt auch gezielt nach Regeln des Zufalls suchen kann. Nun beruht das seiner Struktur

nach probabilistische Wissen, das der moderne Arzt in seiner Tätigkeit umsetzt, auf einer Unzahl von klinischen Studien, die er in der Vielfalt ihrer Fragestellungen und Methoden selbst kaum mehr überblicken und auswerten kann. Auf der Basis von relativen Häufigkeiten und von konventionell festgesetzten, den Zufall minimierenden Signifikanzgrenzen werden dort die Werte von Wahrscheinlichkeiten erarbeitet, mit denen Wirkungen der jeweils untersuchten Maßnahme zu erwarten sind. Vom modernen Arzt erwartet man denn auch, dass er mit den Grundlagen der Biometrie vertraut und fähig ist, mit quantifizierten Wahrscheinlichkeiten umzugehen. Trotzdem kann er dem Dilemma nicht ausweichen, in den ihn das probabilistische Wissen führt. Er hat gelernt, dass es aus prinzipiellen Gründen nicht möglich ist, aus der Statistik sichere Urteile oder gar Voraussagen über einen konkreten Einzelfall abzuleiten. Der unverwechselbare, zudem durch den Besitz von Menschenrechten ausgezeichnete individuelle Patient kommt in ihr nicht vor. Dennoch wird vom kurativ tätigen Arzt etwas verlangt, was er, streng genommen, gar nicht leisten kann: Er soll auf der Grundlage probabilistischen Wissens Entscheidungen fällen, die jeweils einen individuellen Patienten und gerade nicht ein statistisches Kollektiv betreffen.

Um dem Arzt im Labyrinth der Probabilistik zu Hilfe zu kommen, hat man ihm in Gestalt der Evidenzbasierten Medizin (EbM) ein Hilfsmittel an die Hand gegeben, das die weit verzweigten und ihn manchmal auch verwirrenden Massen statistischer Informationen aufarbeitet

und es ihm erleichtert, sich in diesem schwer zu überschauenden Bereich verlässlich zu orientieren. Man sollte sich gewiss davor hüten, den Nutzen kleinzureden, der sich aus der EbM ziehen lässt. Doch auch für sie gilt, wie für viele Neuerungen, die anfangs überschätzt werden, dass sich die mit ihr verknüpften Hoffnungen nicht ganz erfüllt haben. Ohne Zweifel kann sie dem Arzt bei seinen Entscheidungen zu Hilfe kommen. Ihm diese Entscheidungen im Einzelfall abnehmen oder gar seine Urteilskraft überflüssig machen, kann sie nicht. Im Gegenteil: Gerade umgekehrt bedarf es der Urteilskraft, um mit der EbM sachgerecht umgehen zu können.<sup>7</sup>

Im Übrigen hat das Denken in statistischen Kategorien in der Medizin zwar nicht zu einer Entwertung des strikten Kausalitätsbegriffes, wohl aber zu einer Relativierung der an ihm orientierten Einstellung geführt. Nach wie vor muss sich auch in der Welt von Gesundheit und Krankheit immer noch jedes Ereignis als Wirkung einer Ursache oder eines Ursachenkomplexes deuten lassen. Die Strukturen im Reich des Lebendigen sind

---

7 Wie sich immer wieder zeigt, hat der Mensch, obwohl schon im Alltag ständig mit relativen Häufigkeiten und mit nur qualitativ bestimmten Wahrscheinlichkeiten konfrontiert, oftmals beträchtliche Schwierigkeiten, mit quantifizierten Wahrscheinlichkeiten sachgerecht umzugehen. So ist es kein Zufall, dass die Belehrung, die der Arzt den Resultaten der EbM entnehmen kann, weniger mit den ihm von ihr vermittelten Wahrscheinlichkeiten, als mit den aus ihnen abgeleiteten, der Anschauung näheren NNT-Werten (number needed to treat) und NNH-Werten (number needed to harm) verbunden ist.

indessen so vielschichtig und so vielfältig vernetzt, dass für die ärztliche Praxis keine wirkliche Chance besteht, nach dem Vorbild der experimentellen Forschungsmethoden für jedes Ereignis die vollständigen und lückenlosen Kausalketten zu ermitteln, die es hervorgebracht haben. Die Orientierung an statistischen Gesetzmäßigkeiten mit ihren relativen Häufigkeiten und ihren Wahrscheinlichkeiten kann hier Hilfe leisten, wenn auch um den Preis, dass die Individualität des Einzelfalles unter diesen Bedingungen niemals ganz erreicht wird. Die Medizin hat jedenfalls die Chancen des statistischen Denkens ergriffen und für ihre Arbeit fruchtbar gemacht. Die Pathologie der Krankheitsursachen kann mit der Pathologie der Risikofaktoren und der auf Grund quantifizierter Wahrscheinlichkeiten zu erwartenden Nebenwirkungen durchaus koexistieren. Jede statistische Signifikanz rechtfertigt zumindest den Verdacht auf das Vorliegen einer Kausalbeziehung auch dann, wenn sie die Elemente der vermuteten ursächlichen Beziehung nicht namhaft machen und nicht vor Augen stellen kann.

Was haben diese Dinge, was hat das Denken in statistischen Kategorien mit dem Problemkreis des Menschenbildes zu tun? Sie berühren ihn deswegen, weil der Patient als eine individuelle, identifizierbare Person einem Arzt gegenübersteht, der für ihn ein Wissen fruchtbar macht, das sich seiner Natur nach zu einem großen Teil auf Kollektive bezieht, deren Elemente aus prinzipiellen Gründen anonym bleiben. Als statistisches Wissen „funktioniert“ es, solange diese Elemente

nicht identifiziert werden und daher auch nicht als unverwechselbare, individuelle Personen begegnen. Deswegen ist im Recht, wer dem Statistiker ein eigenes Menschenbild, wenn auch vielleicht nur die Schwundstufe eines solchen Bildes zugesteht. So bleibt die Frage, wie der Arzt den Hiatus überbrückt, der zwischen seinem personalen Zugang zum Patienten und der Anonymität der Welt des Statistikers liegt, von dessen Resultaten er dennoch ständig Gebrauch machen muss. Vielleicht ist die gegenwärtige Begegnung von Vertretern verschiedener medizinischer Richtungen nicht die schlechteste Gelegenheit, diese Vermittlung durchschaubar zu machen, die der Arzt tagtäglich praktiziert.

Damit komme ich zum Schluss. Ohne Zweifel lohnt es die Mühe, die Unterschiede der verschiedenen Richtungen der Medizin in Diagnose und Therapie mit Differenzen der zugrunde liegenden Menschenbilder zu korrelieren, Vereinbares von Unvereinbarem abzugrenzen, um damit zugleich Möglichkeiten und Grenzen einer Kooperation zu ermitteln. Man sollte aber nicht übersehen, dass in der Frage des Menschenbildes der Medizin das größere Gewicht dem zukommt, was diesen Richtungen gemeinsam ist. Dies muss deswegen betont werden, weil die „heißen“ Kontroversen der heutigen Medizin auf einer anderen Ebene geführt werden. Es sind die Auseinandersetzungen um das Klonen, insbesondere das reproduktive Klonen und die Präimplantationsdiagnostik, um die Menschenzüchtung und das Designerbaby, vor allem aber um die freiwillige und mittler-



weile auch die unfreiwillige Euthanasie mitsamt der einschlägigen Ökonomie. Hier prallen Menschenbilder von einer Unvereinbarkeit aufeinander, im Vergleich zu der die Differenzen zwischen den Menschenbildern der Schulmedizin und der Komplementärmedizin klein erscheinen.

## Literatur

Blech J (2003) Die Krankheitsfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. Fischer, Frankfurt

Forschner M, Philosophie: Technischer Fortschritt und menschliche Würde. Dtsch Ärztebl (2001), 98, A 1039–1042

Hufeland CW (1816) Die Verhältnisse des Arztes, 15f. Berlin. Zitiert nach: Neumann JN (2000) Medizin im Zeitalter der Aufklärung. In: von Engelhardt D, Gierer A (Hrsg.), Georg Ernst Stahl (1659–1734) in wissenschaftshistorischer Sicht. 27. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle/Saale

Jaspers K (1965) Allgemeine Psychopathologie, 8. unveränderte Aufl., 652f. Springer, Berlin u.a.

Schirmacher F, Frankfurter Allgemeine Zeitung (6. 6. 2001)

Wieland W (1993) Das Menschenbild in der Gesundheitspolitik. In: Vogel H-R (Hrsg.), Illusionen der Gesundheitspolitik, 7–23. Urban & Fischer, Stuttgart



# Menschenbild und Medizin – Methodologische Zugänge

*Wolfgang Schad*

## Der Methodenkontext

Der Zoologe Otto Köhler sprach einmal vom unbenannten Denken der Tiere, denn auch sie wählen aus der Flut der Sinnesreize ausschnitthaft aus und geben ihnen Bedeutungen, auf die sie sich fokussieren. Für die Haustauben als Abkömmlinge der wilden Felsentaube ist so der Kölner Dom eine bevorzugte Felsenlandschaft. Für einen Hund ist eine warme, duftende Wurst ebenso rasch mit einer zu ihm passenden Bedeutung belegt. Das findet auch unentwegt beim Menschen statt, aber auffällig freigestellter. Ein Metzgermeister, ein Lebensmittelchemiker, ein Stillebenmaler oder ein Vegetarier können die Wurst noch anders mit Bedeutungen belegen, als dass sie nur zum Essen verwendbar ist. Und was den Kölner Dom betrifft, werden ein Kunsthistoriker, ein katholischer Priester, ein Sightseeing-Tourist oder ein Flechtenforscher das gleiche Objekt auch sehr unterschiedlich beachten und bewerten. Wir sind in der Bedeutungsvergabe gerade nicht festgelegt, denn dadurch nur ist Wissenschaft möglich. Das heißt, sie ist immer multiperspektivisch und sollte so auch ihre sozio-kulturelle Bedingtheit wie ihre Historizität gerade auch in den Naturwissenschaften nie aus dem Auge lassen. Sonst funktionieren unsere Begriffsmuster auch nur reflexartig.

Innerhalb dieses freigestellten Bezugsrahmens gibt es immerhin auffällige anthropologische Konstanten wissenschaftlichen Verhaltens. Wie gehen wir mit den Entscheidungsfreiheiten der Bedeutungsvergabe an die empirischen Gegebenheiten vielfach um? Dazu brauchen wir eingangs eine kurze Bestandsaufnahme.

Wir sind z.B. nie mit dem bloßen Anblick des Status quo zufrieden, sondern brechen bald aus der Gegenwart aus: Wir fragen z.B. nach den bestimmenden Bedingungen aus der vorausgegangenen Vergangenheit und suchen dort die „Ur“-Sachen. Das ist die durchgängige Methode aller Kausalforschung.

Wir können ebenso in die Zukunft aussteigen und fragen dann vielmehr danach, wozu die Gegenwart einmal zu gebrauchen sein wird, urteilen teleologisch, suchen den Zweckaspekt. Wir sehen die gerade gegebenen Verhältnisse dann nicht mehr als Auswirkungen von Ursachen, sondern vorwiegend als Mittel zum Zweck. Diesen Zweckmäßigkeitsaspekt verfolgen alle angewandten Wissenschaften, z.B. die Medizin. Dabei setzt sie oft die zukünftigen Abläufe mit einer fortrollenden Vergangenheit gleich und versucht, in sie kausal einzugreifen. Zukunft ist aber oftmals mehr als weiterrollende Vergangenheit – schon weil von subjektiven Erwartungen und ihrer „self-

fullfilling prophecy“ [Watzlawick 1985, Ludwig 1991] durchkreuzt. Wir sind dann verwundert über die Grenzen an Prognostizität. Das gehört zur Determinismus/Indeterminismus-Debatte.

Wir dehnen beide Male das Beobachtbare zeitlich – eben auf seine Gründe und Zwecke – aus, überspringen die Gegenwart und integrieren im Zeitpanorama methodologisch über Vergangenheit und Zukunft. Beide Methoden, der Kausalismus und der Finalismus, haben trotz ihrer polaren, sich oft geradezu polarisierenden Haltungen aber eines gemeinsam. Sie verlieren allzu leicht die Gegenwart und vernachlässigen dann die ausführliche Zuwendung an das Gegebene. Wir sehen nicht mehr hin und interpretieren eben allein aus der Retrospektive oder eben der konstruierten Zukunft. Die Phänomene kommen zu kurz, denn sie interessieren dann nur noch als bestätigendes Resultat oder als bloße, zu verwendende Ressource. Aber beide „Aussteiger“-Methoden sind sinnlos, wenn sie nicht auf der Empirik des Jetzt und Hier fußen. Das Vorfindbare hat sogar seinerseits einen eigenen Erklärungswert, wo mit Hilfe des Gestalt-sinnes das erfasste Syndrom sich zur Physiognomie verdichtet, indem es sich schon selbst „ausspricht“. Das gibt der Kasuistik ihren Wert, die – wenn sie gut gemacht wird – mehr ist als bloße Deskription, wenn auch dann immer noch oft nur als solche bezeichnet. Den Erklärungswert innerhalb des Gegenwärtig-Vorfindbaren sah auch schon Ernst Mayr [1989] in dessen *Simultanverursachung*. Wir ziehen eine erste Bilanz: *Ein* Aspekt allein reicht letztlich nie. Kausalis-

mus, Phänomenalismus und Finalismus gehören durch ihre sich gegenseitig ergänzenden Zeitaspekte zwar plural, aber dennoch insgesamt methodisch zusammen und sind es ja bei guter Arbeit auch oft.

## Was sind Gesundheit und Krankheit?

Oft hört man heute davon, dass im ärztlichen Feld der aufgeklärte, an seiner Therapie mitarbeitende Patient geschätzt wird. Also habe ich mich als Nichtmediziner darüber aufzuklären versucht, was im Berufsfeld der Ärzte unter Gesundheit und Krankheit verstanden wird. Es war dann doch überraschend, dass es davon keine eindeutigen Begriffe gibt. Gerhard Kienle hatte schon 1974 in seinem Buch *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft* darauf hingewiesen; und in dem Standardwerk von Gross und Löffler *Prinzipien der Medizin* [1997] findet sich auch nach langseitigen Aufzählungen von Definitivonsversuchen kein tragfähiges Ergebnis.

Schon die WHO-Definition von 1957, Gesundheit sei „der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“, auf die jedermann ein Recht habe – ja sogar ein Grundrecht, ist nicht einlösbar. Dann „wären u.a. schwere Arbeit, Erkenntnisringen, aber auch das Vertreten nicht opportunistischer Auffassungen Krankheiten“ [Kienle 1974]. Ein Leben ohne Angst gibt es nicht. Das nur dem Menschen zugängliche Wissen, einmal sterben zu müssen, macht lebenslang kein Wohlbefinden, denn auch die Ver-

drängung dieser einzig sicheren Tatsache der biografischen Zukunft befreit uns nicht von diesem Wissen. Parson hat deshalb versucht, den Gesundheitsbegriff mit der persönlichen, subjektbezogenen Wertesetzung zu verknüpfen. Er definierte Gesundheit als den „Zustand optimaler Fähigkeiten zur wirksamen Erfüllung von für wertvoll gehaltenen Aufgaben“ [Parson 1967]. Was aber, wenn die persönliche Wertsetzung von Asozialität, Drogenmissbrauch oder gar Selbsterstörung dem Lebenskonzept entspricht?

Aber bietet nicht das ärztliche Inventarium diagnostischer Maßnahmen genügend Klarheit, Gesundheit und Krankheit zu unterscheiden? Durchaus nicht, denn der als völlig gesund geltende Mensch besitzt in seiner normalen Genausstattung Protoonkogene und damit immer schon die erbliche Potenz zu Neoplasmen. Wohl trainiert er damit seine Immunlage gegen krebsig entartete Körperzellen, aber eben nicht immer erfolgreich: Die künftige Krankheit ist immer schon angelegt – auch beim „völlig Gesunden“. Gerade die Immunologie zeigt, dass z.B. gut durchgemachte Infektionskrankheiten zu einer stabileren Gesundheitslage führen als vorher. Es gibt eben Gesundheit mit Krankheit und Krankheit zu mehr Gesundheit.

Diese Bilanz führt zum einen dazu, den Begriffen von Gesundheit und Krankheit eine naturwissenschaftlich fassbare Aussage abzusprechen. Wenn es schon keine völlig objektivierbaren Krankheiten gibt, so aber doch subjekthaft leidende Kranke. Dann sind Gesundheit und Krankheit am Leiden bewertete Anthro-

pomorphismen. Der Homo patiens erwartet vom Therapeuten Heilung vom Leid. Gesundheit und Krankheit sind Wertungen, die danach an der psychischen Befindlichkeit abgenommen werden. Der Patient erwartet nicht nur den diagnostischen, sondern auch den therapeutischen Arzt. Der aber muss wissen, wie er handeln soll. In der Naturwissenschaft aber gibt es kein Sollen, sondern nur ein Konstatieren. Demnach gibt es auch keine „naturwissenschaftliche Medizin“, weil sie keine Sollensanweisung geben kann.

So überraschend diese Aussage ist, so ist sie doch in der ökologischen Diskussion noch sehr viel deutlicher. Gibt es gesunde oder kranke Landschaften, Wetterverhältnisse oder Wassersysteme? Der Biologe Hans Mohr konstatierte dazu ganz nüchtern, dass ein stinkender, verjauchter Fluss für die Fische als krank gelten mag, für die Bakterien darin aber keineswegs: Ihnen bekommt das faulige Wasser besonders gut. – Eine rein naturwissenschaftliche Einstellung wird einen Fieberkranken auch nur als einen bevorzugten Biotop infektiöser Mikroben betrachten, der ohne Eingreifen wegen geschwächter Immunlage von der natürlichen Selektion aus der Population der Gesunden ausgeschlossen wird. Ein Vorgang, wie ihn eben die außermenschliche Natur überall praktiziert.

Charles Darwin sah das Problem schon deutlich, ohne sich zu einer begrifflichen Abklärung entscheiden zu können. Der mit ihm eng befreundete Alfred Russel Wallace, der eigenständig parallel zu Darwin die evolutiven Wirkungen der Selektion ebenfalls entdeckt hatte und sie

sogar konsequenter als Darwin für Pflanze und Tier vertrat, legte ihm persönlich nahe, die Selektionstheorie bitte nicht auf den Menschen anzuwenden; sonst begänne der Untergang der Kultur. Darwin hingegen wollte für seine Theorie keine Ausnahme zulassen. Dabei sah er klar die antiselektionistische Rolle der Medizin:

„Es ist Grund vorhanden anzunehmen, daß die Impfung Tausende erhalten hat, welche in Folge ihrer schwachen Konstitution früher den Pocken erlegen wären. Hierdurch geschieht es, daß auch die schwächeren Glieder der zivilisierten Gesellschaft ihre Art fortpflanzen. Niemand, welcher der Zucht domestizierter Tiere seine Aufmerksamkeit gewidmet hat, wird daran zweifeln, dass dies für das Menschengeschlecht im höchsten Grade schädlich sein muß.“

Sogleich aber zauderte Darwin angesichts der Folgen dieser naturwissenschaftlichen Gedankengänge, und in einer Mischung von Trieb, Instinkt, Sympathie, Verstand und „edelstem Teil unserer Natur“ – was das auch immer bei ihm begrifflich war – plädiert er dafür, die medizinische Hilfestellung zu „ertragen“:

„Die Hilfe, welche wir dem Hilflosen zu widmen uns getrieben fühlen, ist hauptsächlich das Resultat des Instinktes der Sympathie, welcher ursprünglich als ein Teil der sozialen Instinkte erlangt, aber später in der oben bezeichneten Art und Weise zarter gemacht und weiter verbreitet wurde. Auch können wir unsere Sympathie, wenn sie durch den Verstand hart bedrängt würde, nicht hemmen, ohne den edelsten Teil unserer Natur herabzusetzen. [...] Wir müssen daher die

ganz zweifellos schlechte Wirkung des Lebenbleibens und der Vermehrung der Schwachen ertragen“ [Darwin 1871].

Dabei lässt Darwin unbesprochen, wie die harte Selektion uns die edlen, sozialen Instinkte anzüchten konnte. Zwei Konsequenzen haben die gesellschaftlichen Verhältnisse daraus gezogen: Entweder die Selektion aller Hilfsbedürftigen im Zuge des Sozialdarwinismus – oder die strikte Trennung von naturwissenschaftlicher Konstatierung des Seienden und des moralisch relevanten Sollens unserer mitmenschlichen Handlungen. Heute beruft man sich in unserer Gesellschaft zumeist auf die zweite Einstellung. Dann aber gibt es auch keine rein naturwissenschaftliche Begründung von Medizin.

Nun gibt es noch einen anderen Ausweg aus dem begrifflichen Dilemma der Gesundheits-/Krankheits-Debatte als nur den der dualistischen Trennung objektiver Sachbezogenheit und subjektiver Bedürftigkeit. Der Organismus selbst lebt einen solchen Ausweg schon immer gekonnt vor, indem gerade er zwischen der gegenständlichen und der psychischen Natur des Menschen qua seiner Physiologie vermittelt. Diese vermittelnde Leistung kann nach allem bisher Gesagten weder objektiviert noch subjektiviert werden, sondern ist dort zu suchen, wo sich die Kluft zwischen Subjekt und Objekt aufhebt. Es ist zwar recht ungewohnt, diese Überbrückungsfunktion in Betracht zu ziehen, und doch ist sie klar beschreibbar. Sie findet sich nicht gegenständlich-räumlich vor, noch im Überräumlichen der Bewusstseinsinhalte, sondern im Element der Zeit: kein physiologischer Vor-

gang ohne sein spezifisches Zeitmuster. Leben besteht geradezu in rhythmischen Oszillationen um prägnante Sollwerte. Sie laufen ebenso *unbewusst* ab, wie andererseits Zeit *nicht gegenständlich* in der Flasche aufgehoben werden kann. Rhythmus besteht in der Wiederholung von schon Gewesenem und vergegenwärtigt damit unaufhörlich gelebte Vergangenheit. Da er aber nie starrer Takt ist, sondern adaptiv veränderlich bleibt, integriert er in jedem Moment die noch nicht festgelegte Zukunftsoffenheit ihrerseits in den gegenwärtigen Vollzug. Variabler Rhythmus ist immer belastbar, weil er zum Ausgleich tendiert, ohne ihn je im Leben zu erreichen. Er integriert faktisch in jeder Periode gelebte Vergangenheit und zu lebende Zukunft in die gegenwärtige Dynamik jedes Lebensvollzugs. Zeitintegration ist das Kennzeichen gelebter Physiologie.

Unter dem Aspekt der Zeitintegration nimmt nun auch die Gesundheits-/Krankheits-Debatte einen anderen Lösungsweg. Wir müssen ja davon ausgehen, dass Gesundheit und Krankheit nur annähernd diagnostiziert werden können, nie völlig. Ja, auch der als völlig gesund geltende kann objektiv wie subjektiv unbemerkt schon von einem beginnenden Primärtumor befallen sein. Trotzdem hat es Sinn, beide Begriffe weiter zu verwenden, wenn wir in ihnen nicht so sehr das Ergebnis der Diagnose sehen, sondern vorwiegend eine Option auf die Zukunft. Dann ist das Urteil „Gesundheit“ die Prognose auf lang währende Zukunft, „Krankheit“ die der potenziell verkürzten Zukunft. Und in eben diesem

Sinne gebrauchen wir nämlich auch bei näherem Zusehen diese Bezeichnungen. Eine Hilfe für unsere Einschätzung von Zukunft ist zusätzlich die Aufnahme der bisherigen Gesundheits- bzw. Krankheitsbiografie, ohne dass sie alles für die Zukunft voraussagen kann. Immerhin bedarf es für die Abschätzung, wie viel an Gesundheitslage bzw. Krankheitslage des Probanden bzw. Patienten vorliegt, aller drei Zeitaspekte: der Anamnese, der Diagnose und der Prognose. Es geht also letztlich immer bei einer genügend umfassenden Beurteilung durch den Therapeuten der Blick über den gegenwärtigen Zustand hinaus auf die Vergangenheit und insbesondere die Zukunft hin und leistet in der Einschätzung von Gesundheit und Krankheit die Zeitintegration im eigenen Urteil. Bisherige Erfahrung, jetzige Wahrnehmung und prognostischer Blick zusammen ermöglichen erst die sinnvolle Verwendung der Bezeichnungen von Gesundheit und Krankheit, nie der Status quo allein.

Natürlich können sich die Schwerpunkte verschieben. In der Akutmedizin steht das rasche Handeln im Hier und Jetzt im Vordergrund. Bei den chronischen Erkrankungen ist die Anamnese weit auszudehnen. In der prophylaktischen Medizin insbesondere durch Psychohygiene steht die Zukunftssicherung im Vordergrund. Und doch müssen immer alle drei Zeitausrichtungen einbezogen werden. Das gilt ja, wie wir eingangs gesehen haben, für die dreifache Multiperspektivität gerade von Wissenschaft sowieso, sollte also der wissenschaftlichen Reflexion nicht fremd sein.

Auch ihre Verfahren zielen primär auf Zeitintegration aller Bedingungen in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft [Schad 1998].

## Zur Goetheanistik

Einige wenige Bemerkungen zur Goetheanistik. In dem Mehrautorenbeitrag zum Verhältnis von Schulmedizin und Komplementärmedizin [Willich 2004] wird auf eine goetheanistische Erkenntnistheorie verwiesen, die von Frankenberg [2004] in den Goethe-Biografien von Friedenthal [1936] und Conrady [1985] nicht findet. Wieso auch dort? Zu empfehlen sind Goethes Aufsätze *Der Versuch als Vermittler zwischen Objekt und Subjekt* [1792] und *Principes de Philosophie Zoologique* [1830/32]. Wenn ihm Steiners Erstlinge *Einleitungen zu den Naturwissensschaftlichen Schriften* und *Grundlinien einer Erkenntnistheorie der Goetheschen Weltanschauung* [1886] zu suspekt sind, nur weil sie von Steiner stammen, obgleich sie von der heutigen Germanistik als historische Leistung weithin anerkannt sind [Mandelkow 1998], so ist immer noch Max Heynachers Herausgabe von *Goethes Philosophie aus seinen Werken* [1922] empfehlenswert wie auch Peter Heussers Herausgabe von *Goethes Beitrag zur Erneuerung der Naturwissenschaften* [2000]. Leider hat man sich 170 Jahre lang bemüht, Goethe in die Sparte der romantischen Naturphilosophie hineinzudrängen, ohne sich an der Quelle kundig gemacht zu haben [Schad 1981]. Franz Nager [1994] hat Goethes Beitrag für die Medizin ausführ-

lich recherchiert und eindrücklich geschildert. Schon zu seinen Lebzeiten merkte die Medizinische Fakultät in Jena etwas davon und verlieh ihm im Alter den Dr. med. honoris causa.

Sowohl von den Vertretern wie von den Ablehnern der anthroposophisch erweiterten Medizin wird Goethe allzu gerne als Vertreter einer ganzheitlichen Naturwissenschaft gesehen. Das ist so wahr, wie es falsch ist. Goethe hat sich mit einem geradezu gesunden Wissenschaftsinstinkt nie in die eine oder andere Methodenecke von Partikularismus einerseits und Holismus andererseits treiben lassen:

„Es ist nicht genug, daß wir bei Beobachtung der Natur das analytische Verfahren anwenden, das heißt, daß wir aus einem irgend gegebenen Gegenstande so viel Einzelheiten als möglich entwickeln und sie auf diese Weise kennenlernen, sondern wir haben auch eben diese Analyse auf die vorhandenen Synthesen anzuwenden, um zu erforschen, ob man denn auch richtig, ob man der wahren Methode gemäß zu Werke gegangen. [...] Ein Jahrhundert, das sich bloß auf die Analyse verlegt und sich von der Synthese gleichsam fürchtet, ist nicht auf dem rechten Wege; denn nur beide zusammen, wie Aus- und Einatmen, machen das Leben der Wissenschaft“ [Goethe 1829].

„Möge doch jeder von uns bei dieser Gelegenheit sagen, daß Sondern und Verknüpfen zwei unzertrennliche Lebensakte sind. Vielleicht ist es besser gesagt; daß es unerlässlich ist, man möge wollen oder nicht, aus dem Ganzen ins Einzelne, aus



dem Einzelnen ins Ganze zu gehen, und je lebendiger diese Funktionen des Geistes, wie Aus- und Einatmen, sich zusammen verhalten, desto besser wird für die Wissenschaft und ihre Freunde gesorgt sein“ [Goethe 1831].

„Um mich zu retten, betrachte ich alle Erscheinungen als unabhängig voneinander und suche sie gewaltsam zu isolieren; dann betrachte ich sie als Korrelate, und sie verbinden sich zu einem entschiedenen Leben. Dies beziehe ich vorzüglich auf Natur“ [Goethe 1976].

So selbstverständlich diese Aussagen im Grunde sind, umso rätselhafter ist die historische Hartnäckigkeit, mit der von beiden Seiten die Polarisierung – oft mit viel Schmä – betrieben wurde und wird. Geht man jedoch ohne Fixierungen an das Phänomen Organismus heran, so gibt er selbst allein schon biologisch das methodische Vorbild ab: Wir müssen die Nahrungsobjekte erst unter den Zähnen zerkleinern und mit den Verdauungsenzymen molekular abbauen, bis jenseits der Darmwand, in der Leber, ja in allen Zellen die aufbauende Phase der Substanzsynthesen einsetzt: ein ausgezeichnetes Vorbild jeder geistigen Ernährung durch plurale wissenschaftliche Verfahren, sonst gäbe es nur unverarbeitete Datenfriedhöfe.

So demonstriert auch jeder Organismus, dass er ebenso gliedhafter Teil seines Lebensraumes ist, wie er auch darüber hinaus eine Vielzahl von Kennzeichen ganzheitlicher Integration besitzt. Immer gehören beide Essentials, seine Heteronomie und seine Autonomie, zu seiner Grundausstattung. Die Totalisierung des

atomistischen Blickes ist ebenso unter Ideologieverdacht zu stellen wie die des puren Holismus. Das lehrt uns ja gerade die ökologische Diskussion. Man solle endlich mit dem Missbrauch Goethes in beiden Lagern, soweit sie sich verfestigt haben, aufhören. Goethe hat ebenso Schmetterlingspuppen seziiert und am reduzierten Phänomen des Säugetiersknelles zoologisiert, wie er im Erfassen von Typus, der Metamorphose und dem Kompensationsprinzip hohe synthetische Denkleistungen in Vorreiterrolle eingebracht hat.

## Wert und Grenzen der Menschenbilder

Ein hervorgehobenes Thema dieses Symposiums ist der Umgang mit Menschenbildern. Der plurale Einbezug zeichnet sich inzwischen auch in der Schulmedizin ab. Sie vertritt zunehmend ein bio-psycho-soziales Menschenbild [Uexküll/Wesiak 1998]; man kann sie deshalb nicht auf das reduktionistische Menschenbild der Naturwissenschaft festlegen, schon weil die Naturwissenschaft kein Menschenbild haben kann, denn sie möchte ja wertungsfrei sein, was sie allerdings bei näherem Zusehen oft nicht ist, z.B. wenn sie medizinische Handlungsmotive aufstellen will.

Der Pluralismus von Menschenbildern ist phänomenaliter im Menschen selbst vorgegeben. Wir verfügen über eine physiko-chemische Existenz, leben die biologische Qualität, sind psychisch begabte Wesen und darüber hinaus zur geis-

tigen Auseinandersetzung fähig. Diese Gliederung in vier Seinsschichten ist in allen Hochkulturen als anthropologische Bestandsaufnahme vorzufinden: vom alten Ägypten über Aristoteles, die Hochscholastik, die Renaissancephilosophen, bei Hegel, Steiner, Nicolai Hartmann etc. Daraus ergeben sich die folgenden Menschenbilder:

- ▲ individuelle Geistigkeit  
→ Menschenrechtsanerkennung
- ▲ psychologische Triebstruktur  
→ Triebpsychologie
- ▲ biologische Physiologie  
→ Biologismus
- ▲ physiko-chemische Ausstattung  
→ Materialismus

Mindestens alle vier Menschenbilder zusammen gehören zur anthroposophischen Anthropologie, ohne dass sie darin begrenzt ist. Vielfach spricht man heute trotzdem vom „anthroposophischen Menschenbild“. Dem möchte ich als Anthroposoph massiv widersprechen. Es gibt kein „anthroposophisches Menschenbild“ – nicht nur deshalb, weil nirgends in Steiners Gesamtwerk diese Bezeichnung zu finden ist, sondern weil sie inhaltlich nicht greift. Der Terminus Menschenbild legt nahe, man habe endgültig ein stimmiges, in sich ausgemaltes, fertiges Bild von dem, was der Mensch ist. Das ist ja schon deshalb nicht möglich, weil der Mensch nie „ist“, sondern immer „wird“. Es gibt nichts, was wir noch menschlicher machen könnten, und was uns unvorhersagbar verändert. Das hängt mit seiner ansatzweisen Freiheitsphäre zusammen. Warum sollte es nicht künftig

noch mehr als die vier genannten Wesensschichten im Menschen geben? Steiner liebte hierin Heraklit zu zitieren [Steiner GA 58]:

„Der Seele Grenzen kannst du im Gehen nicht ausfindig machen, und ob du jegliche Straße abschritttest; so tiefen Sinn hat sie“ [Diels 1957].

Menschenbilder gibt es natürlich sehr viele und immer dort, wo ein Paradigma festgeschrieben wird. Dagegen ist nichts zu sagen, wenn sie Durchgangsstadien sind, die nicht Endgültigkeitsanspruch haben. Nun gibt es den Einwurf, dass doch auch in der anthroposophischen Medizin von einem „anthroposophischen Menschenbild“ gesprochen und geschrieben wird. Das Simplifizieren gibt es eben überall; davor ist niemand geschützt, auch wenn es nicht im Sinne des Erfinders ist. Steiner forderte massiv die Multiperspektivität, als er von mindestens 12 Weltanschauungen und bei jeder noch von 7 Weltanschauungsstimmungen sprach, die nötig sind, um einigermaßen umfänglich einen Sachverhalt zu erfassen [Steiner GA 151]. Ich wüsste niemanden, der die damit möglichen  $7 \times 12 = 84$  Aspekte methodisch eingesetzt und durchgekostet hat. Wir sind ja schon froh, wenn wir es mit 2, 3 oder 4 schaffen und halten uns das mit Recht schon zugute. So akzeptiert die Anthroposophie natürlich auch den Materialismus als eine von 12 berechtigten Weltanschauungen.

Der Chirurg muss sich auf den organologischen Gegenstand konzentrieren und kann sich derweil nicht mit der Biografie des ansonsten für ihn unsichtbaren, abgedeckten Patienten beschäftigen.

Schlimm aber, wenn er nur Ersteres kann. Es ist methodisch voll berechtigt, sich zeitweise konsequent an das materielle Substrat zu wenden; gefährlich, weil ideologisch, wird es nur, wenn totalisiert wird, dass es nur die Materie gibt. Den methodologischen Materialismus kann man befürworten, den ontologischen Materialismus jedoch nie, weil er totalitär wird. Gerade zwischen methodologischen und ontologischen Menschenbildern ist scharf zu unterscheiden. Wenn das nicht geschehen wird, finden die bekannten, unaufhörlichen Grabenkämpfe statt – gerade in der Medizin –, wogegen dieses Symposium angehen möchte. Sind die verschiedenen Standpunkte rein methodologisch akzeptiert, so kann das gegenseitige Lernen hin zur Komplementierung oder gar Auflösung der abgegrenzten Menschenbilder stattfinden. Oft bleiben dann nur noch Sprachbarrieren, die überwindbar sein sollten. Menschenbilder sind als Zwischenbilanzen anzusehen, um – wenn sie ihren Dienst zeitweise sinnvoll getan haben – wieder aufgebrochen zu werden.

Ich habe sogar die Frage, ob der Ausdruck „anthroposophische Medizin“, obgleich längst eingeführt und sogar in Gesetzestexten festgeschrieben, nicht auch ein unzulänglicher Reduktionismus ist. Verlangte doch Steiner von jedem anthroposophischen Arzt die volle Beherrschung der Schulmedizin, zu der die anthroposophische Menschenkenntnis und -erkenntnis ergänzend und damit erweiternd hinzukommt. Nur die Scheu vor der sprachlichen Umständlichkeit, jedes Mal von „anthroposophisch erwei-

terter bzw. orientierter Medizin“ zu sprechen, hat die missverständliche Formulierung in Gebrauch gebracht, so als ob es eine ganz andere, eigene, alternative Medizin sei.

Thomas McKeen [1980] hat darauf einmal hingewiesen: Ebenso wenig wie es eine „deutsche Physik“ geben kann, gibt es eine „anthroposophische Medizin“ etwa im Gegensatz zur Schulmedizin. Wir haben schon eingangs uns der Aussage angeschlossen, dass die Schulmedizin nicht die bloße Vertretung einer reduktionistischen Naturwissenschaft ist, sondern die Vielschichtigkeit des Menschen auch in psychologischer und sozialer Hinsicht in der Lehre einbezieht. Die Schulmedizin definiert sich durch das Curriculum, das im Medizinstudium vermittelt wird. Indem an den Universitäten in Witten/Herdecke und Bern Begleitstudiengänge in anthroposophischer Medizin inzwischen angeboten werden, ist diese dabei, sich an der hochschulmedizinischen Ausbildung zu beteiligen. Wenn Hessel [2004] statt alternativer Medizin eine gute Schulmedizin fordert, so kann das nur begrüßt werden. Dann sollte aber, was zuerst alternativ, dann komplementär genannt wurde und wird, in das Hochschulstudium vermehrt kompetent eingebaut werden und dadurch die Schulmedizin zu „guter Schulmedizin“ ganz im Sinne Hessels sich entwickeln. Genügend gute Ansätze innerhalb der anthroposophisch-orientierten Medizin gibt es. Nur was soll sie machen, wenn sie von Vertretern der bisherigen Schulmedizin gesagt bekommt, die Erde noch als Scheibe aufzufassen, auf dem Standpunkt der „prä-

stabilen Harmonie“ von Leibniz zu stehen (muss übrigens „prästabiliert“ heißen, so bei Leibniz) und sich mit Goethe nur zu kaschieren? Wie leicht sind diese Vertreter emotionalisierbar, um die Tugenden der Aufklärung – die nüchterne Argumentation – zu vergessen.

Von Franckenberg [2004] vermeint, nur allein schon durch die Nennung der Anthroposophie als *Geheimwissenschaft* die anthroposophisch orientierte Medizin genügend desavouieren zu können. Da der größte Teil heute unter Esoterik laufenden Strömungen, die tatsächlich keinen Wissenschaftsanspruch vertreten wollen und können, auf die Steinersche Esoterik projiziert wird, sieht man seine „Geheimwissenschaft im Umriß“ als anstößig an. Wissenschaft kann doch nicht geheim sein! Man mache sich wenigstens im Vorwort kundig, dass sie es nicht ist, sonst wäre sie ja nicht veröffentlicht, sondern dass sie eine Wissenschaft von dem für die Sinne Unzugänglichen, Geheimen beinhaltet. Schon jede Psychologie, die die Empathie einbezieht, geht mit Erfahrungen im psychischen Feld um, die ja nicht sinnfällig sind, womit sie immer schon in eben diesem Sinne „Geheim-Wissenschaft“ ist. Natur-Wissenschaft ist ja auch nicht eine natürliche Wissenschaft, sondern eine solche von der Natur. Auf jenem Gebiet erfahrenere Leute anzutreffen, als man selbst ist, ist natürlich immer schmerzlich. Aber wie viel versteht der Mediziner von Quantenphysik? Hier geht es allein um ein klares Argumentations-Angebot.

Ohne Frage hat man es in den anthroposophischen Grundlagen mit geistigen

Inhalten zu tun, deren Methodik rechen-schaftsschuldig, aber auch rechen-schaftsfähig ist. Nur es muss doch möglich sein, sich methodisch klar zu einigen, immer Sinneserfahrung und geistige Forschung sauber auseinander zu halten. Das sollte immerhin für jeden mit einem wissenschaftlichen Anspruch konsensfähig sein. Ich möchte deshalb mit dem folgenden Zitat schließen:

„Deshalb muß ich Sie schon heute bitten, mir einige Begriffe zu verzeihen. Wenn jemand etwa glauben wollte: Nun, es ist unsinnig, sinnenfällige Empirie in der Physiologie, in der Biologie zu treiben, wozu braucht man die spezielle Fachwissenschaft, man entwickelt sich geistige Fähigkeiten, schaut in die geistige Welt hinein, kommt dann zu einer Anschauung über den Menschen, über den gesunden, über den kranken Menschen, und kann gewissermaßen eine geistige Medizin begründen, – so wäre das ein großer Irrtum. Es tun ja das manche auch, aber es kommt nichts dabei heraus. Höchstens das, daß sie wacker schimpfen auf die empirische Medizin, aber sie schimpfen eben dann über etwas, was sie nicht kennen. Also darum kann es sich nicht handeln, daß wir etwa einen Strich machen gegenüber der gewöhnlichen sinnenfälligen empirischen Wissenschaft. So ist es gar nicht. Sie können zum Beispiel, wenn Sie geisteswissenschaftlich forschen, nicht etwa auf dasselbe kommen, was Sie mit dem Mikroskop erforschen. Sie können ruhig jemanden, der Ihnen den Glauben beibringen will, daß er aus der Geisteswissenschaft heraus dasselbe finden kann, was man unter dem Mikro-

skop findet, als einen Scharlatan auffassen. Das ist nicht so. Dasjenige, was empirische Forschung im heutigen Sinne gibt, besteht. Und um die Wissenschaft auch im Sinne geisteswissenschaftlicher Anthroposophie vollständig zu machen auf irgendeinem Gebiete, dazu ist nicht etwa ein Hinwegräumen des sinnenfällig Empirischen statthaft, sondern es ist durchaus ein Rechnen mit dieser sinnenfälligen Empirie notwendig“ [Steiner GA 314].

## Literatur

- Conrady KO (1985) Goethe, Leben und Werk., Neuauflage (1994): Artemis & Winkler
- Darwin C (1871) The descent of man, and selection in relation to sex, Vol 2. London, Deutsch: Die Abstammung des Menschen. Wiesbaden (1992)
- Diels H (1957) Die Fragmente der Vorsokratiker, 26. rororo, Reinbeck
- Frankenberg Dv, Schulmedizin und Komplementärmedizin – Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden: Goethenistik. Dtsch Ärztebl (2004), 101, A 2313
- Friedenthal R (1936) Goethe, Leben und Werk, Neuauflage (1994): Artemis & Winkler, Düsseldorf
- Goethe JW (1976) Maximen und Reflexionen, 561. Insel, Frankfurt/Main
- Goethe JW (1830) Principes de Philosophie Zoologique. Werke, Hamburger Ausgabe Bd. 13, 219. dtv München 1988
- Goethe JW (1829) Analyse und Synthese. Werke, Hamburger Ausgabe Bd. 13, 49. dtv München 1988
- Goethe JW (1792) Der Versuch als Vermittler zwischen Objekt und Subjekt. Werke, Hamburger Ausgabe Bd. 13, 10. dtv München 1988
- Gross R, Löffler M (1997) Prinzipien der Medizin. Eine Übersicht ihrer Grundlagen und Methoden. Springer, Berlin, Heidelberg, NewYork
- Hessel W, Schulmedizin und Komplementärmedizin – Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden: Alternative: gute Schulmedizin. Dtsch Ärztebl (2004), 101, A 2313
- Heusser P (Hrsg.) (2000) Goethes Beitrag zur Erneuerung der Naturwissenschaften. Haupt, Bern, Stuttgart, Wien
- Heynacher M (Hrsg.) (1922) Goethes Philosophie aus seinen Werken, 2. Aufl. Meiner, Leipzig
- Kienle G (1974) Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft, 255. Schattauer, Stuttgart, New York
- Köhler O, Vom unbenannten Denken. Journal für Ornithologie (1953), Bd. 94
- Ludwig PH (1991) Sich selbst erfüllende Prophezeiungen im Alltagsleben. Verlag für angewandte Psychologie, Stuttgart
- Mandelkove KR (1998) Natur und Geschichte bei Goethe im Spiegel seiner wissenschaftlichen und kulturtheoretischen Rezeption. In: Matussek P, Goethe und die Verzeitlichung der Natur, 238. Beck, München, Zürich
- Mayr E (1989) Die Darwinsche Revolution und die Widerstände gegen die Selektionstheorie. In: Meier H (Hrsg.), Die Herausforderung der Evolutionsbiologie, 245. Piper, München
- McKeen T (1980) Was heißt „Anthroposophische Medizin“? Beiträge zur Erweiterung der Heilkunst, Wiederabdruck (1996). In: Wesen und Gestalt des Menschen. Freies Geistesleben, Stuttgart
- Nager F (1994) Goethe, Der heilkundige Dichter. Insel, Frankfurt/Main
- Parson T (1967) Definition von Gesundheit und Krankheit. Krankheit im

- Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich A et al., *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Kiepenheuer und Witsch, Köln u.a.
- Schad W, *Zeitintegration als Übergangsbereich zwischen heteronomen und autonomen Bedingungen der Organismen*. Merkurstab (2001) 54, 85–90
- Schad W, *Gesundheit und Krankheit in Medizin und Ökologie*. Merkurstab (1998) 51, 193–197
- Schad W (1997) *Die Zeitintegration als Evolutionsmodus*. Habilitationsschrift, Universität Witten/Herdecke
- Schad W (1981) *Die geschichtliche Voraussetzung der Anthroposophie in der Neuzeit*. In: Rieche H, Schuchhardt W (Hrsg.), *Zivilisation der Zukunft*, Urachhaus, Stuttgart
- Steiner R (GA 1) *Einleitungen zu Goethes Naturwissenschaftlichen Schriften*. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Steiner R (GA 2) *Grundlinien einer Erkenntnistheorie der Goetheschen Weltanschauung mit besonderer Rücksicht auf Schiller*. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Steiner R (GA 58) *Metamorphosen des Seelenlebens*, Bd.1, Neun Vorträge, 44, 76, 77. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Steiner R (GA 151) *Der menschliche und der kosmische Gedanke*. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Steiner R (GA 314) *Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft*. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Uexküll T, Wesiak W (1998) *Theorie der Human Medizin*. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Watzlawick P (1985) *Selbsterfüllende Prophezeiungen*. In: Watzlawick P, *Die erfundene Wirklichkeit*. Beiträge zum Konstruktivismus, 91–110. Piper, München
- WHO World Health Organisation (1958) *Constitution*. Genf
- Willich et al., *Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden*. Dtsch Ärztebl (2004) 101, A 1317

## Ärztliche Ethik und Menschenbild

*Klaus Dörner*

Wenn ein grünes Männchen vom Mars, natürlich mit ethnomethodologischem Blick, das „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“ oder dieses Symposium betrachten würde, stünde es in der Gefahr, sich totzulachen: Denn wenn die etablierte Medizin den Kampfbegriff „Schulmedizin“ ihrer Kontrahenten sich selbst freiwillig aufdrückt – und mit diesem Begriff ist schließlich in der Tradition von Hamlets Schulweisheit einseitig-naturwissenschaftliche und menschenfeindliche Borniertheit gemeint –, dann arbeitet die etablierte Medizin offenkundig an ihrem eigenen Untergang, lässt keine Selbstachtung mehr erkennen und dürfte kaum noch zu retten sein.

Kommt erschwerend hinzu, dass der Gegenbegriff des „Komplementären“ das Wesen der Medizin viel genauer trifft, hat diese doch von Beginn an betont, nicht sie, sondern die Natur heile den Patienten, während der Arzt der Natur nur ergänzend-komplementär helfe. Und umgekehrt passt „Schulmedizin“ besser auf die komplementär genannten Medizinrichtungen, da hier doch ein jeweils ganzheitliches, umfassendes und daher geschlossenes Lehrgebäude reklamiert wird, während die etablierte Medizin sich eher als einen offenen Fortschrittsprozess versteht.

Obwohl ich nun selbst in der Zeit meiner Lehre an der Universität Witten/

Herdecke das dauerhafte Nachdenken der Mediziner über den Menschen – hier nur am Beispiel des anthroposophischen Modells – zu fördern versucht habe, damit übrigens am Desinteresse der kooperierenden Kliniken und der Medizinstudenten gescheitert bin, zähle ich mich zum Lager der etablierten Medizin.

Schon der Chancengleichheit wegen kann ich nun beim besten Willen meine etablierte Medizin nicht „Schulmedizin“ nennen, eben weil dies einem sprachlichen Vorab-Selbstmord gleichkäme. Für die Zwecke meiner Ausführungen werde ich sie stattdessen „allgemeine Medizin“ nennen, die komplementäre Medizin hingegen die „besondere Medizin“ (nach den „besonderen Therapierichtungen“ des Gesetzestextes), abgekürzt A-Medizin und B-Medizin. Das ist nicht optimal, aber formal vertretbar, macht inhaltlich sogar ein wenig Sinn; und man muss nicht Hegel gelesen haben, um zu wissen, dass das Allgemeine und das Besondere in der Entwicklung jederzeit ineinander umschlagen können.

Ähnliche Bauchschmerzen bestehen beim Begriff „Menschenbild“. Dies ist weder ein philosophischer noch ein wissenschaftlicher Begriff. Er gehört vielmehr zur ontologischen Sprache der Weltanschauungen und Glaubenssysteme. Daher können B-Mediziner damit

besser leben als A-Mediziner wie ich. Da nun gleichwohl allen medizinischen Äußerungen Annahmen über ein Menschenverständnis zugrunde liegen, spreche ich hier lieber von anthropologischen Annahmen, auch wenn – bezeichnend für das desolante Ergänzungsbedürfnis der A-Medizin – etwa der Psyhyrembel weder eine medizinische Anthropologie noch eine anthropologische Medizin kennt, ein Befund, der allein schon alle Medizin-Verantwortlichen schlaflos machen müsste.

Nun habe ich hier den Auftrag, über die anthropologischen Motive und Begründungen der ärztlichen Ethik und damit des ärztlichen Handelns nachzudenken. Schon um hier den naturalistischen Fehlschluss zu vermeiden, also unzulässig vom menschlichen Sein auf das Sollen zu schließen, wofür B-Mediziner noch anfälliger als A-Mediziner sind, empfiehlt sich Zurückhaltung bei anthropologischen Seinsaussagen. So ist z.B. schon der Satz aus dem „Dialogforum“-Text [Willich 2004] bedenklich, Heilen sei die „Hilfe bei der Realisierung individueller Lebensperspektiven“ im Krankheitsfall. Denn unter heutigen Marktbedingungen werden tendenziell alle Menschen als (vor allem psychisch) therapie- und verbesserungsbedürftig gewertet, was die Gefahr einer menschenbeglückenden Medikokratie ebenso erkennen lässt wie die Tatsache, dass die Medizin-Verantwortlichen heute nur noch ungern von „Krankheit“, dafür aber umso begeisterter ontologisch von „Gesundheit“ und ihrer Steigerungsfähigkeit reden, weshalb sich auch das Konzept der Salutogenese einer zu hinterfragenden Beliebtheit erfreut.

Wegen solcher Gefährdungen beschränke ich mich hier auf die Beschreibung des Wandels anthropologischer Annahmen in der Entwicklung der Medizin und ihrer Ethik.

Methodisch folge ich damit der jungen kulturwissenschaftlichen Disziplin der „historischen Anthropologie“, wie sie Reinhard [2004] in Freiburg entwickelt hat.

In diesem Sinne zunächst eine kurze, allgemein-menschliche Rahmenerzählung, die gleichwohl für unser Thema nicht bedeutungslos ist: Der Aufbruch zur europäischen Rationalität als Befreiung vom Mythos erfolgt im Altertum im Spannungsfeld zwischen zwei Denktraditionen, einmal der griechischen mit ihrem Ausgang vom Ich und zum anderen der biblischen mit ihrem Ausgang vom Anderen, egal ob vom anderen Menschen oder von Gott – ein bis heute wirksames Spannungsfeld.

Innerhalb dieser sich so rationalisierenden Kultur Europas ist die erste medizin-relevante Feststellung trotz ihrer Schlichtheit die am meisten vergessene: Da die Ärzte sich nämlich (von Ausnahmen abgesehen) während der vielen Jahrhunderte des Mittelalters und der Neuzeit auf die Behandlung der wenigen Besitztenden beschränkten, war das anthropologisch bedeutsame Helfen in Krankheit und ähnlichen Notlagen in dieser langen Zeit vor allem die Sache der Bürger selbst, ihres recht und schlecht funktionierenden solidarischen Füreinandereinstehens, stabilisiert von den drei nahräumigen Solidaritäts-Institutionen der Familie, der Nachbarschaft und der Gemeinde. Auch



vergessen ist, dass die kleinste tragfähige soziale Einheit bei überdurchschnittlichem Hilfsbedarf im Regelfall nie die isolierte Familie, sondern immer Familie und Nachbarschaft zusammen waren, wofür die Hausärzte heute erst wieder ein Sinnesorgan entwickeln. Und die Solidarität territorialer Kleinräume ist und bleibt das basale Steuerungsinstrument jedes Gesundheitswesens bis heute. Nur so ist zu erklären, dass selbst unter den heutigen ungünstigen Bedingungen 70% der Alterspflegebedürftigen familiär betreut werden.

Aber zwischen den beiden Ebenen bürgerschaftlicher Solidarität und ärztlichen Handelns gab es – nicht nur für den mal mehr, mal weniger, aber immer wirksamen Placebo-Bereich der notgeborenen gläubigen Heilserwartung – ebenso dauerhaft die Tradition der Volksmedizin in ihren unendlich vielen Schattierungen. Wo deren Vertreter dem Ärztestand zu nahe kamen, wurden sie oft als „Unehrlische“ abgewehrt, notfalls auch in Hexenprozesse verstrickt. Die heutigen besonderen Therapierichtungen der B-Medizin haben wirksame Wurzeln in dieser Tradition der Volksmedizin, sei es der eigenen oder einer fremden Kultur, teils bis in die Esoterik und die para-religiöse Spiritualität des vor-europäischen Mythos zurückreichend.

Der Rationalisierungsschub der Aufklärung und des Beginns der Moderne änderte im 19. Jahrhundert fast alles. Einerseits führte die Verwissenschaftlichung der medizinischen Technik aus der Begeisterung über den dadurch erzielten Wirksamkeitszuwachs nicht nur zum

neuen Leitbild der zukünftigen Herstellbarkeit einer leidensfreien Gesellschaft, sondern auch zur Vernachlässigung der Wirksamkeit der Person des Arztes und seiner ethischen Erfahrungsregeln. Es entstand die Gefahr des Verlustes seiner beruflichen Autorität und Identität und der Eigenständigkeit seiner Wissenschaft. Wie die ärztlichen Techniken durch Anwendung anderer Wissenschaften (Physik, Chemie, Biologie, später Psychologie und Soziologie) effektiviert wurden, so wurden schließlich auch die ethischen Normen von außen importiert. Auf diese Weise wurden nun die Patienten zwar technisch erreichbar, aber dafür emotional-persönlich unerreichbar, was wiederum die B-Medizin in der Bevölkerung wichtiger werden ließ.

Andererseits führte zwar der Universalismus-Anspruch der neuen Rationalität dazu, dass die Ärzte nun erstmals in der Medizingeschichte für alle Menschen da sein, sich mit allen solidarisieren wollten, abzulesen etwa an den vielen kommunalen Ärztevereinen im 19. Jahrhundert. Auf diese Tradition greift die heutige „integrierte Versorgung“ zurück, wenn es ihr um die Versorgung eines erlebnisfähigen kommunalen Nahraums geht; hier ist territoriale Verantwortung endlich die Basis ärztlicher Sorge-Ethik. Doch wählte der Staat mit den Sozialgesetzen ab 1880 eine eher entsolidarisierende Problemlösung top-down, von oben herunter – mit der Botschaft an die Bürger, dass sie sich nun von ihrer Solidarität des Helfens zugunsten eigener Freiheit durch Geld (Steuern/Beiträge) freikaufen könnten – mit der Folge der seitherigen Schwächung

der drei Solidaritätsinstitutionen Familie, Nachbarschaft und Gemeinde und des Irrglaubens der Bürger, sie hätten sich jetzt nicht mehr an ihrer Bedeutung für Andere, sondern nur noch an ihrer eigenen Selbsterhaltung und Selbstbestimmung zu orientieren. Dies war passend zur zunehmenden Bedeutung des Marktes, der nun gegenüber der Solidarität, wenn auch schrittweise, das immer stärkere Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens werden konnte, bis heute nach dem Willen von WTO und EU das Gesundheitswesen dem globalen Dienstleistungshandel allmählich freigegeben wird, was den Arztberuf zum Gewerbe und den Arzt zum Wunscherfüller von Dienstleistungskunden macht, den besseren hofierend und melkend, den schlechteren an die Konkurrenz abdrückend. In dem Maße, wie sich dieser Prozess, zu dem sich auch Deutschland verpflichtet hat, realisiert, könnten A- und B-Mediziner dann nur noch im schlechten Pluralismus postmoderner Beliebigkeit um die profitableren Marktanteile konkurrieren.

Wer hier resignieren will, sei auf die zur Zeit in der historischen Anthropologie diskutierte Hypothese [Reinhard 2004, S. 276] verwiesen, dass die zu beobachtende postmoderne Wiederzuwendung der Menschen zu den vormodernen Nahräumen und Kleingruppen damit zu tun haben könnte, dass die durch die Befreiung von den Bindungen der Kleingruppen eingehandelte Disziplinierung durch die dadurch gestärkten Großinstitutionen – nacheinander Kirche, Staat und Markt – zunehmend umfassender und drückender erlebt wurde. Da die Menschen so vom

Regen in die Traufe gekommen seien, versuchten sie, dies durch eine Reorientierung an den durch die Moderne überholt geglaubten Kleingruppen (Familie, Nachbarschaft, Gemeinde, auch Freundschaft) zu kompensieren. In dem Maße, wie das zutrifft, wäre es für die Ärzte geboten, sich ihrerseits wieder in den Dienst dieser Kleingruppen und damit der bürger-schaftlichen Solidarität des Helfens zu stellen, um diese gegenüber dem anderen Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens, dem Markt, zu stärken. Wie das geht, wie z.B. der Hausarzt Gemeindefeind werden kann, habe ich in *Der gute Arzt* [2003] und *Das Gesundheitsdilemma* [2004] zu zeigen versucht.

Nach dieser historischen Analyse nun ein paar systematische Aspekte zur Frage der Technik-Moral-Balance, des Ethik-Ausgleichs, nachdem wir uns darüber vermutlich einig sind, dass die Verwissenschaftlichung der medizinischen Techniken zwischenzeitlich zu einer instrumentellen Verkürzung der anzustrebenden vollständigen Rationalität gerade in der A-Medizin, vermeidbar oder nicht, geführt hat. Auch auf diesem Weg kommen wir zu ähnlichen Ergebnissen:

▲ Der Verallgemeinerbarkeit und Wiederholbarkeit als Wirkungskriterium eines Experimentes, einer ärztlichen Maßnahme oder eines Medikamentes entspricht ethisch am ehesten die Gerechtigkeits-Norm. Deren Formalismus (alle haben dasselbe Recht, unter Brücken zu schlafen) bedarf des Ausgleichs durch Einbettung in die eigentlich ärztliche Ethik der Sorge, wie der amerikanische Medizin-Ethi-

ker Warren T. Reich [1997] gezeigt hat. Dies konkretisiert mein kategorischer Imperativ der Solidarität: „Handle in deinem Verantwortungsbereich so, dass du mit dem Einsatz all deiner Ressourcen beim jeweils Letzten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt.“ Damit ist unschwer zu erkennen, dass der Markt einem anderen, umgekehrten ethischen Imperativ folgt (beginnen, wo es sich am meisten lohnt).

- ▲ Die Adressierung einer medizinischen Maßnahme an ein krankes, isoliertes Individuum bedarf des kompensatorischen Ausgleichs der Aufmerksamkeit für seinen Kontext, seine Lebenswelt. Daher ist ärztliche Verantwortung, im Dienst des bürgerschaftlichen Solidarsystems, immer zuerst territorial zu definieren. Und daher ist die Arzt-Patienten-Beziehung immer zuerst eine Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung, wenn sie vollständig rational sein will.
- ▲ Die Fokussierung ärztlichen Handelns auf die technische Endstrecke verlangt als Ausgleich die Einbettung des Handelns in eine beziehungsmedizinische Kultur, wie dies u.a. Uexküll [1994] beschreibt.
- ▲ Die ethische Reflexion der Medizin als Beziehungswissenschaft unterscheidet in jeder Beziehung zwischen zwei asymmetrischen Dimensionen: Dies ist einmal eine aktiv-asymmetrische Subjekt-Objekt-Dimension, in der ich mich dazu bekenne, den in seiner Not eher nicht selbstbestimmten, sondern real-fremdbestimmten Patienten zur

Anwendung einer kunstgerecht indizierten Technik führen zu wollen. Dies ist verantwortungs-ethisch nur gerechtfertigt, wenn diese Dimension zum anderen als Ausgleich eingebettet ist in eine umgekehrte passiv-asymmetrische Objekt-Subjekt-Dimension, in der ich mich ebenso vorbehaltlos dem Dienst an dem Patienten aussetze, den sprechenden Augen seines schutzlosen Antlitzes ohne Hörigkeit gehorsam bin, wie Levinas [1992] den Vorrang der Ethik vor der Ontologie auch allgemein begründet. Nur über diesen Umweg der „Kunst des Indirekten“ [Schernus 2003] kann die Beziehung gelegentlich auch als wechselseitig in ihrer Subjekt-Subjekt-Dimension erlebnisfähig werden. Hier wird deutlich, dass „Dienst“ das Gegenteil von „Dienstleistung“ ist.

- ▲ In der Balance zwischen nomothetischer und idiopathischer Ausrichtung der Medizin hat insbesondere die A-Medizin sich über 200 Jahre vor allem naturwissenschaftlich-nomothetisch weitergebildet, während die humanwissenschaftlich-idiopathische Orientierung überholt zu sein schien. Heute können wir wissen, dass zur nicht instrumentell verkürzten, vollständigen Rationalität der Medizin und der medizinischen Anthropologie die Einbettung der naturwissenschaftlichen in die humanwissenschaftliche Orientierung geboten ist, ähnlich wie Newtons mechanische Physik sich nur als Sonderfall der allgemeineren Quantenphysik als gültig erwiesen

hat. Wir tun also gut daran, für die nächsten 100 Jahre unsere Sinnesorgane für das Idiopathische nachzuentwickeln, unsere Befähigung zum biographisch-hermeneutischen Denken und zur phänomenologischen Erfahrung, die in der konkreten Situation die evidence-basierten Leitlinien nicht einfach befolgt, sondern sie souverän in ihren Dienst zu nehmen versteht. Dem entspricht durchaus die Wiederentdeckung unserer Sinnesorgane für die überholt geglaubten Kleingruppen der Menschen, die solidaritätsstabilisierenden Institutionen Familie, Nachbarschaft, Gemeinde, damit für die territoriale Definition unserer Verantwortung, vor allem die des Hausarztes. Auch Habermas' [2001] postsäkulare Wiedereinbeziehung der biblischen neben der gewohnten griechischen Denktradition zu einem vollständigen Rationalitätsbegriff ist hier einschlägig, schließlich auch die Wahrnehmung des Spannungsfeldes zwischen den beiden anthropologischen Grundbedürfnissen jedes Menschen, einerseits nach gesund-egoistischer Selbsterhaltung/Selbstbestimmung und andererseits nach Auslastung durch Bedeutung für Andere; dann nämlich habe ich mich als Arzt bei der Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus nicht nur zu fragen, ob er selbstständig genug sei, sondern auch, ob er hinreichend mit Bedeutung für Andere ausgelastet sei. Von Viktor von Weizsäcker [1987] kann man das lernen.

Folgende Schlussfolgerungen lassen sich aus den historischen und systematischen Überlegungen ziehen:

1. A- und B-Medizin haben zumindest zwei gemeinsame Interessen. Einmal die Rückbesinnung darauf, dass die Medizin selbst eine eigenständige, zwar nicht naturwissenschaftliche, wohl aber humanwissenschaftliche Wissenschaft ist. Sie integriert zwar die Ergebnisse vieler anderer Wissenschaften, entwickelt aber eigene Theorien und folgt einer eigenen Philosophie, insbesondere auch Ethik, wofür ich einige Beispiele genannt habe. Die resignierten Ärzte an der Basis hoffen kaum noch, aber erwarten dennoch, dass ihre Selbstverwaltungs-Repräsentanten sich zu diesem Anspruch, auch Machtanspruch bekennen, um dem ärztlichen Alltagshandeln seine früher wegen einseitiger Hypertrophie teils zurecht aberkannte Autorität in dieser anderen Form wiederzugeben, ohne die es nicht hinreichend wirken kann.

Das andere gemeinsame Interesse besteht in der Rückbesinnung darauf, dass das professionelle und bezahlte Hilfesystem der Medizin das unbezahlte bürgerschaftliche Hilfesystem nicht etwa ersetzt oder allenfalls ergänzend in Form von Ehrenamtlichen zulässt, wie wir dies über 200 Jahre Moderne praktiziert haben. Dieses Verhältnis ist nun wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen: Das professionelle Hilfesystem Medizin, so potent es auch sein mag, steht nämlich nach wie vor nur im Dienst des Solidaritätshilfesystems der Bürger, ergänzt es nur; die Bürger bezahlen die Profis dafür, dass sie ergänzend, komplementär nur dort tätig wer-

den, wo die Bürger dies mangels Kompetenz nicht können.

Dies entspricht nicht nur der historischen Wahrheit, ist nicht nur arzt-ethisch geboten und auch nicht nur ökonomisch notwendig, um Steuern und Beiträge in Grenzen zu halten. Vielmehr ist diese organisatorische und persönliche Indienstnahme der Ärzte durch das Solidaritätssystem der bürgerschaftlichen Kleingruppen (Familie, Nachbarschaft, Gemeinde) buchstäblich die einzige Chance, um zu verhindern, dass das professionelle Medizinsystem restlos vom zweiten Steuerungsinstrument Markt geschluckt und dem global-freien Handel als Dienstleistung ausgesetzt wird – mit der Folge der Verwandlung der Patienten in Kunden oder Waren und der endgültigen Auflösung ärztlicher Identität. Die resignierten Ärzte an der Basis hoffen kaum noch, aber erwarten dennoch, dass die Ärztestandverantwortlichen die Realisierung der Indienstnahme der Ärzte durch die Bürger-Solidarität zu ihrer vornehmsten Pflicht machen, den Vorrang der Steuerung durch die Solidarität vor der Steuerung durch den Markt durchsetzen. Dann nämlich wäre jedem klar, dass die Medizin im Kern nicht marktfähig ist. Soweit die B-Mediziner die Erben der Volksmedizin sind, liegt es nahe, dass hier die A eher von der B-Medizin lernen kann.

2. Von den B-Medizinern ist aber noch mehr zu lernen. So ist für sie etwa die Einbettung medizinischer Techniken in eine Beziehungskultur selbstverständlicher geblieben. Auch der durch die Technik-Faszination bedingte Irrglaube des modernisierten Arztes, er selbst sei es, der

heilen könne, ist ihr eher fremd. Vor allem aber ist es heute von existenzieller Bedeutung, dass die eher somato-psycho-sozialen (und nur damit biologischen) ganzheitlichen Wahrnehmungsmethoden der B-Mediziner eher gegen das A-Medizin-Übel immunisieren, den Patienten zu fragmentisieren und für seine psychischen getrennt von seinen somatischen Leidensäußerungen arbeitsteilig und kostentreibend zwei getrennte Spezialistensysteme mit marktförmig unendlicher Expansionstendenz zu schaffen. Dies begünstigt, dass der Arzt überflüssig wird; denn wenn die psychische oder Personwirkung dem Psycho-Spezialisten zugeschrieben wird, ist die Somato-Technik beim Ingenieur besser aufgehoben. Wenn nun der heutige A-B-Dialog genauso läuft wie der frühere Somato-Psycho-Dialog, dann werden wir in 30 Jahren – Marketing-gesteuert – für jede Behandlung nicht zwei, sondern drei Spezialistensysteme haben: Jeder Patient (z.B. jeder Diabetiker) wird als Behandlungs-Grundausrüstung den Technik-Spezialisten oder Ingenieur, den Psycho-Spezialisten und den Komplementär-Arzt oder Geistheiliger wünschen – und nur sein Wunsch zählt am Markt; er wird dies notfalls gerichtlich einklagen. Obwohl wir mit diesem A-medizinischen Irrweg der Verdoppelung des somatischen durch ein psychisches Hilfesystem erst begonnen haben, findet man in den Branchenverzeichnissen „besserer“ Stadtteile heute schon mehr Psycho-Anbieter als Körpermediziner. Wie dies wieder zusammenzuführen (leider weniger: wie dies auf die wirklich kranken Patienten wieder gesundzuschumpfen) ist, ist eher

von der B-Medizin zu lernen. Im Übrigen ist der Lernprozess zwischen den A- und den B-Medizinern schon seit langem im Gange.

3. Umgekehrt haben die B- von den A-Medizinern gnadenlos die Wirksamkeitsnachweise ihrer Verfahren zu lernen, auch wenn es dabei Fehler aufzudecken gibt. Die „Binnenanerkennung“ in der heutigen Form politischer Gefälligkeit kann jedenfalls keinen Bestand haben, wollen wir die Zeiten des Kulturkampfes hinter uns bringen. Und was die schulhaften, geschlossenen Weltanschauungsgebäude angeht, so sollte trotz aller Lebensperspektiven-Sinnstiftungsbedürfnisse – am europäischen Vollständigkeitsideal der Rationalität festhaltend – nicht hinter den Stand der Erkenntnistheorie Kants zurückgegangen werden. Wo der Rückgriff noch hinter die griechischen und biblischen Denktraditionen zurückreicht und sich in der Esoterik und in der Spiritualität mythologischen Wahnens verwurzelt, sollte eine Grenze gezogen sein, damit ein solcher nicht mehr weltoffener Holismus nicht Menschen kolonisiert und so imperialistisch wird. Wer Gläubige rekrutieren will, mag das tun, aber nicht durch Missbrauch zwangsläufiger Suggestibilität notleidender Kranker, also getrennt von der Medizin, die gemeinnützig dem solidarischen Hilfesystem aller Bürger dient, worüber die ärztliche Selbstverwaltung zu wachen hat – für ihre Glaubwürdigkeit und Autorität Nachteile in Kauf nehmend.

4. Alle Gesprächsteilnehmer sollten sich unter dem Anspruch versammeln, den Markt-Pluralismus der postmodernen

Beliebigkeit, der für jeden eine dauerhafte Nischenexistenz toleriert, abzulehnen und stattdessen das rationale Ziel anzustreben, dass es auf Dauer nur eine Medizin als Praxis und Wissenschaft geben kann, egal, wer wen wie bereichert und wie lange der lernende Austausch dauert. Die seriöseste Grundlage für eine solche Entwicklung ist für mich nach wie vor die anthropologische Medizin von Weizsäcker [1987], durch Kant der Rationalität verpflichtet, durch seine Freundschaft mit Martin Buber dialogphilosophisch weltoffen gehalten und natürlich für unsere heutige Situation weiterentwickelt, wofür Asmus Finzen [2002] mit seinem Buch *Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen* uns ein Füllhorn von Anregungen gibt.

Abschließen will ich mit dem Lebensbericht eines alten, engagierten Landarztes: Er habe im schon fortgeschrittenen Erfahrungsstadium sich einer kompletten homöopathischen Ausbildung unterzogen, weil er auf keinem anderen Weg vollständiger die Wahrnehmung des Gesamtorganismus und der Biographie des je einmaligen Patienten habe lernen können. Die auf dieser Grundlage höchst individuell verordneten Kügelchen seien ihm nur als Beziehungssymbol wichtig gewesen, worauf er in dem Maße habe verzichten können, wie es ihm gelungen sei, den jeweils indizierten technischen Maßnahmen durch das Wirken seiner Person eine tragfähige Basis zu geben.

## Literatur

- Dörner K (2003) Der gute Arzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Dörner K (2004) Das Gesundheitsdilemma. Ullstein, Berlin
- Finzen A (2002) Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Habermas J (2001) Friedenspreisrede. Frankfurter Rundschau vom 16.10.2001
- Levinas E (1992) Jenseits des Sein oder anders als Sein geschieht. Alber, Freiburg
- Reich WT (1997) Verrat an der Fürsorge, unveröffentlichter Text der Freiburger Tagung vom 12.10.1997 der Akademie für Ethik in der Medizin
- Reinhard W (2004) Lebensformen Europas, eine historische Kulturanthropologie. Beck, München
- Schernus R (2003) Die Kunst des Indirekten. Paranus, Münster
- Uexküll T (1994) Rückmeldung als Modell interpersonaler Beziehungen. Psychosomatische Medizin als Beziehungsmedizin. In: Hahn PH (Hrsg.), Modell und Methode in der Psychosomatik. Beltz, Weinheim
- Weizsäcker Vv (1987) Der Arzt und der Kranke. In: Weizsäcker Vv et al. (Hrsg.), Gesammelte Schriften. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Willich SN, Schulmedizin und Komplementärmedizin. Dtsch Ärztebl (2004) 101, A 1314–1319





## Das Menschenbild der heutigen Schulmedizin: seine Bedeutung für das ärztliche Handeln

*Hermann Heimpel*

Auch wenn es uns im ärztlichen Alltag nicht immer bewusst ist, bestimmt unser Menschenbild letztlich jede Entscheidung, die wir für unsere Patienten und mit unseren Patienten treffen. Wenn in diesem Symposium des Dialogforums „Pluralismus in der Medizin“ ein Kliniker und ein Humangenetiker die Aufgaben übernommen haben, die Bedeutung des Menschenbildes für das ärztliche Handeln aus der Sicht der Schulmedizin darzulegen und damit den Vorstellungen anderer, „nicht schulmedizinischer“ Medizinrichtungen gegenüberzustellen, sind zunächst einige Vorbemerkungen notwendig.

Eine erste Vorbemerkung betrifft den Begriff der Schulmedizin, wie er in der Vorstellung des Dialogforums in seiner ersten Veröffentlichung verwendet wurde [Willich 2004]. Dabei wurde zunächst darauf verzichtet, den Wortsinn dieses Begriffes zu hinterfragen. Er entspricht vielmehr dem üblichen Sprachgebrauch und bezeichnet im Kontext dieser Darstellung die dem heutigen Lehrgebäude der Humanmedizin entsprechenden Denkweisen und Verfahren, die an den Universitäten der hoch entwickelten westlichen Länder erforscht und gelehrt und in der naturwissenschaftlich orientierten medizinischen Praxis verwendet werden. Dabei ist nicht zu übersehen, dass er von

Seiten der Schulmediziner mit dem positiven Beiklang einer wissenschaftlich fundierten Schule, von Vertretern komplementärer und alternativer Medizinrichtungen (im Dialogforum verengt auf den Begriff der Komplementärmedizin) häufig mit dem negativen Beiklang einer reduktionistischen anthropologischen Sicht gebraucht wird. Es ist bemerkenswert, dass Schulmediziner, die sich mit alternativen Medizinrichtungen und ihren Verfahren auseinandersetzen, fast immer darauf verzichten, ihre eigene Medizin terminologisch zu definieren. Eine Ausnahme bildet die Stellungnahme von Bock, der die hier als Schulmedizin bezeichnete Medizinrichtung als „wissenschaftliche Medizin“ der alternativen Medizin gegenüberstellt [Bock 1993]. Dagegen betrifft Bleulers Kritik an der Inkonsequenz des Denkens in der medizinischen Praxis gleichermaßen die Schulmedizin seiner Zeit wie alternative Medizinrichtungen [Bleuler 1962].

Unbeschadet der Problematik des Wissenschaftsbegriffes wurde im Kontext des Verständigungsversuches des Dialogforums darauf verzichtet, den zweifellos richtigen Terminus der „wissenschaftlichen“ Medizin für die heutige Schulmedizin zu verwenden und damit allen anderen in diesem Symposium vertretenen Medizinrichtungen und ihren Protagonis-

ten wissenschaftliche Reflexion und wissenschaftliche Argumentation von vorne herein abzusprechen. Wir sind allerdings nicht bereit, unsere Medizin auf den Begriff der „naturwissenschaftlichen“ Medizin zu reduzieren; denn unbeschadet der entscheidenden Rolle der exakten Naturwissenschaften für die heute weltumspannende „allgemeine“ Medizin im Sinne Dörners haben nicht naturwissenschaftliche Fächer wie die allgemeine Wissenschaftstheorie, die Psychologie und die Soziologie die heutige Schulmedizin mitgeformt und sind bei der Sozialisation des Laien zum Arzt wesentlich beteiligt. Der viel zitierte Ausspruch Naunyns lautet eben nicht „die Medizin wird Naturwissenschaft sein oder sie wird nicht sein“, sondern „... wird Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein“ [Raspe 2001].

Der Begriff der heutigen Schulmedizin bedeutet zunächst die Absetzung von der scholastischen Schulmedizin des Mittelalters und der Renaissance, die auf dem über 1.000 Jahre konservierten humoralpathologischen Modell der Biologie des Menschen beruhte, das sich als für den medizinischen Fortschritt untaugliches Modell erwiesen hat. Dabei war die Schulmedizin für den Kranken oft gefährlicher und weniger nützlich als die Tätigkeit nicht anerkannter Außenseiter wie Wundärzte, Wasserheiler oder Kräuteraerzte. Reste des humoralpathologischen Modells waren selbst nach seiner wissenschaftlichen Ablösung – für die Namen wie William Harvey oder Rudolph Virchow stehen – noch in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in der allgemeinen medizinischen Praxis zu finden, wäh-

rend heute die so genannten ausleitenden Verfahren – Einläufe, Schropfköpfe oder Blutegel – nur noch von einigen alternativmedizinischen Richtungen propagiert werden. Dazu gehören nicht die anthroposophische Medizin **Rudolf Steiners** und die klassische Homöopathie **Samuel Hahnemanns**, obwohl sich in der Praxis der so genannten Naturheilkunde homöopathische oder anthroposophisch begründete Medikamentenanwendung und auf humoralpathologischen Vorstellungen beruhende Verfahren häufig vermischen.

Der Begriff der heutigen Schulmedizin weist darüber hinaus darauf hin, dass das Menschenbild der Schulmedizin in ständigem evolutionären Wandel begriffen ist, bedingt durch Erkenntnisse der Medizin selber, insbesondere der im Wesentlichen durch die Medizin getriebenen humanbiologischen, speziell der molekular-genetischen Forschung, aber auch durch die in der Aufklärung angestoßenen Veränderungen der gesellschaftlichen Wertvorstellungen, die unter anderem die medizinische Ethik und die Arzt-Patienten-Beziehung prägen. Dagegen erscheint das Menschenbild der komplementären Medizinrichtungen stärker konserviert, wie die häufige Berufung europäischer Schulen wie Homöopathie oder anthroposophische Medizin auf die kaum hinterfragte Theorie ihrer Gründer und die der asiatischen traditionellen Medizin auf ihre jahrtausendjährige Tradition deutlich machen.

Das Menschenbild der heutigen Schulmedizin wird aber nicht nur durch den wissenschaftlichen Fortschritt und

den gesellschaftlichen Wandel geprägt, sondern in zeitgleicher Betrachtung durch unterschiedliche kulturelle Bedingungen und individuelle Einstellungen modifiziert. Als Kliniker, dessen Erlebniswelt vorwiegend von der Beschäftigung mit schweren somatischen und psychosomatischen Erkrankungen bestimmt ist, werde ich drei Hypothesen zur im Titel gestellten Frage auswählen, die weder den unangemessenen Anspruch auf Vollständigkeit erheben noch erwarten lassen, dass ihre Bedeutung von allen schulmedizinisch ausgerichteten Ärzten geteilt wird. Sie wurden ausgewählt, weil sie de facto das praktische Handeln der Schulmedizin in weitem Maße und in vielen Situationen erfolgreich bestimmen. Sie erscheinen darüber hinaus geeignet zu prüfen, inwieweit die grundsätzliche Basis ärztlicher Entscheidungen der Schulmedizin mit anderen Medizinrichtungen übereinstimmt und ggf. mit welchen der vielen außerhalb der Schulmedizin stehenden Medizinrichtungen und Protagonisten alternativer Verfahren ein weiterführendes Gespräch vertretbar und aussichtsreich ist.

**Die erste Hypothese** sieht die Biologie des Menschen als Ergebnis der Evolution, die eine höchst erfolgreiche Spezies mit grundsätzlich gleichen fundamentalen Mechanismen der Immunkontrolle, der Regeneration und der Alterungsprozesse geschaffen hat. Dies widerspricht nicht der Erkenntnis, dass selbstverständlich jeder Mensch aufgrund der individuellen Genetik [Iafrate et al. 2004] und seiner biologischen Biografie (z.B. Immunisierung, Ernährung) auch biologisch

einzigartig ist. Für das ärztliche Handeln ergeben sich daraus u.a. zwei Teilhypothesen. Die **erste Teilhypothese** lautet: In Hinsicht auf die Natur der Krankheiten und den Nutzen therapeutischer Interventionen sind die Menschen gleichartig, aber nicht gleich.

Auf der Annahme der Gleichartigkeit beruht nicht nur die Definition diskreter Krankheiten, sondern der Glaube an die Übertragbarkeit von Krankheitsabläufen, die von anderen Beobachtern bei anderen Patienten beschrieben wurden und die der Arzt mit zunehmender Erfahrung häufiger erlebt hat, auf den aktuellen Patienten. Die Diagnose der Schulmedizin ist daher primär – wenn auch keineswegs ausschließlich – eine Krankheitsdiagnose, die immer gleichzeitig die Prognose einschließt. Sie ist damit die erste Handlungsanweisung und eine wesentliche Grundlage ärztlicher Entscheidungen in der schulmedizinischen Praxis.

Nehmen wir uns als erstes Beispiel eine Infektionskrankheit, die Malaria tropica, vor, die nach wie vor zu den großen Krankheitsproblemen dieser Welt gehört. Wird Plasmodium falciparum auf einen Menschen übertragen, so erkrankt jeder nicht immune Europäer in typischer Weise mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Schweißausbrüchen und schwerem Krankheitsgefühl, also zunächst mit wenigen spezifischen Erscheinungen, die durch persönliche Faktoren wie Alter, Konstitution und vorbestehende chronische Krankheiten modifiziert sind. Einheitlich ist allerdings der zugrunde liegende Lebenszyklus der Plasmodien im Wirtorganismus Mensch, und einheitlich ist

auch der Verlauf der unbehandelten Erkrankung mit immer spezifischer werdender Symptomatik und schließlich dem Tod. Aufgabe des Arztes ist es also, das Gemeinsame der Krankheit *Malaria tropica* zu erkennen und im Sinne der „evidence based medicine“ nach Leitlinien zu behandeln, die auf der Erfahrung „Infektion mit *Plasmodium falciparum*“ bei vergleichbaren Populationen beruhen. Dies gilt nicht nur für die Kernkrankheit Malaria, sondern auch für ihre Komplikationen wie drohendes Nierenversagen oder Herzrhythmusstörungen, die im Sinne der schulmedizinischen Krankheitslehre als eigene Krankheiten angesehen werden können. Ihre erfolgreiche Erkennung und Behandlung beruht wiederum auf der Erfahrung gleichartiger Abläufe bei anderen Menschen, die bei uns ganz überwiegend häufigere Grunderkrankungen als eine Malaria haben. Es würde uns interessieren, ob z.B. ein Homöopath glaubt, dass für ärztliche Entscheidungen in dieser Situation das Arzneimittelbild entscheidungsrelevant ist, oder ob sein Menschenbild es erlaubt, die Behandlung einer solchen lebensbedrohlichen organischen Erkrankung mit Homöopathika von vorneherein auszuschließen. Ebenso interessant wäre es, von den Kennern der traditionellen indischen und chinesischen Medizin zu erfahren, ob nach Entdeckung des Erregers und der wirksamen Chemotherapie die Klassifikationen und Verfahren dieser Jahrtausende alten Erfahrungsmedizin, deren Herkunftsländer ebenfalls seit Jahrtausenden zu den endemischen Malariagebieten gehörten, noch eine Bedeutung haben.

Das Beispiel der Malaria würde also mit unserer These durchaus vereinbar sein. Man könnte einwenden, dass es sich hier um den Sonderfall einer monokausalen Erkrankung mit eindeutiger externer Ursache handelt, bei der Gleichartigkeit resultierender schulmedizinischer Krankheitsdefinition die relevante Handlungsbasis ist, dass dies aber für die Mehrzahl der Erkrankungen mit uneinheitlicher, nur teilweise bekannter Ätiologie und Pathogenese nicht zutrifft. Dieser Einwand ist aber zumindest für Erkrankungen mit einem eindeutigen pathologisch-anatomischen Substrat nicht relevant. Nehmen wir wiederum als konkretes Beispiel die Erkrankungen des Dickdarms: Nicht nur beim Colonicarcinom, sondern auch bei der Colitis ulcerosa und der Ileitis terminalis, dem Morbus Crohn, zeigen sich im Langzeitverlauf eindeutig krankheitstypische Verläufe. Dies wird besonders deutlich bei den bis vor etwa 10 Jahren bezweifelte Unterschieden der beiden letztgenannten Erkrankungen. Hier zeigt sich, dass das Ausmaß der Gleichartigkeit von den Fortschritten der Differenzierung und ggf. der Neuordnung von Krankheitsbegriffen abhängt und dass ein Teil der früher als individuell angenommenen Unterschiede mit der naturwissenschaftlich stringenteren Krankheitsdefinition verschwindet. Gerade beim Morbus Crohn zeigt sich allerdings ebenso deutlich die Modifikation der klinischen Symptomatik und ihrer Bedeutung für den Erkrankten durch psychische Faktoren. Trotzdem beruhen die Fortschritte der Diagnostik und der Basistherapie im Wesentlichen auf der Übertragung der

durch Langzeitbeobachtung bei anderen Menschen gemachten Erfahrungen und unterstützen unsere Hypothese.

Die am Beispiel der entzündlichen Darmerkrankungen beschriebene Neuordnung der bisher weitgehend auf dem Phänotyp beruhenden Krankheitsbegriffe ist in vielen Bereichen, beispielsweise auf meinem früheren Arbeitsgebiet der hämatologischen Neoplasien, in jüngster Zeit rasch fortgeschritten. Bei der bis vor 15 Jahren unbestrittenen Krankheitseinheit „akute myeloische Leukämie“ schien die Übertragbarkeit früherer Erfahrungen nur eingeschränkt nützlich zu sein, da die lange Zeit bei etwa 30% stagnierende Heilungschance nur statistisch für eine ausreichend große Patientengruppe, nicht aber für den einzelnen Patienten vorhersehbar war. Inzwischen hat sich die Krankheit in genomisch unterschiedliche Gruppen aufteilen lassen, die prognostisch weit homogener sind als die frühere Krankheit akute myeloische Leukämie. Ob die verbleibende Inhomogenität auf einer verbleibenden genomischen Inhomogenität der klonalen Zellpopulation oder auf dem individuellen prämorbidem genetischen Setting des Krankheitsträgers beruht, ist bei den hier als Beispiele angeführten Erkrankungen nicht bekannt.

Wie steht es mit dem zweiten Teilsatz unserer Behauptung „in Hinsicht auf den Nutzen therapeutischer Interventionen sind die Menschen gleichartig, aber nicht gleich“? Dabei geht es wiederum nicht darum, ihre im Wesen des Menschen begründete Gültigkeit zu beweisen, sondern zu zeigen, dass sie das therapeutische Handeln der Schulmedizin weitge-

hend bestimmt. Dies ist unbestritten und im Allgemeinen erfolgreich beim Handeln nach Mustererkennung. Dabei werden eindeutige eigene oder berichtete Erinnerungen an Therapieerfolge bei gut definierbaren Krankheitszuständen bei anderen Menschen zugrunde gelegt. Beispiele sind die Behandlung mit Vitamin B12, die immer und nur bei Vitamin B12-Mangel erfolgreich ist, die bereits 1747 durch eine randomisierte Studie bewiesene Prävention von Skorbut durch Vitamin C [Lind 1983], die lebenslang notwendige Cortisonbehandlung beim Morbus Addison oder die für jeden Arzt unvergessliche Wirksamkeit von Morphin bei schwerem Tumorschmerz. Hier ist die Dosisanpassung allerdings individuell, von somatischen und psychischen Faktoren und Präferenzen des Patienten abhängig und mit einem wenn auch geringen Suchtrisiko belastet, so dass wir unter Unsicherheit handeln und im Einzelfall nicht vorhersagen können, ob eine Sucht eintreten wird.

Der weit häufigere Fall ist die Behandlungsentscheidung nach statistisch definierten Erfolgs- und Misserfolgswahrscheinlichkeiten. Da zumindest bei schweren organischen und psychischen Erkrankungen die Zahl der selbsterlebten vergleichbaren Situationen für eine kritische Analyse zu gering ist, beruht die Entscheidung fast ausschließlich auf externer Evidenz im Sinne der „evidence based medicine“. Für die Übertragbarkeit von Prognose und Therapieentscheidung auf den einzelnen Patienten reicht hier allerdings der noch so differenzierte Krankheitsbegriff allein nicht aus. Zu berücksichtigen sind eine Vielzahl weiterer Va-

riablen, so Alter, Vorerkrankungen und Vortherapie, die sich mit den Verfahren der Entscheidungsanalyse abbilden lassen [Weinstein, Fineberg 1980].

Aus dem Bild der optimierten extrem komplexen Regulationsvorgänge der höheren Organismen, und damit auch des Menschen, als Ergebnis der Evolution ergibt sich eine **zweite Teilhypothese**: Medizinische Eingriffe, seien sie mechanisch wie ausleitende Verfahren oder Operationen, physikalisch wie Strahlenexposition oder unnatürliche Wärmeapplikation, insbesondere aber chemisch wie die Gabe von Medikamenten, sind a priori als schädlich zu betrachten und haben ihren Nutzen durch wissenschaftlich einwandfrei erfasste Erfahrung zu beweisen. Nicht die Unterlassung, sondern der therapeutische Nutzen jedes Eingriffs ist zu beweisen. Der aus den hippokratischen Schriften stammende Leitsatz des „primum nil nocere“ ist in das Bild der menschlichen Biologie als Ergebnis der Evolution ohne Schwierigkeiten einzupassen. Die Forderung einer „evidence base“ ist damit als Warnung vor der Missachtung des Leitsatzes zu verstehen, welche die Schulmedizin der Scholastik, die Argumentation alternativer Medizinrichtungen, aber auch die Praxis der heutigen Schulmedizin durchzieht. Dies gilt auch für Eingriffe, die auf pathophysiologischen Konstrukten beruhen. In der Schulmedizin finden wir dies z.B. in der Intensivmedizin, die heute eine Vielzahl von Einzelfunktionen wie Blutdruck, Zeitvolumen, Sauerstofftransport oder Elektrolytkonzentrationen fortlaufend misst. Die Prämisse, dass Normalisierung der Einzelfunktion nützlich ist, ist

beispielsweise bei Schockzuständen in vielen Fällen richtig, in anderen aber falsch. Die Ursache liegt sowohl in der prämorbidem Individualität des Patienten als auch in der Komplexität der Störung, die eine Definition der Patientengruppen, zwischen denen Übertragung der Erfahrung gerechtfertigt ist, bisher nicht zulassen.

Gesundheitsschäden durch medizinische Eingriffe sind im Bereich der modernen Medizin vielfach dokumentiert, unabhängig davon, ob sie als „schulmedizinisch“, „alternativ“, „sanft“, „naturgemäß“ oder „ganzheitlich“ etikettiert werden oder nicht. Als Nebenwirkungen therapeutisch notwendiger und nützlicher Verfahren sind sie oft unvermeidlich und nach sorgfältiger Nutzen-Schadens-Abwägung mit dem Einverständnis des Patienten zu tolerieren. Voraussetzung ist die kontinuierliche Bewertung des therapeutischen Nutzens im Licht epidemiologischer Beobachtungen und im Vergleich mit neueren konkurrierenden Verfahren.

Die **zweite Hypothese** ergibt sich aus der Ablehnung der reduktionistischen Definition der Schulmedizin als naturwissenschaftliche Medizin. Keine Überlegung zum Menschenbild der Medizin kann einer Stellungnahme zum Leib-Seele Problem ausweichen, auch wenn gerade hier individuelle und transkulturelle Unterschiede innerhalb der heutigen Schulmedizin unübersehbar sind. Unabhängig von der religiösen oder weltanschaulichen Stellung des einzelnen Arztes überwiegt heute ein monistisches Modell, das von dem amerikanischen Psychiater George Engel als bio-psycho-soziales Modell bezeichnet worden ist [Engel 1982].

Dabei wird allerdings der Teilterminus „bio“ auf den mit naturwissenschaftlichen Methoden erfassbaren Bereich reduziert, so dass, wie Dörner richtig anmerkt, die deutsche Übersetzung besser „somato-psycho-soziales Modell“ lauten müsste. 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. Die Ablösung des von den Schülern Johannes Müllers propagierten Maschinenmodells durch die Wiedereinführung der Seele in die Medizin durch Sigmund Freud hat nach dem Verständnis der Schulmedizin nicht zu einem neuen dualistischen Modell oder zu einem in der Aufklärung überwundenen Vitalismus oder Animismus geführt, auch wenn die Zusammenführung der Tätigkeit der somatischen medizinischen Fächer mit der Psychotherapie erst der Psychosomatik gelungen ist [Uexküll 2004].

Als Beispiel für die Handlungsrelevanz des somato-psycho-sozialen Modells mag die Alkoholkrankheit dienen, die von höchster sozialmedizinischer und gesundheitsökonomischer Bedeutung ist und durch die Schädigung vitaler Funktionen des Herzens, der Leber und des Gehirns unbeeinflusst innerhalb von 5–15 Jahren zum Tode führt. Die somatische Betrachtung des Phänomens „Alkoholkrankheit“ allein führt weder zur Diagnose (welche erst im Stadium der Organschädigung aufgrund deren mess-

barer Auswirkungen vermutet werden kann) noch zur wirksamen Therapie. Entscheidend ist vielmehr die Interaktion des Arztes mit dem Betroffenen als einem von seiner Biografie und seiner Umwelt geprägten Individuum, in Hinsicht auf die Therapie insbesondere unter Einbeziehung der Familie oder anderer Bezugspersonen. De facto wird eine solche aus dem Menschenbild resultierende ganzheitliche, integrative Therapie eines Alkoholkranken allerdings häufig versäumt; hier, wie in zahlreichen anderen Situationen, löst also die Schulmedizin ihr aus ihrem Menschenbild resultierendes Handlungsversprechen allzu häufig nicht ein.

Dualistische Modelle und vitalistische und animistische Vorstellungen spielen heute noch in vielen komplementärmedizinischen Richtungen, so in der anthroposophischen Medizin, eine Rolle [Willich et al. 2004]; sie dürften für unterschiedliche Handlungsmuster durchaus bedeutsam sein.

**Die dritte und medizingeschichtlich jüngste Hypothese** zur Bedeutung des Menschenbildes für das ärztliche Handeln betrifft die Anerkennung der Autonomie oder des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten. Obwohl das Selbstbestimmungsrecht aller Menschen in der Zeit der französischen Revolution, also in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts formuliert wurde und nach dem Vorbild der Verfassung der Vereinigten Staaten von Amerika Eingang in Gesetzgebung und Rechtsprechung in den westlichen Demokratien gefunden hat, hat es etwa 150 Jahre gedauert, bis dieses Recht dem Kranken im Verhältnis zu seinen Ärzten

zugebilligt wurde. Diese späte Entwicklung belegen zahlreiche Schilderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses in der Literatur der zweiten Hälfte des 19. und des vorigen Jahrhunderts, angefangen bei Leo Tolstoi in seiner erschütternden Novelle *Der Tod des Iwan Ijitsch* (1886) über Thomas Manns *Zauberberg* (1924) bis zur *Krebsstation* von Alexander Solschenizyn (1968). Diese Krankengeschichten zeigen darüber hinaus, dass auf der Seite der Patienten, entgegen den noch heute gelegentlich zu hörenden Schutzbehauptungen von Ärzten, Selbstbestimmung in schwerer Krankheit gewünscht, wenn auch selten offen gefordert wurde. Ältere Ärzte wie der Verfasser dieser Stellungnahme erinnern sich, dass der Wunsch nach Selbstbestimmung noch in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts von Seiten der Ärzte und der Versicherungsträger keineswegs allgemein akzeptiert wurde. „Therapieverweigerer“ wurden ausgegrenzt und psychiatrisiert, eine vom Patienten gewünschte (aus heutiger Sicht auch medizinisch oft sinnvolle) „vorzeitige“ Entlassung führte zu heftigen emotionalen Auseinandersetzungen, Fragen „schwieriger“ Patienten nach der Notwendigkeit und den Risiken bestimmter Verordnungen wurden nicht oder ungern beantwortet, kaum anders als in Tolstois Novelle geschildert.

Aus der Anerkennung des Rechts und der Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Bürgers auch in der Rolle des Patienten folgt unmittelbar sein Recht auf relevante, verständliche und ehrliche Information und daraus unmittelbar die heute in unserem Kulturkreis nicht mehr bestritte-

ne Verpflichtung zur Information und Beratung als wesentliches Merkmal ärztlichen Handelns. Bewusst wurde im Kontext dieses Symposiums das häufig gebrauchte Adjektiv „wahrhaftig“ durch „ehrlich“ ersetzt. „Ehrlich“ deutet in diesem Zusammenhang auf die Überzeugung des Arztes über die Prognose, und darauf aufbauend die Notwendigkeit und den Nutzen der von ihm vorgeschlagenen Maßnahmen. Die Information nach eigener Überzeugung sollte beispielsweise dem homöopathisch orientierten Arzt zugestanden und von ihm in gleicher Weise gefordert werden, auch wenn die heutige Schulmedizin mit guter Begründung pharmakologische Wirksamkeit und Nutzen homöopathischer Arzneimittel bezweifelt [Bock 1993; Hoppf, Prokop 1992]. Dass sich dabei der homöopathisch orientierte Arzt ebenso wie Vertreter anderer am Rande oder außerhalb der Schulmedizin stehenden Medizinrichtungen bei allen Zuständen, welche die Integrität und das Leben des Patienten bedrohen, an den evidenzbasierten Leitlinien zu Diagnostik und Therapie zu orientieren haben, ist unbestritten. Nur unter dieser Voraussetzung ist der hier begonnene Dialog mit den tatsächlich „komplementären“ unter den zahlreichen nicht schulmedizinischen Medizinrichtungen zu verantworten. Wahrung der Autonomie des Patienten bedeutet eben auch Beachtung der eigenen Grenzen.

Um häufigen Missverständnissen vorzubeugen, sind zwei zusätzliche Bemerkungen angebracht:

Information als Voraussetzung zur Wahrnehmung der Autonomie des Pa-



tienten darf nicht dazu führen, dass dem Patienten Entscheidungen überlassen werden, die er aufgrund seines trotz aller Informationsmöglichkeiten beschränkten Verständnisses und seiner emotionalen Situation nicht treffen kann. „Relevant“ bedeutet nicht naturwissenschaftliche Vollständigkeit, sondern Auswahl der für seine individuellen Perspektiven bedeutsamen realisierbaren Alternativen. Empathie und Kommunikationsfähigkeit des Arztes bleiben Grundlage im Arzt-Patienten-Verhältnis, auch und gerade im Umgang mit dem selbstbestimmenden Patienten. Autonomie umfasst auch die Annahme einer Delegation gemeinsamer Entscheidungen auf die Entscheidung des Arztes nach dem Wunsch seines Patienten.

Schließlich betrifft das Recht der Selbstbestimmung nicht nur den Patienten, sondern auch den Arzt. Gemeinsame Entscheidung oder „shared decision making“ [Floer et al. 2004] beruht auf der Handlungsentscheidung beider Partner. Gerade angesichts der Information, und damit auch nicht selten der Verführung der als Patienten auftretenden Bürger durch die Medien, insbesondere der kaum kontrollierbaren Information im Internet kann der Arzt nicht zu jeder Leistung verpflichtet werden. Dies gilt nicht nur in den Grenzbereichen der medizinischen Ethik, sondern auch für die unterschiedlichen Auffassungen in Bezug auf schulmedizinische und komplementäre Verfahren.

## Literatur

- Bleuler E (1962) Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, 5. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Bock KD (1993) Wissenschaftliche und alternative Medizin. Springer, Heidelberg
- Engel GL, Sounding board. The biopsychosocial model and education. Who are to bet the teachers? *N Engl J Med* (1982), 306, 802–805
- Floer B et al., „Shared decision making“. *Dtsch Med Wochenschr* (2004), 129, 2343–2347
- Hoppf W, Prokop O, Erklärung zur Homöopathie. *Dtsch Apotheker Zeitung* (1992), 132, 1630–1631
- Iafate AJ, Detection of large-scale variation in the human genome. *Nat Genet* (2004), 36, 949–951
- Lind J, Nutrition classics. A treatise on scurvy by James Lind MDCCCLIII. *Nutr Rev* (1983), 41, 155–157
- Raspe H, Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird es nicht sein. *Medizinische Klinik* (2001), 96, 747–753
- Uexküll T (2004) Innere Medizin und Psychosomatik. In: Classen M (Hrsg.) *Internisten und Innere Medizin im 20. Jahrhundert*, 378–398. Urban & Schwarzenberg, München
- Weinstein MC, Fineberg HV (1980) *Clinical Decision Analysis*. W.B. Saunders Company, Philadelphia
- Willich SN et al., Schulmedizin und Komplementärmedizin. *Dtsch Ärztebl* (2004), 101, A 1314–1319



# Welches Menschenverständnis leitet eine komplexärmedizinische Therapie – Naturheilkunde?<sup>1</sup>

Jörg Melzer, Reinhard Saller

## Menschenbild – Menschenbilder

Der Begriff Menschenbild ist vermutlich ein spezifisch deutschsprachiger Terminus, der im englischsprachigen Raum keine direkte Entsprechung besitzt. Sein etymologischer Ursprung ist bislang nicht näher beschrieben [Kluge, Seebold 2004; Pfeifer 1993]. Vor dem 20. Jahrhundert [Zedler 1739; Meyers Großes Konversations-Lexikon 1906] und auch heute findet sich der Begriff nicht immer in Lexika, ist aber in einigen Enzyklopädiën enthalten [Korff, Beck, Mikat 2000; Prechtel, Burkhard 1999].

Eine grobe Orientierung zur lange vorherrschenden Auffassung zum Begriff Menschenbild bietet die über zwei Jahrzehnte wortwörtlich gleiche Definition in den Enzyklopädiën von Meyer und Brockhaus: „Eine von bestimmten Fakten und/oder Vorstellungen ausgehende bzw. in den Rahmen bestimmter wissenschaftl. oder weltanschaul. Methoden- oder Denksysteme gefügte Betrachtung oder Abhandlung über den Menschen. Ein biolog. M. beispielsweise wird weitgehend mit Orientierung auf die naturwissenschaftliche Forschung am Menschen gezeichnet. Es unterscheidet sich infolgedessen wesentl. von M.ern etwa der Philosophie oder Theologie“ [Meyers enzyklopädisches Lexikon 1976; Brockhaus 1998; Kuhn 1990].

Diese Definition beschreibt vor allem die biologische Sichtweise des Menschenbildes, wenngleich sie andere mögliche Aspekte je nach Fach einräumt. Pointiert formuliert weist Hartmann auf die solchen Aussagen inhärente Betonung partikulärer Charakteristiken von Menschenbildern hin: „der Mensch als Endglied einer tierischen Entwicklungsreihe, der Mensch als Retorte oder als physikalischer Versuchsaufbau, der Mensch als Zellhaufen oder als Mitglied eines Staates, einer Nation, einer Rasse, einer Klasse – all diese Fiktionen hatten den Blick für den Menschen, der zwar alles dieses zusammen, aber noch mehr und anders ist, verstellt“ [Hartmann 1973]. Dass in der Vergangenheit mehr oder weniger singular nach einem konkreten Menschenbild gefragt wurde, hängt vielleicht damit zusammen, dass die Frage oft von einer bestimmten Fachdisziplin gestellt wurde (z.B. Biologie, Pädagogik, Soziologie, Theologie) [Bonk 1986; Schwidetzky 1972; Imfeld-Stiftung 1992] und damit zumindest unbewusst teilweise eine Wertung für ein korrektes Menschenbild verbunden war. In diesem Zusammenhang formulierte und forderte

1 Themenstellung des Referats anlässlich des Symposiums „Menschenbild und Medizin“ des Dialogforums „Pluralismus in der Medizin“ vom 15.09.2004 bei der Ärztekammer Düsseldorf.

bereits Gadamer: „Ein ‚richtiges Menschenbild‘, das ist vor allem ein durch Naturwissenschaft, Verhaltensforschung, Ethnologie wie durch die Vielfalt geschichtlicher Erfahrung entdogmatisiertes Menschenbild“ [Gadamer 1972].

Dieser Forderung nach einem „entdogmatisierten Menschenbild“ kommt eine andere, realitätsnahe Definition des Begriffes nahe, die mehr auf das subjektiv konstruierende Moment eingeht: „Zum Mensch-Sein gehört es offenbar, dass wir eine Vorstellung davon haben, was ‚den Menschen‘ – und damit auch uns – ‚eigentlich‘ kennzeichnet. Die Vorstellung, die wir von uns haben – unser Menschenbild –, ist eine fundamentale Grundlage unseres Selbstverständnisses und jeder bewussten Gestaltung unseres Soziallebens.“ Damit bestimmen wir, „was wir als unsere fundamentalen Eigenschaften annehmen, d.h. vor allem, welche Bedürfnisse und Handlungstendenzen wir uns zuschreiben, evtl. auch, worin die Ziele menschlichen Lebens bestehen und welche Werte Menschen als fundamental ansehen“ [Barsch, Hejl 2000]. Diese Gedanken verorten den Begriff Menschenbild neben den allgemeinen Erkenntnissen zu einer bestimmten Zeit auch in den Bereich eigener Erfahrungen und tragen damit dem dynamischen Wandel Rechnung, der auch knapp in dem Satz ausgedrückt werden könnte: „... jede Zeit hat ihr eigenes Menschenbild“ [Brockhaus 1999].

Aber nicht nur in der zeitlichen Abfolge sind wir mit mehreren Menschenbildern konfrontiert. Vor dem Hintergrund der gesellschafts- und wirtschaftspolitischen Entwicklung in Mitteleuropa von

1850–1910 analysieren Barsch und Hejl, wie angesichts von Industrialisierung, Verstädterung, Verwissenschaftlichung und Säkularisierung neue Beschreibungen und Erkenntnisse über den Menschen entstanden. Sie stellen die These von der Pluralität neuer, verweltlichter Menschenbilder auf. Für sie legen die historischen, gesellschaftlichen, kulturellen und wissenschaftlichen Entwicklungen nahe, dass ein Menschenbild heute nicht aus einer einzigen Annahme über das, was der Mensch ist, bestehen kann. Vielmehr sollte im Plural von Menschenbildern als „Wirklichkeitskonstrukten“ [Grimm, Rafael 2002] gesprochen werden, die im kulturellen Prozess erprobt und verändert werden und so jeweils ein „konzeptuelles Netzwerk mit mehr oder weniger scharfen Grenzen“ darstellen [Barsch, Hejl 2000].

Ab den 1990er Jahren spiegelt sich diese These in einer Reihe von neueren Forschungsarbeiten wider, obwohl schon vorher die Vielzahl an Arbeiten über das Menschenbild in unterschiedlichen Disziplinen indirekt ein plurales Verständnis über die Vorstellungen vom Menschen nahe legte [Barsch, Hejl 2000; Grimm, Capurro 2002; Weinke, Grabner-Haider 1993].

Die Soziologie als „eine intern besonders stark fragmentierte Disziplin“ [Mayntz 2001] eignet sich hier als gutes Beispiel. Nach Mayntz besteht in diesem Fach wenigstens Einigkeit darüber, ein „spezifisch soziologisches Menschenbild müsse den Menschen als sozial Handelnden, als Akteur betrachten“ [Mayntz 2001]. Damit sei klar, dass zwar handlungstheoretische Konzepte für das Menschenbild in der Soziologie spezifisch seien, jedoch würden

nicht alle Soziologen dieselbe Handlungstheorie vertreten. Dies verdeutlicht sie anhand dreier markanter Menschenbilder: dem „homo sociologicus“, der sein Handeln an sozialen Normen orientiert (nach Dahrendorf 1960) [Mayntz 2001], dem „homo oeconomicus“, der versucht, seinen eigenen Nutzen zu maximieren (nach Etzioni 1988) [Mayntz 2001], oder dem „homo rationalis“, der auf der Grundlage subjektiver Erwartungen handle, um ein brauchbares Ergebnis zu erlangen (nach Simon 1986) [Mayntz 2001]. Mayntz resümiert, in der Soziologie gebe es also „nicht nur ein, sondern mehrere Menschenbilder mit durchaus unterschiedlichen Vorstellungen“. Da ein stark selektives Menschenbild die soziologische Theorienbildung einenge, sollte die Möglichkeit unterschiedlicher Handlungsorientierungen zum Kern eines soziologischen Menschenbildes gehören. Dies habe schon Weber 1964 berücksichtigt, als er sich auf vier Formen menschlichen Handelns bezog: das zweckrationale, normative, traditionelle und emotionale Handeln [Mayntz 2001]. Daher kommt sie zu dem Schluss, eine komplexere Argumentation sei notwendig, um der Komplexität der Wirklichkeit besser gerecht zu werden [Mayntz 2001].

In mehreren Disziplinen nehmen verschiedene Autoren heute den Standpunkt der „Pluralität der Menschenbilder“ [Rafael 2002] ein. Für die Medizin stellt sich daher die Frage, ob auch sie diese Sichtweise teilt.

## Menschenbild in der Medizin

Seit dem ersten Drittel des 20. Jahrhunderts gibt es eine Tradition, die Medizin im deutschsprachigen Raum terminologisch in „Schulmedizin“ und „Naturheilkunde“ (in den letzten 15 Jahren auch „Komplementärmedizin“) zu unterteilen [Grote, Brauchle 1935; Hampel 1998; Willich et al. 2004; Fritschi 2005; Bühring 1998]. Gelegentliche Modifikationen der Begriffe wurden an anderer Stelle bereits erörtert [Saller, Kristof 1998]. Trotz verschiedentlich dargestellter Unterschiede und Übereinstimmungen zwischen Schul- und Komplementärmedizin (s. Abb. 1) gab es seit Ende der 1970er Jahre, etwa durch das von George Engel beschriebene „bio-psycho-soziale Modell“, eine weitere Annäherung beider Medizinbereiche. Die Zuhilfenahme dieser Modellerklärung, dass Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Krankheit ein multikonditionaler Prozess sei, bei dem das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren entscheidend ist, gab einen Rahmen für ein Menschenbild in der Medizin, das über die rein reduktionistisch-biologische Sicht hinausging.

Solche ergänzenden Sichtweisen in der Medizin finden sich im Verlauf der Medizingeschichte immer wieder. Diese sind oft mit dem Begriff der Anthropologie verbunden. Ein früher Nachweis des lateinischen Wortes „Antropologium“ findet sich bei dem Philosophen, Arzt

Komplementärmedizin ist ein allgemeiner Sammelbegriff für eine heterogene Vielfalt therapeutischer und diagnostischer Methoden und Verfahren, die in den Medizinsystemen in Mitteleuropa nicht allgemein anerkannt sind und höchstens vereinzelt an medizinischen Fakultäten beforscht, gelehrt und angewandt werden.

Im Sinne einer Strukturierung kann die Komplementärmedizin nach verschiedenen Aspekten differenziert werden:

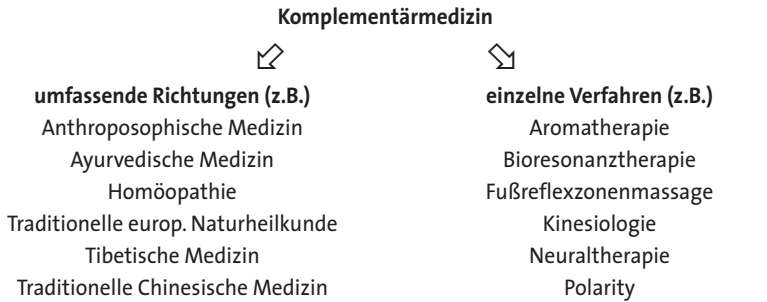
- ▲ nach umfassenden Richtungen und einzelnen Verfahren: eigenständige Richtungen mit umfassender Theorie und Konzeption (z.B. Homöopathie) oder Einzelverfahren, die nicht zu den jeweiligen Richtungen gehören (z.B. Fußreflexzonenmassage).
- ▲ nach geographischem Ursprung: europäische Richtungen (z.B. anthroposophische Medizin) und außereuropäische Richtungen (z.B. Traditionelle Chinesische Medizin) und Verfahren

Diese Unterteilungen sagen nicht zwingend etwas über die Qualität der entsprechenden Methoden und Verfahren aus, sondern dienen letztlich nur zur Reduktion der Komplexität der Vielfalt innerhalb der Komplementärmedizin durch einfache Einteilungen.

Gelegentlich wird die Komplementärmedizin auch nach universitärer Vertretung und Beforschung oder außeruniversitärer Repräsentation unterschieden, was aber einem dynamischen Wandel unterliegt. Damit verbunden ist oft die Unterscheidung in ärztliche und nicht ärztliche Therapeutinnen und Therapeuten.

Die universitär vertretene Komplementärmedizin versteht sich nicht als Alternative zur sonstigen Hochschulmedizin, sondern als Ergänzung. Als entscheidende Charakteristika erweitert sie einerseits für einzelne Indikationen oder Behandlungsanlässe das therapeutische Spektrum in der Medizin. Andererseits bietet sie für ÄrztInnen und PatientInnen weitere Facetten der Betrachtungsvielfalt vom Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wobei zusätzliche Optionen der Patientenpräferenz in der Medizin aufgegriffen werden.

Möglichkeit der Strukturierung der Komplementärmedizin nach Richtungen und Verfahren:



**Abb. 1:** Arbeitsdefinition Komplementärmedizin [modifiziert nach Melzer, Brignoli, Saller 2004]

und Theologen Magnus Hundt<sup>2</sup> (1449–1519) [Bauer 1984]. Das deutsche Wort findet sich 1772 im Buchtitel *Anthropologie für Aerzte und Weltweise des Arztes Ernst Platner* (1744–1818). Auch er führt aus, der Mensch sei „weder Körper, noch Seele allein; er ist die Harmonie von beyden“ [Bauer 1984]. Eine einseitige Betrachtung lehnt er ab und plädiert in seiner *Anthropologie für die Betrachtung des Verhältnisses beider Elemente*: „Der Mensch ist insofern das ganze von Seele und Körper ...“ [Bauer 1984]. Auffallend ist für den Medizinhistoriker Bauer, dass bei dieser Auffassung der cartesianische Dualismus erkennbar bleibt, auch wenn die Änderung darin liegt, dass bei Platner die Betonung der Seele und bei Descartes des Körpers im Vordergrund steht.<sup>3</sup> Der Begriff der „medizinischen Anthropologie“ findet sich u.a. 1806 bei Johann C. A. Heinroth (1773–1843). Seine Darstellungen zeigen eine klare Gegenposition zum naturwissenschaftlichen Positivismus im 19. Jahrhundert. Er beschreibt den Menschen als „Person“, bestehend aus Leib und Seele, und verwendet sogar den Begriff des Individuums [Bauer 1984]. Jedoch findet Heinroth mit seinen Ausführungen kein Echo, und erst 1927 spricht Viktor von Weizsäcker wieder von medizinischer Anthropologie [Weizsäcker 1941]. Ihr Kernelement stellt für ihn aber das „Verhältnis von Arzt und Patient“ dar, das er über seine Theorie des therapeutischen Gestaltkreises beschreibt [Weizsäcker 1941]. Damit betont er die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Arzt und Patient, die ihm so bedeutsam ist, dass er auch von beiden als „bipersonellem Men-

schen“ spricht [Weizsäcker 1941]. Damit unterstreicht er die Notwendigkeit der Integration des Patienten durch den Arzt im therapeutischen Gespräch. Erst diese Einheit beschreibt er als die „Ganzheit“ der ärztlichen Behandlung“, denn es kommt ihm nicht nur auf die Wahrnehmung des „ganzen Patienten“ durch den Arzt an [Weizsäcker 1941]. In der Folge werden die verschiedenen Sichtweisen der Somato- und der Psychotherapie vor allem in der Psychosomatik vereint und bieten für die gesamte Medizin eine Erweiterung der therapeutischen Sichtweise, die in den klinischen Alltag jedes Faches integriert werden kann.

Nachdem die Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung erkannt war, wurde der Blick auf die therapeutische Situation um noch eine weitere Stufe erweitert, nämlich die Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung, die ebenfalls bei der Therapieplanung zu berücksichtigen ist, da sie einen Einfluss auf das Wohlbefinden des Patienten und den Erfolg der Therapie haben kann [Dörner 2001].

Auch in der Geschichte der Medizin ist also ein Wandel des Menschenverständnisses erkennbar, der hier nur in subjektiv ausgewählten Zügen skizziert

2 Nach Bauer stellt er in seinem Buch *Anthropologium de hominis dignitate, natura et proprietatibus* von 1501 anatomische, physiologische und psychologische Aspekte des Menschen als Einheit dar.

3 Allerdings scheint diese Auffassung nicht einheitlich von anderen Autoren der „medizinischen Anthropologie“ geteilt worden zu sein. Für Just C. Loder (1753–1832) beispielsweise steht, völlig im Gegensatz zu Platner, die Betrachtung des Körpers im Vordergrund. *Ibid*



wird. Angesichts dieses Wandels des Menschenbildes in der Medizin scheint es nicht verwunderlich, dass auch in diesem Fach früh die Stimme für „die Anerkennung der Notwendigkeit eines Pluralismus der Methoden“ erhoben wird – und zwar verbunden mit einem notwendigen „Verzicht auf eine geschlossene Welt-sicht“ [Mitscherlich 1948]. In ähnliche Richtung geht die Bezeichnung der Medizin als ein „plurales System von Wissenschaften“, da ihr etwa naturwissenschaftliche, psychotherapeutische, humanökologische und soziologische Erkenntnisse zugrunde liegen [Schipperges 1975]. In jüngster Zeit hat dann auch Roelcke expli-

zit ausgesprochen, dass es „nicht um das Menschenbild der Medizin schlechthin, sondern um die Menschenbilder – im Plural – gehe, die den verschiedenen Formen medizinischer Angebote zu Grunde liegen“ [Roelcke 2000].

### Menschenbild und Naturheilkunde

Sowohl Anwender als auch Nutzer der Naturheilkunde (s. Abb. 2) rekurrieren darauf, dass eine Grundlage ihres Handelns die Annahme eines so genannten ganzheitlichen Menschenbildes oder

Naturheilkunde ist die Lehre von der Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten unter Verwendung von Mitteln („Naturheilmittel“), die der Natur entstammen, weitgehend naturbelassen, der Natur nachempfunden, bzw. der Natur (u.a. der Biologie) des Menschen angemessen sind. Hierzu zählen:  
 spezielle Ernährungsformen, pflanzliche, tierische und mineralische Arzneistoffe oder physikalische Reize wie Licht, Wasser, Sonne, Kälte, Wärme, Bewegung, Ruhe, sowie psychosoziale Einflussfaktoren, wie etwa Gespräch und Beratung [modifiziert nach Pschyrembel 1998, 2000].  
 Historische gewachsene Strukturierung der Naturheilkunde [modifiziert nach Melchart 2002, Bühring 1993]:

<b>Naturheilkunde</b>	
 <b>klassische Naturheilverfahren:</b> Bewegungstherapie Ernährungstherapie Hydropathie „Ordnungstherapie“ Phytotherapie	 <b>erweiterte Naturheilverfahren (Auswahl):</b> ausleitende Verfahren (z.B. Aderlass, Schröpfen, Blutegel) Neuraltherapie Symbioselenkung Thalassotherapie

**Abb. 2:** Arbeitsdefinition Naturheilkunde



Menschenverständnisses sei, bei dem der „ganze Mensch ohne Trennlinie zwischen Körper, Geist und Seele“ behandelt werde [Coward 1995].<sup>4</sup> In diesem Kontext stößt man auf die Begriffe ganzheitliche Medizin oder Ganzheitsmedizin, die heute weitgehend durch die Bezeichnung Komplementärmedizin ersetzt sind, aber noch Verwendung finden.<sup>5</sup>

Über die zeitliche Einordnung des Begriffes schreibt Jütte, die Ära der Ganzheitsmedizin habe 1945 begonnen, als die Vertreter naturheilkundlicher Therapien auf der Suche nach einem neuen Wort waren, „mit dem man eine desavouierte Strömung in der Medizin wieder salonfähig zu machen hoffte“ [Jütte 1996]. Gleichwohl diskutierten aber schon in den 1930er Jahren Ärzte über „ganzheitliche Bestrebungen in der Medizin“ [Harrington 2002]<sup>6</sup>, und Begriffe wie Ganzheitlichkeit oder Ganzheit finden sich bereits seit 1900 im wissenschaftlichen Diskurs im deutschsprachigen Raum [Harrington 2002], auch wenn sie damals noch nicht in Lexika zu finden waren [Zedler 1735, 1994; Meyers Großes Konversations-Lexikon 1906].

Der Brockhaus verweist 1978 unter Ganzheitsmedizin [Brockhaus 1978] auf die Psychosomatik als: „ganzheitliche, seelisch-körperl. Betrachtungs- und Heilweise, welche bei psychogenen Erkrankungen neben Organschädigungen und Organfunktionsstörungen auch die emotionalen und sozialen Ursachen sowie die gesamte Persönlichkeit und das Lebensschicksal berücksichtigt ... der Begriff ‚Psychosomatische Medizin‘ wurde erst von F. Deutsch (1922) eingeführt“ [Brock-

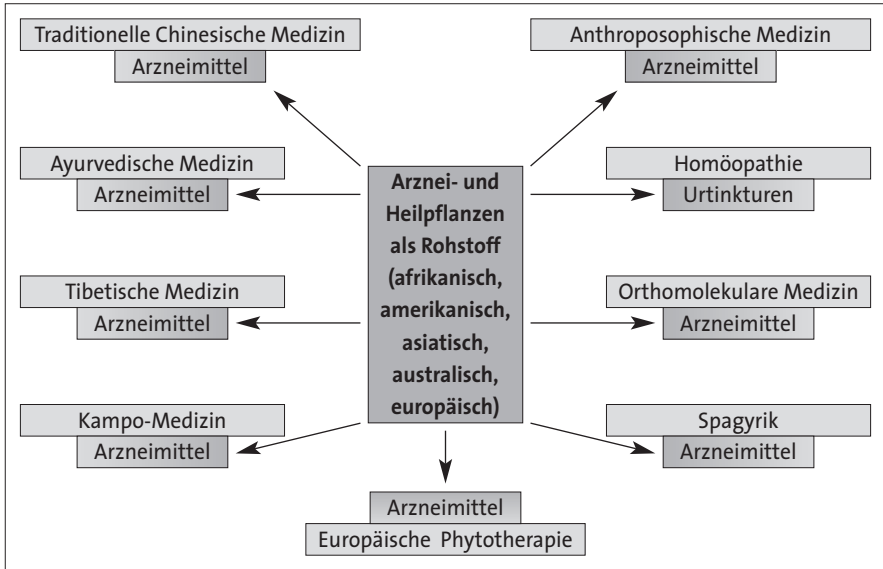
haus 1978]. In den 1990er Jahren gibt es neben diesem Verweis auch eine eigene Definition, die im inhaltlichen Kern mit der vorherigen übereinstimmt: „Ganzheitsmedizin; medizin. Richtung, die den Kranken nicht nur nach einzelnen Krankheitsbildern und Einzelbefunden, sondern in seinem physisch-psychischen Gesamtzustand erfassen und ärztlich behandeln will“ [Brockhaus 1997].<sup>7</sup> Ähnliche Definitionen finden sich bei einer Reihe weiterer Autoren [Pschyrembel 2000; Meyer 1966; Koch 1996], wobei mal mehr von einer Leib-Seele-Einheit [Niedermeier 1955], einem Leib-Seele-Problem [Mitscherlich 1969] oder dem Gan-

4 Ein Umstand, den von Uexküll ablehnte: „Als ‚Ganzheitsmedizin‘ habe sie [die Medizin] auch die Notwendigkeit überwunden, zwischen seelischen und körperlichen Erscheinungen und Vorgängen zu unterscheiden. Ich bin nicht dieser Ansicht. Ich glaube im Gegenteil, dass die Medizin auf diese Unterscheidungen nicht verzichten kann, ohne die Orientierung zu verlieren“ [Uexküll 1968].

5 Beispielsweise in der Schweiz vertreten durch die seit 1989 erscheinende *Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin* oder in Österreich seit 1988 durch die Ärztesellschaft „Wiener internationale Akademie für Ganzheitsmedizin“.

6 So auf dem „Kongress zur Förderung Medizinischer Synthese und Ärztlicher Weltanschauung“ 1932 in Marienbad. Die von Theodor Brugsch unter dem Titel *Einheitsstrebungen in der Medizin* herausgegebenen Beiträge der Tagung erhalten den Artikel „Die ganzheitlichen Betrachtung in der Medizin“ des Neurologen Kurt Goldsteins (1878–1965). Ein Jahr später gelang ihm, SPD-Mitglied und jüdischer Konfession, nach zeitweiliger Haft die Emigration [Harrington 2000]. Brugsch veröffentlichte 1936 das Buch *Ganzheitsproblematik in der Medizin*.

7 Eine neuere ähnliche Definition: „Ganzheitsmedizin: Richtung der Medizin, die den Kranken in seiner Leib-seelischen Gesamtverfassung zu erfassen u. zu behandeln sucht“ [Brockhaus 1999].



**Abb. 3:** Bezug der Phytotherapie zu anderen komplementärmedizinischen Richtungen und Verfahren über Arznei- und Heilpflanzen

zen als Summe der Teile [Stacher 1993] gesprochen wird.<sup>8</sup>

Die Betrachtung physischer, psychischer und sozialer Aspekte des Menschen können in der Naturheilkunde als traditionell europäischer Teil der Komplementärmedizin ebenso beachtet werden, wie im bio-psycho-sozialen Modell oder der Psychosomatik. Hier finden sich also Parallelen zwischen den einzelnen Medizinbereichen. Auch wenn in der Vergangenheit die einzelnen komplementärmedizinischen Methoden tendenziell getrennt voneinander operierten, so bedingt der zunehmende und selbstverständliche Gebrauch verschiedener Methoden durch PatientInnen, auch in Kombination mit der Schulmedizin, eine gewisse Information oder Zusammenarbeit der TherapeutInnen. Gerade am

Beispiel der Phytotherapie (s. Abb. 3) lässt sich verdeutlichen, welche Vielfalt an Verbindungen es zu anderen komplementärmedizinischen Methoden und Gedankenwelten der Patienten geben kann. So kann es sein, dass beispielsweise in verschiedenen komplementärmedizinischen Methoden eine Heilpflanze bei anderen Indikationen verwendet oder unterschiedlich zubereitet wird. Dies macht es deutlich, dass Offenheit und Informationsaustausch der Vertreter der einzelnen komplementärmedizinischen Methoden zum Wohl der PatientInnen notwendig ist. Mitunter

<sup>8</sup> Der Begriff der Ganzheit findet sich auch in modifiziert anderer Bedeutung bei C. G. Jung [Hydewolff 2000] und Ganzheitlichkeit auch in der Gestaltpsychologie [Zabransky 2000].

kann auch das Menschenbild und Therapieverständnis in den verschiedenen Methoden variieren und den Therapieverlauf beeinflussen.

Wesentliche Aspekte des Therapie- und Menschenverständnisses der naturheilkundlichen Therapie, die sich aus unseren Erfahrungen vor allem in der ambulanten Patientenversorgung zeigen und teilweise frühere Annahmen bestätigen, werden im Folgenden an Aspekten zu Patientenerwartungen, Therapiegestaltung und -ansätzen verdeutlicht:

- ▲ Aspekte der Erwartungen der PatientInnen
  - aktiver Einbezug der Vorstellung über die Krankheit in die Behandlung
  - aktiver Einbezug von Subjektivität und Individualempirie (auch der TherapeutInnen)
  - aktiver Einbezug persönlicher Lebensphilosophie
- ▲ Aspekte der Therapiegestaltung
  - freie, subjektive Wahl von TherapeutInnen, Therapien, Krankheitssicht
  - individuelle/subjektive Deutungsmöglichkeiten des Krankseins
  - Mitkonstruktion der Sicht des Gesundwerdens durch die PatientInnen (häufig eklektizistisch)
- ▲ Aspekte von Therapieansätzen
  - therapeutische Wirkungen über Regulationsvorgänge
  - Konstitution als potenzielles Reaktionsvermögen

- Therapiebeginn an leistungsfähigen Anteilen des Organismus
- (Selbst-)Heilungspotenz und Selbstheilungsvermögen
- Ressourcenaktivierung/Perspektivenbildung
- Stärkung der Autonomie der PatientInnen

Von den Erwartungen, mit denen PatientInnen in die Beratung zur naturheilkundlichen Therapie kommen, erscheint es besonders wichtig, dass Elemente ihrer Vorstellung über die Krankheit aktiv in die Behandlung mit einbezogen werden können. Dies verlangt Wissen, Verständnis und Empathie der TherapeutInnen. Ferner erwarten PatientInnen, dass auch ihre Subjektivität als Person und ihre Individualempirie im Zusammenhang mit der Erkrankung vom Therapeuten registriert und bei seinem Handeln einbezogen wird. Das kann auch Aspekte der persönlichen Lebensphilosophie betreffen.

Aus den Erwartungen der PatientInnen ergeben sich teilweise auch Aspekte der Therapiegestaltung. Aufgrund der persönlichen Lebenseinstellung und Philosophie ergeben sich für PatientInnen subjektive Deutungsmöglichkeiten ihres Krankseins. Daraus kann sich auch eine individuelle und subjektive Krankheits-sicht der PatientInnen ergeben, die durchaus im Gegensatz zum Kenntnisstand des Arztes stehen kann und der ein Prozess des Vermittelns folgen muss. Ebenso entstehen je nach Krankheitssicht Ansprüche an die freie Wahl von Thera-

peutInnen und Therapie. Aus den Deutungsmöglichkeiten der PatientInnen über ihr Kranksein können die TherapeutenInnen deren Situation und Erwartungen besser verstehen. Schließlich können die PatientInnen bei der Mitkonstruktion der Planung ihres Gesundwerdens mitteilen, die Reduktion (oder Behebung) welcher Beeinträchtigungen für sie erste Priorität haben. Das kann von den Vorstellungen der TherapeutInnen, ggf. orientiert an klinischen Befunden, Laborwerten, Ergebnissen bildgebender Verfahren oder Surrogatparametern, abweichen.

Von den Therapieansätzen, die im Rahmen einer naturheilkundlichen Therapie zur Verfügung stehen, kann es eminent wichtig sein, die Therapie an leistungsfähigen Anteilen des Organismus zu beginnen, damit der eventuell lange oder chronisch Kranke bemerkt, dass sein Organismus auch gesunde Anteile besitzt. Die therapeutische Wirkung kann dabei auch über Regulationsvorgänge ausgelöst werden, die von Einwirkungen an anderen Körperstellen ausgehen als der eigentlich betroffenen. Die Konstitution der PatientInnen kann unter Umständen für ein potenzielles Reaktionsvermögen des Organismus genutzt werden, wobei die Möglichkeit der (Selbst-)Heilungspotenz abzuwägen bzw. zu unterstützen ist. Hierzu kann es hilfreich sein, zu erkennen, welche Ressourcen aktiviert werden können, die auch zu einer persönlich wirksamen Perspektivenbildung beitragen. Durch den möglichen Beginn der Therapie an gesunden Anteilen des Organismus und eine realistische Perspektivenbildung kann die Autonomie der PatientInnen

ebenso gestärkt werden wie auch durch den aktiven Einbezug in therapeutische Maßnahmen.

Einzelne der hier vorgestellten Aspekte werden natürlich auch in anderen Bereichen der Medizin angewandt oder könnten dort Verwendung finden. Sie sind unseres Erachtens nach konstitutiv für eine naturheilkundliche Therapie. Für eine befriedigende oder erfolgreiche Therapie oder Behandlung wird es notwendig sein, dass Arzt und Patient die genannten Punkte offen kommunizieren und teilweise andere Therapeuten und Familienangehörige mit einbeziehen.

## Ergebnis

Der Blick über die verschiedenen Zeiten und Fächer zeigt, dass heute die Existenz pluraler Menschenbilder Realität ist. Dies gilt auch für die Medizin, die neben naturwissenschaftlichen Erkenntnissen durch psychosomatische Erkenntnisse, das bio-psycho-soziale Modell und über Aspekte der Arzt-Patienten-Angehörigen-Beziehung ihr Menschenverständnis und Menschenbild entscheidend erweitern konnte. Die naturheilkundliche Medizin greift diese Aspekte auf und bietet der Medizin zusätzliche Sichtweisen hinsichtlich Patientenerwartung, Therapiegestaltung und Therapieansätzen.

## Diskussion

Die heutige ausdifferenzierte, pluralistische moderne Gesellschaft muss sich fra-

gen, wie sie ihr Medizinsystem in Zukunft gestalten will. Bisher konnte die Medizin durch die Integration neuer Erkenntnisse den Bedürfnissen des Menschen näher kommen. Aspekte der naturheilkundlichen Therapie und Vorgehensweise könnten hier einen weiteren Beitrag leisten und unter der Sichtweise von Naturheilkunde als Querschnittsfach in anderen medizinischen Fächern integriert werden. In der Diskussion um das Verhältnis von Schulmedizin und Komplementärmedizin weisen einige Autoren auf wichtige Aspekte im Sinne der möglichen Weiterentwicklung eines pluralistischen Medizinsystems hin, die vor dem Hintergrund des Menschenverständnisses in der Medizin relevant erscheinen.

Kaptchuk und Eisenberg erachten es angesichts des Gebrauchs von Komplementärmedizin als notwendig, dass Ärzte verstehen, warum Patienten diese Methoden anwenden, um die „relationship-centered care“ nicht zu gefährden. Dies sollte angesichts von „Grundwerten der Medizin, wie dem Respekt gegenüber den Patienten und dem Dienst am Patienten“, bedacht werden [Kaptchuk, Eisenberg 2001]. „Die gegenwärtig erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber Alternativmedizin zeigt zweierlei, die Fortsetzung des medizinischen Pluralismus in den USA und eine dramatische Neuordnung, weg vom Antagonismus und hin zu einer postmodernen Kenntnisaufnahme der Diversität“ [Kaptchuk, Eisenberg 2001]. Kirmayer argumentiert, dass durch die Globalisierung Medizinsysteme, die in einer bestimmten Tradition einer Kultur verankert waren, nun global verfügbar sind.

Deshalb seien Modelle „notwendig, um in einer Welt des permanenten Flusses, der Transformation und Hybridisierung den potentiellen Nutzen von kulturell verankerten Heilsystemen zu verstehen. ... Ironischerweise führt die Unzufriedenheit mit den momentanen Institutionen zu einer romantischen Idealisierung des Exotischen als ‚traditionell‘ und ‚ganzheitlich‘ und als Möglichkeit, verlorene Werte wie Harmonie und Gemeinschaft wieder herzustellen.“ Öffentliche Informationen über komplementärmedizinische und traditionelle Heilmethoden müssten zur Debatte um ein pluralistisches Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, und die Wahrnehmung der Vielfalt der Heilmethoden sollte Kliniker ermuntern, die Patienten nach dem Gebrauch komplementärmedizinischer Methoden zu fragen [Kirmayer 2004].

### Danksagungen

Helmut Siefert herzlichen Dank für Hinweise zur medizinischen Anthropologie und Angela Störl für die Hilfe beim Erstellen des Literaturverzeichnisses.

### Literatur

- Bauer A (1984) Bemerkungen zur Verwendung des Terminus „Anthropologie“ in der Medizin der Neuzeit (16.–19. Jahrhundert). In: Seidler E (Hrsg.), Medizinische Anthropologie. Beiträge für eine Theoretische Pathologie, 32–55. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Barsch A, Hejl PM (2000) Zur Verweltlichung und Pluralisierung des Menschenbildes im 19. Jahrhundert. In:

- Barsch A, Hejl PM (Hrsg.), Menschenbilder. Zur Pluralisierung der Vorstellung der menschlichen Natur (1850–1914), 1. Aufl., 7–11. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Bierich J (1994) Arzt und Kranker: Wandlungen des Menschenbildes in der Medizin. In: Rudolph G (Hrsg.), Medizin und Menschenbild: eine selbstkritische Bestandsaufnahme, 11–21. Attempto, Tübingen
- Bonk L (1986) Das Menschenbild in verschiedenen Richtungen der Anthropologie und seine Bedeutung für die Pädagogik. (Dissertation) Universität München, München
- Brockhaus (1999) Menschenbild. In: Brockhaus. Die Enzyklopädie Deutsches Wörterbuch in drei Bänden, Bd. 29, 20. Aufl., 2565. Brockhaus, Mannheim
- Brockhaus (1999) Ganzheitsmedizin. In: Brockhaus. Die Enzyklopädie Deutsches Wörterbuch in drei Bänden, Bd. 28, 20. Aufl., 1370. Brockhaus, Mannheim
- Brockhaus (1998) Menschenbild. In: Brockhaus. Die Enzyklopädie, 20. Aufl., 496. Brockhaus, Mannheim
- Brockhaus (1997) Ganzheitsmedizin. In: Der Große Brockhaus, 20. Aufl., 150. F. A. Brockhaus, Wiesbaden
- Brockhaus (1980) Psychosomatik. In: Der Große Brockhaus, 18. Aufl., 241. F. A. Brockhaus, Wiesbaden
- Brockhaus (1978) Ganheitsmedizin. In: Der Große Brockhaus, 18. Aufl., 340. F. A. Brockhaus, Wiesbaden
- Bühning M, Über Naturheilkunde und das Ganze in der „Medizin“. Dtsch Ärztebl (1998), 95, A 404–406
- Bühning M (1993) Naturheilmittel, Naturheilverfahren, Naturheilkunde – eine Einführung. In: Bühning M, Kemper FH & Matthiessen PF (Hrsg.), Naturheilverfahren und unkonventionelle Medizinische Richtungen, 1–29. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Coward R (1995) Nur Natur? Die Mythen der Alternativmedizin, 2. Aufl., 80. A. Kunstmann, München
- Dörner K (2001) Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, 155. Schattauer, Stuttgart, New York
- Fritschi J, Soll sich die FMH für die Erhaltung oder sogar für die Förderung komplementär-medizinischer Angebote bei ihren Mitgliedern einsetzen? Schweizerische Ärztezeitung (2005), 86, 27–30
- Gadamer H-G (1972) Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie. In: Gadamer H-G, Vogler P (Hrsg.), Neue Anthropologie, IX-XXXVII. DTV, Stuttgart
- Grimm P, Rafael C (2002) Einleitung. In: Capurro R (Hrsg.), Menschenbilder in den Medien – ethische Vorbilder?, 7–11. Steiner, Wiesbaden
- Grimm P, Capurro R (Hrsg.) (2002) Menschenbilder in den Medien – ethische Vorbilder? Steiner, Wiesbaden
- Grote LR, Brauchle A (1935) Gespräche über Schulmedizin und Naturheilkunde, 2. Aufl. P. Reclam jun., Leipzig
- Hampel P (1998) Innere Medizin und Naturheilkunde: die Auseinandersetzung in den Jahren 1892 bis 1933. KVC, Essen
- Harrington A (2002) Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren: Vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung, 298–301. Rowohlt, Reinbek
- Hartmann F (1973) Ärztliche Anthropologie. Das Problem des Menschen in der Medizin der Neuzeit, 16f. Schöneemann, Bremen
- Hydwoolf Av (2000) Ganzheit. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie, 227. Springer, Wien (Lizenzausgabe 2001 Frankfurt/Main)
- Imfeld-Stiftung (Hrsg.) (1992) Ethik und Menschenbild. Junghans, Cuxhaven

- Jütte R (1996) Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute, 57. C. H. Beck, München
- Kaptchuk TJ, Eisenberg DM, Varieties of healing. 1: medical pluralism in the United States. *Ann Intern Med* (2001), 135, 189–195
- Kaptchuk TJ, Eisenberg DM, The persuasive appeal of alternative medicine. *Ann Intern Med* (1998), 129, 1061–1065
- Kirmayer LJ, The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. *Br Med Bull* (2004), 69, 33–48
- Kluge F, Seebold E (2002) Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache, 24. Aufl. De Gruyter, New York
- Koch HP, Unger A (1996) Ganzheitsmedizin, Philosophie und Grundlage einer medizinischen Denkrichtung, 1. Aufl., 36. Facultas-Universitätsverlag, Wien
- Korff W, Beck L, Mikat P (Hrsg.) (2000) Lexikon der Bioethik, 6. Aufl. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- Kostka U (2000) Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. LIT, Münster, Hamburg, London
- Kuhn H (1990) Menschenbild. In: Sandkühler H J (Hrsg.), Europäische Enzyklopädie zu Philosophie und Wissenschaften, 358–366. Meiner, Hamburg
- Mayntz R (2001) Das Menschenbild in der Soziologie, 1. Aufl., 5–15. Rhema, Münster
- Melchart, D (2002) Was versteht man unter „Naturheilverfahren“ in Deutschland? In: Melchart D et al. (Hrsg.), Naturheilverfahren. Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung, 3–8. Schattauer, Stuttgart
- Melzer J, Brignoli R, Saller R, Komplementärmedizin, Phytotherapie und Soja-isoflavone als Phytoöstrogene. *Zentralbl Gynakol* (2004), 126, 138–147
- Meyer AE (1966) Psychosomatische Medizin. In: Blohmke M, Schaefer H (Hrsg.), Erfolge und Grenzen der modernen Medizin, 273–293. Fischer, Frankfurt/Main
- Meyers enzyklopädisches Lexikon (1976) Menschenbild. In: Meyers enzyklopädisches Lexikon, 9. Aufl., 64. Lexikonverlag, Wien, Zürich
- Meyers Großes Konversations-Lexikon (1906), 6. Aufl., Bibliographisches Institut, Leipzig, Wien
- Mitscherlich A (1969) Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 1, 5. Aufl., 54. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Mitscherlich A (1948) Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit, 2. Aufl., 43. Claassen & Goverts, Hamburg
- Niedermeyer A (1955) Philosophische Propädeutik der Medizin. Herder, Wien
- Pfeifer W (Hrsg.) (1993) Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, 2. Aufl., Akademie, Berlin
- Prechtel P, Burkard F (Hrsg.) (1999) Metzler Philosophie Lexikon. Begriffe und Definitionen, 2. Aufl., Metzler, Stuttgart, Weimar
- Pschyrembel (2000) Ganzheitsmedizin. In: Pschyrembel. Wörterbuch Naturheilkunde, 2. Aufl., 130. De Gruyter, Berlin, New York
- Pschyrembel (2000) Naturheilkunde. In: Pschyrembel. Wörterbuch Naturheilkunde, 2. Aufl., 265. De Gruyter, Berlin, New York
- Pschyrembel (1998) Naturheilkunde. In: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, 258. Aufl., 1090. De Gruyter, Berlin, New York
- Rafael C (2002) Menschenbilder. Einführung in die philosophische Anthropologie. In: Grimm P, Capurro R (Hrsg.) Menschenbilder in den Medien – ethische Vorbilder?, 83–101. Steiner, Wiesbaden
- Roelcke V (2000) Medizin und Menschenbild: Anthropologie und Wertsetzungen in der „molekularen Medizin“.

- In: Vögele W, Dörries A (Hrsg.), Menschenbild in Medizin und Theologie. Fachsymposium zum interdisziplinären Dialog, 1. Aufl., 9–18. Evangelische Akademie, Loccum
- Saller R, Kristof O (1998) Einführung. In: Saller R, Bachmann R (Hrsg.), Naturheilverfahren und Komplementärmedizin in der Praxis, 1–56. Spitta, Balingen
- Schipperges H (1990) Medizin in Bewegung. Geschichte und Schicksal. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg
- Schipperges H (1975) Medizinische Dienste im Wandel, 24f. G. Witzstrock, Baden-Baden
- Schwidetzky I (1972) Das Menschenbild der Biologie. Ergebnisse und Probleme der naturwissenschaftlichen Anthropologie, 2. Aufl., Fischer, Stuttgart
- Stacher A (1993) Bedeutung und Ziele der Ganzheitsmedizin. In: Stacher A, Bergsmann O (Hrsg.), Grundlagen für eine integrative Ganzheitsmedizin, 1. Aufl., Facultas, Wien
- Uexküll, Tv (1968) Grundfragen der psychosomatischen Medizin, 3. Aufl., 11. Rowohlt, Reinbek
- Weinke K, Grabner-Haider A (Hrsg.) (1993) Menschenbilder im Diskurs. Orientierung für die Zukunft. Leykam, Graz
- Wezsäcker Vv (1941) Arzt und Kranker, 31–60. Koehler & Amelang, Leipzig
- Willich SN et al., Schulmedizin und Komplementärmedizin. Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. Dtsch Ärztebl (2004), 101, A1314–1319
- Zabransky D (2000) Ganzheitlichkeit. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg.), Wörterbuch der Psychotherapie, 227. Springer, Wien (Lizenzausgabe 2001 Frankfurt/Main)
- Zedler J (1739) Grosses vollständiges Universal-Lexikon. Zedler, Halle, Leipzig 2. Nachdruck (1995): Akademische Druck- und Verlagsanstalt, Graz



# Welches Menschenverständnis leitet eine komplementärmedizinische Therapie? – Anthroposophische Medizin

Matthias Girke

## Einleitung

Das jeweilige Bild vom Menschen prägt und bestimmt die Medizin in Diagnostik und Therapie. Im Unterschied zu zurückliegenden Formen der Heilkunst erfährt das keineswegs als invariabel anzusehende Bild vom Menschen eine erstaunlich geringe Reflexion. Häufig werden sogar angesichts einer als diesbezüglich voraussetzungslos eingestuften „main stream medicine“ diese von alltäglichen Entscheidungen bis hin zu den ethischen Grenzfragen der Medizin reichenden Fragestellungen weitgehend ausgeklammert. Der Begriff Menschenbild kann als eine Frage nach einer das komplexe Sein des Menschen umschreibenden Modellvorstellung begriffen werden. Diese Ebene ist mit den folgenden Ausführungen nicht gemeint. Vielmehr geht es um einen „perspektivischen Ansatz“ und damit um die Fragestellung, *welche* Ebenen der menschlichen Existenz in die Betrachtung aufgenommen werden sollen. Hier hat die im 19. und 20. Jahrhundert sich entwickelnde „Schulmedizin“ eine eindeutige Festlegung getroffen: Du Bois-Reymond sprach von einem heiligen Eid, nur noch die biochemisch und physiologisch beschreibbare Dimension zu berücksichtigen. Es wurde der Ausgangspunkt für die heutige Schulmedizin auf ein reduktionistisches

Menschenbild fokussiert. Obgleich mit dem „bio-psycho-sozialen Modell“ weitere Ebenen der menschlichen Existenz angesprochen werden, so handelt es sich letztlich nur um unterschiedliche Betrachtungsarten, ohne einem lebendigen, seelischen und geistigen Wesen des Menschen eine Seinsdimension zuzuweisen. Karl Friedrich von Weizsäcker beschreibt vor einem vergleichbaren Hintergrund eine „kulturgebundene Blickbeschränkung“ letztlich auf die somatische Ebene und mahnt eine Erweiterung des perspektivisch eingeengt erscheinenden Menschenverständnisses an, indem er bezüglich der „Subjektivität der Natur“ bemerkt:

„Die Naturwissenschaft ist heute außerstande, etwas dazu zu sagen, und zwar, wie ich meinen möchte, nicht aus prinzipieller Unmöglichkeit, aber wegen ihrer kulturgebundenen Blickbeschränkung. Sie arbeitet ausschließlich in objektiver Einstellung, d.h. sie beschreibt Objekte, wie sie menschlichen Subjekten erscheinen, aber sie reflektiert nicht auf die Subjektivität der Subjekte“ [Weizsäcker 1975].

Die Medizin ist aufgefordert, einen diesen unterschiedlichen Bereichen menschlicher Existenz jeweils angemessenen methodologischen Zugang zu finden. Die Fragen nach einem Menschenbild beantworten sich nicht durch auswech-

selbare Modellvorstellungen, die als Gedankenkonstrukte Teilbereiche einer komplexen Phänomenologie abbilden. Vielmehr wird eine Methodologie der Erkenntnisgewinnung eingefordert, die dem jeweiligen Seinsbereich des Menschen möglichst entspricht und sein komplexes Wesen nicht auf die kausal analytisch beschreibbare Ebene reduziert. In mancher Beziehung gleicht die gegenwärtige Forschungspraxis in der Medizin einem Konzertbesucher, der die „somatische Dimension“ durch Registrierung von Vibrationen der einzelnen Instrumente und ihrer jeweiligen „Anatomie“ beschreibt und durch diese Betrachtungsart niemals auf die eigentliche musikalische Aussage und immaterielle Wirklichkeit der Musik kommt. Es ist eine *Erweiterung* des Menschenverständnisses erforderlich; in diesem Sinne haben Rudolf Steiner und Ita Wegman Anfang des 20. Jahrhunderts die Anthroposophische Medizin charakterisiert. Es handelt sich nicht um eine „Alternativmedizin“, und auch der Terminus „besondere Therapierichtung“ wird ihr demzufolge nur unzureichend gerecht. Sie versteht sich als eine Methodologie für ein Menschenverständnis, das über die somatische Dimension hinausweisend den lebendigen, seelischen und geistigen Seinsbereich einschließen will.

## Vier Kategorien von Patientenfragen

In der alltäglichen Begegnung mit den Patienten lassen sich vier verschiedene Kategorien von Fragekomplexen unter-

scheiden, die auf ein erweitertes Menschenverständnis zielen.

Eine erste Kategorie bezieht sich auf die Ebene der medizinischen Befunde. Wird ein Gallensteinleiden diagnostiziert, so konzentriert sich die befundorientierte Fragestellung auf die möglichen therapeutischen Verfahren, die geeignet sind, diesen Befund zu korrigieren. Ähnliche Fragestellungen ergeben sich beispielsweise im Zusammenhang mit der koronaren Herzerkrankung und einer möglicherweise erforderlichen Angioplastie des verengten Gefäßes. Neben diesen befundorientierten Fragestellungen beziehen sich weitere auf den Prozess des Erkrankens. Beispielsweise bemerkt der rheumaerkrankte Patient bald, wie die Kortikoidgabe oder auch die Einleitung einer Basistherapie eine eindruckliche Symptomverbesserung bringen kann, ohne allerdings den zugrunde liegenden Krankheitsprozess seiner Qualität nach zu beeinflussen. Das Absetzen der entsprechenden Medikation führt, von wenigen Ausnahmen abgesehen, zur erneuten Krankheitsmanifestation. Die prozessorientierten Patientenfragen beziehen sich auf therapeutische Möglichkeiten, die Krankheitsdynamik selber zu beeinflussen. Ihnen liegt häufig die Suche nach einer Medizin zugrunde, die ein salutogenetisches Behandlungskonzept verfolgt. Gesundheit erscheint vor deren Hintergrund nicht als das Gegenteil von Krankheit. Vielmehr ergibt sie sich durch die Wirksamkeit „gesundender Kräfte“ im Organismus, die sich den krankheitserzeugenden gegenüberstellen. In diesem Sinne begreift sich die Entzündung, die

im Zusammenhang mit einem eingezogenen Splitter in der Haut als Reaktion des Organismus auftritt, trotz ihrer Schmerzhaftigkeit und Beeinträchtigung des Befindens als gesundende Reaktion, die darauf angelegt ist, die Integrität des Organismus wieder herzustellen. Unter diesem Aspekt erscheint Gesundheit als eine mittlere Qualität im Spannungsfeld von pathogenetisch und salutogenetisch wirkenden Faktoren.

Eine dritte Kategorie von Patientenfragen bezieht sich auf die seelische Dimension, ist demzufolge nicht mehr am Befund, sondern am Befinden des Patienten orientiert. Patienten fragen nach der Beziehung ihres seelischen Erlebens zum Krankheitsprozess. Der Neurodermitis-Kranke erlebt mitunter eindrücklich die Veränderung seines Hautbefundes in Abhängigkeit von der in unterschiedlichem Grade stressbeladenen Lebensweise. Die Haut erscheint einmal mehr auch in ihrer Erkrankung als der Spiegel der Seele. In entsprechenden Patientenfragen wird das Einbeziehen dieser seelischen Ebene in den Behandlungsprozess eingefordert.

Schließlich weist eine vierte Ebene auf die Sinnhaftigkeit von Erkrankung. Hierher gehört das Beispiel eines krebserkrankten Menschen, der die Arztkonsultation in der Weise beginnt, dass er sich bereits gut informiert und unterrichtet habe über viele mögliche Therapiekonzepte in konventionellen und komplementären Bereichen, aber nun wissen wolle, welchen Sinn diese Erkrankung für ihn habe. Ein besonders ausgewiesener Autor dieser Kategorie von Patientenfra-

gen ist der langjährig an einer Tuberkulose erkrankte Christian Morgenstern, der hierzu die folgenden Worte fand:

„Jede Krankheit hat ihren besonderen Sinn; denn jede Krankheit ist eine Reinigung; man muß nur herausbekommen, wovon und wozu. – Es gibt darüber annähernd sichere Aufschlüsse; aber die Menschen ziehen es vor, über hunderte und tausende fremder Angelegenheiten zu lesen und zu denken, statt über ihre eigenen. Sie wollen die tiefen Hieroglyphen ihrer Krankheit nicht lesen lernen, sie interessieren sich ... noch weit mehr für das Spielzeug des Lebens als für seinen Ernst, als für ihren Ernst. – Hierin liegt die wahre Unheilbarkeit ihrer Krankheiten, im Mangel an und im Widerwillen gegen Erkenntnis, hierin, nicht im Bakteriologischen.“

In diesen vier Fragen, die verbal oder auch nonverbal in den Patientenkontakten aufleben können, finden sich vier Ebenen wieder, die auf das Menschenverständnis der Anthroposophischen Medizin weisen. Für den Patienten ist es dabei wesentlich, nicht nur eine inhaltliche Beantwortung oder Kommentierung auf diese vier Kategorien von Fragestellungen zu bekommen. Vielmehr geht es ihm darum, in diesen verschiedenen Anliegen und Ebenen seines Wesens wahrgenommen und angesprochen zu werden.

#### Vier Kategorien von Patientenfragen:

- ▲ am Sinn orientiert
- ▲ am Befinden orientiert
- ▲ prozessual orientiert
- ▲ am Befund orientiert

## Grundlinien des Menschenverständnisses der Anthroposophischen Medizin

Die eindrucksvolle Plastik „Der Buchleser“ von Barlach (s. Abb. 4) weist in ihrer gegenständlichen Dimension auf den physischen Körper des Menschen. Es ist ein Bereich, der durch Maß, Zahl und Gewicht beschreibbar ist und im Unter-

schied zu anderen Bereichen des menschlichen Wesens der Räumlichkeit angehört.

Allerdings weist bereits seine Gestalt über die sinnenfällige, materielle Ebene hinaus. Barlach hätte die Gesichtsform sowohl in Gips, Ton, Bronze und vielen anderen Materialien herstellen können. Form erscheint demzufolge als ein immaterielles Prinzip, das lediglich für seine



**Abb. 4:** Ernst Barlach, Der Buchleser (1936) © Ernst Barlach Linzenzverwaltung Ratzeburg

Erscheinung der materiellen Substanzausfüllung bedarf. Der Pathologe Wilhelm Doerr hat auf den Organismus bezogen diesen Tatbestand in den folgenden Worten zusammengefasst:

„Der Organismus ist kausal unerklärbar, nicht weil er ein besonders verwickeltes chemisches Problem ist, ebensowenig weil er etwas metaphysisches wäre, sondern einfach darum, weil an und für sich der Organismus ‚selber eine eigenartige Denkform, ein Urbegriff ist, welche weitere Auflösung weder zulässt noch bedingt.‘ ... Denn Ordnung ist weder Kraft, noch Energie, noch Stoff. Sie bedarf aber dieser, um sich zu manifestieren ...“ [Doerr 1992].

Im lebenden Organismus kennen wir im Unterschied zu der leblosen Welt primär keine fertige, unabänderliche Form oder Gestalt. Vielmehr herrscht hier Formverwandlung. Bezieht man insbesondere die embryonalen morphogenetischen, gestaltbildenden Prozesse mit ein, so ist die in ständigen Bildeprozessen befindliche Gestaltwerdung besonders eindrücklich. Goethe unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Gestaltung als dem räumlich Gewordenen und der Bildung als den gestaltverändernden und -hervorbringenden Prozessen:

„... Der Deutsche hat für den Komplex des Daseins eines wirklichen Wesens das Wort Gestalt. Er abstrahiert bei diesem Ausdruck von dem Beweglichen, er nimmt an, dass ein Zusammengehöriges festgestellt, abgeschlossen und in seinem Charakter fixiert sei. Betrachten wir aber alle Gestalten, besonders die organischen, so finden wir, daß nirgend ein Bestehen-

des, nirgend ein Ruhendes, ein Abgeschlossenes vorkommt, sondern daß vielmehr alles in einer steten Bewegung schwankt. Daher unsere Sprache das Wort Bildung sowohl von dem Hervorgebrachten als auch von dem Hervorgebrachtwerdenden gehörig genug zu brauchen pflügt. Wollen wir also eine Morphologie einleiten, so dürfen wir nicht von Gestalt sprechen, sondern, wenn wir das Wort brauchen, uns allenfalls dabei nur die Idee, den Begriff oder ein in der Erfahrung nur für den Augenblick Festgehaltenes denken. Das Gebildete wird zugleich wieder umgebildet, und wir haben uns, wenn wir einigermaßen zum lebendigen Anschauen der Natur gelangen wollen, selbst so beweglich und bildsam zu erhalten, nach dem Beispiele, mit dem sie uns vorgeht ...“ [Steiner 1982].

Steiner entwickelt hinsichtlich der aufbauenden, in die Gestaltung führenden Prozesse des Organismus den Begriff der Bildekräfteorganisation. Dieser ist von einer vitalistischen oder neovitalistischen Lebenskraftdefinition klar zu unterscheiden. Es handelt sich gegenüber der Raumesdimension des physischen Körpers um seine gestalthaft zusammenhängenden Bildeprozesse in der Zeitdimension.

Eine dritte Ebene wird deutlich durch den Gesichtsausdruck des Menschen. In Mimik und Gestik verwirklicht sich ein sinnfälliges Bild seelischen Erlebens. Es ist eine unhörbare, wenngleich in jeder Menschenbegegnung deutlich vernehmbare Sprache der Seele, die sich in den Zügen und veränderlichen Ausdrucksformen des menschlichen Antlitzes wiederfindet. Die körperliche Erscheinung des

Menschen weist somit nicht nur auf ihren anatomischen Aspekt oder ihre zurückliegenden Bildeprozesse, denen sie ihr So-Sein verdankt, sondern auch in jedem Augenblick auf die Offenbarung des Seelischen, das im Falle des „Buchlesers“ als kontemplativ nachdenkliche Seelenhaltung Bild geworden ist.

Schließlich wird man im Erspüren des seelischen Wesens auf ein intentionales Moment aufmerksam. Der Blick kann sich wie in der Barlachschen Plastik mehr nach innen wenden und den Augen einen gedankenverlorenen Ausdruck geben, oder er kann sich aktiv fokussierend dem gegenüber befindlichen anderen Menschen zuwenden. Diese innere lenkende Instanz, die fähig ist, Gedanken zu lenken, im Gefühlsleben zu erleben und schließlich sich in Willensimpulsen zu verwirklichen, ist die Individualität, das Ich des Menschen. Es weist sich einerseits durch Beständigkeit aus, indem es den wechselnden Alltagsereignissen und auch Befindlichkeiten des Körpers als Zentrum des menschlichen Wesens erlebend gegenübersteht und auf der anderen Seite als entwicklungsbereit und -fähig, indem es als zukunfts-offenes, neue Fähigkeiten eroberndes Ich oder Persönlichkeit des Menschen erscheint.

### **Drei Schwellenmomente**

Wenn man das Schicksalsgeschenk hat, einen Menschen im Sterben zu begleiten, so bleibt ein besonderer Eindruck in der Erinnerung. Es ist der Übergang des noch lebenden Organismus, der das seelisch-

geistige Wesen des Menschen trägt, in die scheinbar unveränderliche und erstarrende Formwirklichkeit des Leichnams. An dieser Grenze wird eindrücklich erfahrbar, welcher Unterschied besteht in der Wirklichkeit des physischen Körpers, der von der Lebensprozessualität verlassen worden ist, und dem lebendigen, von der Lebensorganisation ergriffenen Leib.

Eine ähnliche Erfahrung kann sich auf anderer Ebene im Zusammenhang mit dem Schlaf, dem kleinen Bruder des Todes, einstellen. Begleitet man ein Kind beim Einschlafen, so beobachtet man, wie die von vielen Tagesereignissen und Erlebnissen erfüllte Seelenhaftigkeit langsam in das bewusstseinsferne Dunkel des Schlafes eintritt und einen lebenden Organismus zurücklässt. Mit jedem Erwachen ereignet sich das umgekehrte: Das Seelisch-Geistige ergreift seinen Leib. Einschlafen oder auch das Aufwachen markieren in diesem Sinne die Grenze zwischen dem seelisch-geistigen Wesen und dem lebendigen Organismus.

Schließlich gibt es ein noch kleineres seelisch-geistiges Einschlafen und Aufwachen: Der uns gegenüberstehende Mensch kann geistes-anwesend oder auch geistes-abwesend wirken. Trotzdem er augenscheinlich wach erscheint, muss er nicht in demselben Sinne als geistig anwesend erlebt werden. Ein in diesem Sinne „geistes-abwesender“ Mensch kann augenblicklich bei entsprechender Herausforderung seine unmittelbare Präsenz und Geistesgegenwart entwickeln. Dieses kleine Einschlafen oder auch Aufwachen unserer geistigen Persönlichkeit weist als Schwellenerlebnis auf die Differenzierung zwi-

schen dem seelischen Wesen des Menschen und der geistigen Individualität.

## **Vier Ebenen im Krankheitsbegriff am Beispiel der koronaren Herzerkrankung**

Aus dem beschriebenen Menschenverständnis lassen sich die Aspekte hinsichtlich des Krankheitsbegriffes entwickeln.

Die Koronare Herzerkrankung (KHK) wird in ihrer typischen klinischen Symptomatik auf einen koronar-morphologischen Befund bezogen, der in einer Stenose der Koronargefäße bestehen kann und durch die Koronarangiographie objektivierbar ist. Es handelt sich hier um die in die Räumlichkeit projizierte Manifestation der KHK, um die Ebene des quantifizierbaren Befundes. Von dieser räumlichen Gestalt der Erkrankung ist als zweite Ebene ihre zeitliche Dimension, zeitliche Gestalt abzugrenzen. Jeder augenblicksartig feststellbare koronarmorphologische Befund ist Ergebnis eines verursachenden Krankheitsprozesses, der sich in der Zeit entwickelt und demzufolge nicht durch den augenblicksartig herausgegriffenen, momentanen Krankheitsbefund beschrieben werden kann. Im Falle der KHK lassen sich eine Vielzahl von Phänomenen dieses Krankheitsprozesses zusammenfassen in einer chronischen, zur Atherosklerose führenden Entzündung. Dabei handelt es sich nicht um das akute fiebrig-durchwärmende entzündliche Geschehen, sondern um den hierzu polaren, in die Sklerose führenden Krankheitsprozess.

Für eine umfassende Beschreibung der Erkrankung ist die dritte, seelische Ebene einzubeziehen. Eine Vielzahl seelischer Einflussfaktoren ist hier für die KHK herausgearbeitet worden [Rozanski et al. 2004; Rosengren et al. 2004]. Angst, Depressivität gehen genauso mit einer Risikoerhöhung einher wie soziale Isolation und biografische Perspektivlosigkeit. Therapeutische Verfahren, die sich schwerpunktmäßig nicht auf eine pharmakologische Intervention im Sinne einer pathogenetischen Vorstellungsweise beziehen, sondern salutogenetische Ressourcen des Erkrankten mobilisieren im Sinne von Veränderung und Verwandlung dieses seelischen Feldes, führen – zwischenzeitlich gut dokumentiert – zu einer annähernd vergleichbaren Wirksamkeit [Kolenda 2003]. In den Schwerpunktsetzungen und den therapeutischen „Strategien“ bezüglich der KHK wird gegenwärtig sowohl auf der Angebotsseite wie auch hinsichtlich der Erstattung eindeutig ein pathogenetisch orientierter Therapieansatz und nicht in vergleichbarem Ausmaß ein salutogenetisch orientierter favorisiert.

Medikamentöse Therapiestrategien können eine Regression der Erkrankung in geringere Ausprägungsgrade erreichen. Sie führen damit die Krankheit vergleichsweise in ein vergangenes, der jetzigen Manifestation vorausgehendes Erkrankungsstadium zurück. Der pathogenetisch orientierte Therapieansatz erscheint unter diesem Aspekt „vergangenheitsorientiert“. Ihm steht der salutogenetische Therapieansatz gegenüber, der in der Verwandlung des Lebensstils und der inneren seelisch-geistigen Konstitution den

Patienten zum aktiven Mitgestalter im Gesundungsprozess werden lässt und ihn als sich entwickelndes, zukunftsfähiges Wesen einbezieht. Bei kaum einer anderen Erkrankung ist es nach der vorliegenden Studienlage gelungen, die durchaus vergleichbare Wirksamkeit beider therapeutischer Vorgehensweisen in der Sekundärprävention zu dokumentieren [Koslenda 2003]. Die pathogenetisch orientierte Therapie fokussiert Einflussgrößen und Risikofaktoren und damit eine in ihrer Wirkung als kausal eingestufte „causa externa“ [Virchow]. Das salutogenetische Therapiekonzept setzt demgegenüber an denjenigen Kräften und Ressourcen des Menschen an, die als krankheits-überwindende, heilende Kräfte gekennzeichnet werden können. „Das Heilen besteht eben darin, dass man dasjenige, was im Organismus als ursprüngliche Heilkraft schon vorhanden ist, durch äußere Mittel unterstützt“ [Steiner 1998].

Durch die innere Aktivität, die im Sinne der Mitgestaltung am Gesundungsprozess von dem Erkrankten aufgerufen werden kann, wird auf die vierte Ebene gewiesen. Es ist diejenige der Individualität, des geistigen Wesens des Menschen. Je mehr deren Wirksamkeit sich nicht entfalten kann, je mehr eine stressbeladene Lebensgestaltung ein von äußeren Faktoren gestaltetes, rollenartiges Funkzionieren anstelle einer durch die Persönlichkeit aktiv ergriffenen Lebensführung tritt, um so mehr kann sich in vieler Beziehung Krankheit entwickeln. Diese wird damit als eingeschränkte Zukunftsperspektive des Menschen charakterisierbar, Heilung im umgekehrten Sinne in der

Eroberung einer erneuten Zukunftsoffenheit (s. Beitrag Schad in diesem Heft). Zu einem umfassenden Verständnis der Krankheit gehört somit der Blick auf die Individualität des Erkrankten. Dieser kann sich durch die charakterisierten vier Aspekte seines Erkrankens als gesamthaft wahrgenommen erfahren. Es entsteht hierdurch eine vertiefte Qualität im Zusammenwirken von Patient und Arzt, die ausgehend von einer Begegnung zu einer therapeutischen Beziehung gestaltet werden kann.

### **Vier Ebenen im Therapiekonzept am Beispiel der Krebserkrankung**

Die charakterisierten vier Ebenen im Krankheitsverständnis begründen einen vierfachen therapeutischen Zugang zum erkrankten Menschen. Ein für die anthroposophische Medizin wesentliches Beispiel sind in diesem Zusammenhang die onkologischen Erkrankungen.

Ergibt sich in der bildgebenden Diagnostik und nachfolgenden Stanzbiopsie die Diagnose eines Mammakarzinoms, so ist damit die erste befundorientierte und auf die räumliche Ebene bezogene Krankheitsmanifestation beschrieben. Sie kann entsprechend der operativen Intervention zugeführt werden.

Darüber hinaus stellt sich diese Manifestation eines Mammakarzinoms in die zeitliche Dimension des Krankheitsprozesses. Nimmt man eine Tumorgöße von 1 cm an, so ergibt sich bei einer modellartig vorausgesetzten durchschnittlichen



Tumorverdoppelungszeit von 100 Tagen (die diesbezüglichen Grenzwerte werden mit 23 und 209 Tagen beschrieben [Meuret 1995]) eine Entwicklungszeit dieses Tumors von ca. 10 Jahren. Ein langer Abschnitt menschlicher Biografie mit vielen letztlich noch unbekanntem Einflussfaktoren hinsichtlich der Tumorerkrankung hat sich in den Organismus eingeschrieben. Eine besondere Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang den entzündlichen Erkrankungen in der Anamnese zuzukommen. Seit ca. 100 Jahren wird verschiedentlich – so auch von Steiner – auf die Gegenläufigkeit von Entzündung und maligner Erkrankung hingewiesen [Albonico 1998; Becker et al.]. Auch die kürzlich beschriebene Assoziation der antibiotischen Therapie mit dem Mammarkarzinom-Risiko scheint auf diesen Zusammenhang zu weisen [Velicier et al. 2004]. Diesen Gedanken zugrunde gelegt, erscheinen die Erkrankungen des Patienten nicht als eine akzidentelle und zufällig entstandene Reihe von korrekturbedürftigen „Fehlfunktionen“, sondern scheinen in einem inneren, die Biografie des Menschen zeitlich umfassenden Zusammenhang zu stehen. Offenbar ist es nicht gleichgültig, wie fieberhafte Erkrankungen insbesondere in der Kindheit und ersten Lebenshälfte durchgemacht werden hinsichtlich des Auftretens von malignen Erkrankungen im späteren Leben. Auch hier scheint die zweifelsohne lästige und z.T. auch durch mögliche Komplikationen belastete febril-entzündliche Erkrankung ihren salutogenetischen Aspekt zu dokumentieren. Wirksame Maßnahmen der Infekt-„Bekämpfung“ müssen

vor diesem Hintergrund nicht gleichermaßen die nachhaltig wirksamen therapeutischen Vorgehensweisen sein. Kienle hat vor diesem Hintergrund schon früh zwischen Wirkung im Sinne eines akut eintretenden Effektes und der längerfristigen Wirksamkeit unterschieden [Kienle 1974].

Die Gegenläufigkeit von Entzündung und maligner Erkrankung erschließt sich dem prozessualen Krankheitsverständnis. Das Karzinom als epitheliale Neoplasie entwickelt sich an Oberflächenstrukturen des Organismus. Diese können selbstverständlich als eingestülpte Oberflächen wie beispielsweise in den exokrinen Drüsen der Mamma oder auch des Gastrointestinaltraktes erscheinen. Von diesen oberflächlichen Strukturen ausgehend, entwickelt sich das Karzinom im Sinne der malignen Infiltration mit Durchbrechung der Basalmembran und Infiltration in das umgebende Gewebe und schließlich lymphogener als auch hämatogener Metastasierung vergleichsweise nach innen, nach zentripetal. Die umgekehrte Krankheitsausrichtung findet sich bei der Entzündung. Kommt es hier zu einem ebenfalls an der Oberfläche des menschlichen Organismus sich ausbildenden Entzündungsprozesses, so weist dessen Dynamik zentrifugal nach außen, indem beispielsweise ein Fremdkörper dieser Dynamik folgend den Weg nach außen finden kann. Im Falle eines ungenügenden zentrifugalen Krankheitsprozesses kommt es zu einer Abgrenzung vom Organismus durch die Einkapselung im Sinne der Fremdkörperreaktion. Auch an diesem Beispiel prozessualer Krankheitsbetrach-

tung zeigt sich der Gegensatz von Entzündung und Karzinom. Hier setzt nun ein weiteres Therapieprinzip ein. Rudolf Steiner hat für die Therapie onkologischer Erkrankungen die Anwendung von Mistelextrakten in spezieller Zubereitung empfohlen. Therapeutische Zielsetzung ist bei dieser Vorgehensweise die Unterstützung der entzündungsverwandten, salutogenetischen Reaktionsweise des Menschen. Die zwischenzeitlich verschiedentlich dokumentierten inflammatorischen, immunstimulierenden oder auch immunmodulierenden Wirkungen wie auch die Möglichkeit der Apoptoseinduktion und Hemmung der Neoangiogenese ordnen sich als Detailphänomene dem gesamthaft begriffenen Wirkungsspektrum der Mistel ein [Kienle et al. 2003]. Die zu dieser Therapieform vorliegende Studienlage ist entsprechend der Metaanalyse von Kienle und Kiene nachstehend aufgeführt (s. Tab. 1).

Der Krankheitsprozess kann selbstverständlich auch inhibitorisch supprimiert werden. Dieser Therapieansatz liegt der Anwendung der zytotoxischen Substanzen im Sinne der in neoadjuvanter, adjuvanter oder palliativer Indikation eingesetzten Chemotherapie zugrunde. Auf die Bewertung dieser Therapieform beziehen sich zahlreiche Patientenfragen. Ähnlich wie es für die Misteltherapie gilt, ist auch hier eine klare Bewertung von Grenzen und Möglichkeiten, die sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Tumorentitäten ganz verschieden darstellen, erforderlich. Der Patient hat das Recht auf die Herausforderung der individuellen ärztlichen Urteilskraft, die aus einer leitlinien-

geführten Medizin mit ihm zusammen die Individualisierung der therapeutischen Maßnahme entwickelt. Vor diesem Hintergrund können Verbesserungen des „over all survivals“ nach 10 Jahren bei adjuvanter Therapie bei Mammakarzinom bei unter 50-jährigen Patientinnen zwischen 7% und 11% und über 50-jährigen Patientinnen zwischen 2% und 3% einerseits eine beachtliche Zahl von geretteten Menschenleben (von 100 erkrankten und behandelten Frauen sind es z.B. 11) bedeuten, andererseits aber auch die große Anzahl vergeblich behandelter Patientinnen verdeutlichen, die nahezu 90% erreicht (Multi-agent chemotherapy for early breast cancer) [Cochrane Review 2002]. Der pathogenetisch orientierte Therapieansatz wird auch unter dem anthroposophischen Menschenverständnis nicht abgelehnt. Die chemotherapie-assoziierten Nebenwirkungen und auch das Cancer fatigue-Syndrom können, wie kürzlich gezeigt, positiv durch die ergänzend durchgeführte Misteltherapie beeinflusst werden [Piao et al. 2004].

Die seelische Ebene in der Erkrankung leitet auf einen dritten therapeutischen Schwerpunkt über. Obgleich es nicht möglich ist, vereinfachend und über die verschiedensten Tumorentitäten hinweg verallgemeinernd von einer „Krebspsyche“ zu sprechen, so werden doch in der täglichen Begegnung mit onkologischen Patienten Besonderheiten in ihrem seelischen Wesen beobachtbar. Sicher ist es schwer, zwischen reaktiven Veränderungen in der Auseinandersetzung mit der Tumorerkrankung und vorbestehenden Besonderheiten im Seelischen des Men-

**Tab. 1:** Klinische Studien zur Misteltherapie [nach: Kienle GS, Berrino F, Bussing A, Portalupi E, Rosenzweig S, Kiene H. Mistletoe in cancer – a systematic review on controlled clinical trials. Eur J Med Res (2003) 8, 109–119]

Autor	Ergebnis	Qualitätskriterien erfüllt												Pat.-zahl	AR <sup>1</sup>
		A)	B)	C)	D)	E)	F)	G)	H)	I)	J)	K)			
<b>Studien mit anthroposophischen Mistelpräparaten</b>															
Grossarth 2001	signifikant	+	+	-	(-)	+	+	+	(-)	+	+	-	34	0%	
Dold 1991	trend, trend, signifikant	+	+	-	-	+	(-)	+	(+)	+	+	(-)	337	17%	
Grossarth 2001	signifikant	+	+	-	(-)	+	(-)	+	(-)	+	+	-	78	20%	
Salzer 1991	trend	+	(+)	-	(-)	(+)	(-)	+	(+)	(+)	+	-	210	16%	
Douwes 1986	trend	+	-	-	(-)	+	+	+	+	-	(+)	-	60	0%	
Gutsch 1988	signifikant	+	-	-	(-)	+	(-)	+	+	(+)	+	-	677	20%	
Jach 1999	trend	+	-	-	(-)	+	+	+	(+)	(-)	(-)	-	60	0%	
Salzer 1979, 1983	signifikant	+	-	-	(-)	+	-	+	+	(+)	(+)	-	137	57%	
Salzer 1987	trend	+	(+)	-	(-)	+	-	+	-	-	-	-	50	48%	
Eggermont 2001	trend	+	-	-	(-)	(-)	(-)	(+)	-	-	-	(+)	k.A. <sup>3</sup>	k.A. <sup>4</sup> (1:21)	
<b>Studien mit nicht-anthroposophischen Mistelpräparaten</b>															
Steuer-Vogt 2001	kein Effekt	+	(+)	-	+	+	(-)	+	+	+	(+)	(+)	477	29%	
Goebell 2002	kein Effekt	+	-	-	(+)	+	+	+	(+)	+	+	-	45	2%	
Heiny 1991	signifikant	+	-	(-)	(-)	+	(+)	+	(+)	+	+	-	40	13%	
Heiny 1997	signifikant, kein Effekt	+	-	-	(-)	+	-	+	+	(+)	(+)	-	79	26%	
Lenartz 1996, 2000	signifikant	+	-	-	(-)	+	-	+	-	(+)	(+)	-	35 (38)	26%	
Brinkmann 2000	kein Effekt <sup>2</sup>	+	k.A.	-	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	176	k.A.	

A: Schutz vor Selektionsbias, vor allem durch adäquate Randomisation  
 B: Minimierung der Heterogenität durch Prästratifikation oder Matching  
 C: Schutz vor Beobachterbias durch Verblindung des Patienten, Arztes und Untersuchers  
 D: Schutz vor Behandlungsbias durch Standardisierung des Behandlungsprotokolls, Dokumentation aller Ko-Interventionen, Verblindung von Patient und Arzt  
 E: Schutz vor Untersuchungs(detection)bias durch Standardisierung der Untersuchung  
 F: Schutz vor Attrition Bias: (Verlustbias) verlorenen Patienten <10% oder Intention-to-treat- plus Per-Protocol-Analyse in Kombination mit einer Sensitivitätsanalyse sowie prognostischer Vergleich der verlorenen und erhaltenen (compliant) Patienten  
 G: Zielparame-ter relevant und gut beschrieben  
 H: Gut beschriebene Intervention, Patientencharakteristika, Erkrankung (Diagnose, Stadium, Dauer) Vortherapie  
 I: Gut beschriebenes Studiendesign  
 J: Gut beschriebene Ergebnisse  
 K: Datenqualität gesichert durch Befolgung der GCP-ICH-Leitlinien, insbesondere durch Monitoring  
 +: Kriterium erfüllt, (+): teilweise erfüllt, (-): wenig erfüllt, -: nicht erfüllt  
 1 AR: Attrition rate (Verlustrate: Dropouts, Protokollveränderungen, Withdrawals)  
 2 ML I war die Kontrolltherapie für eine Chemotherapie.  
 3 Anzahl der Studienpatienten nicht angegeben; ein Abstract verweist auf 2 Studien mit zusammen 830 Patienten: die Mistelgruppe erhielt 102 Patienten.  
 4 Nicht für die gesamte Studienpopulation, sondern nur für Iscador-Gruppe angegeben.  
 k.A.: keine Angabe (wenn nur ein Abstract oder eine Pressenotiz zur Verfügung stand.)

schen zu unterscheiden, die eine zur Erkrankung hinführende Bedeutung haben. Die Bedeutung seelischer Faktoren für die Krebskrankheit wird seit langer Zeit immer wieder erwähnt. Im 19. Jahrhundert fasste es der Londoner Chirurg Sir James Paget in die folgenden Worte: „Die Fälle, bei denen es nach tiefen Ängsten, unerfüllten Hoffnungen und großen Enttäuschungen zum Auftreten oder der Verschlimmerung einer Krebskrankung kommt, sind so häufig, dass wir kaum Zweifel hegen können, dass die seelische Depression zu jenen Einflüssen gehört, die das Entstehen des Krebszustandes fördern“ [LeShan 2000]. Wesentliche weitere Beobachtungen stammen von Lawrence LeShan. Von den zahlreichen nachfolgenden Arbeiten sei insbesondere die von Brenda et al. [1998] herausgehoben, die bei prospektivem Studiendesign eine erhöhte Inzidenz von Krebskrankungen bei alten Menschen mit zurückliegender, mehrjähriger depressiver Stimmungslage gefunden hat.

Das seelische Erleben des Menschen kann im Sinne eines Atmungsprozesses verstanden werden. Die rezeptive Seelenhaltung entspricht dabei der einatmenden Geste, während die expressive, sich nach außen wendende seelische Aktivität durch eine seelische „Ausatmung“ charakterisiert ist. Für jeden individuellen Menschen scheint es eine unterschiedliche „Atemmittellage“ zu geben, die einmal mehr die Einatmung, das andere Mal die Ausatmung betont. In manchen Patientenbegegnungen kann der oftmals und von Erkrankten bestätigte Eindruck einer vermehrten seelischen Einatmung

entstehen. Vieles wird seelisch aufgenommen und in das Innere geführt und nur wenig in die emotional expressive Ausatmung geleitet. Auch hier scheint der krebserkrankte Mensch eine dem Krankheitsprozess entsprechende nach innen und zentripetal weisende Geste zu entwickeln, der die seelische „Enzündungsfähigkeit“ als zentrifugale Qualität nicht in gleicher Weise gegenübersteht. In diesem Sinne lässt sich auf mehreren Ebenen der konstitutionellen Charakterisierung die aufnehmende, wahrnehmende und hierin einem Sinnesorgan vergleichbare Qualität finden. Steiner charakterisiert die Krebskrankung als „Sinnesorganbildetendenz am falschen Ort“ [Steiner 1994] und damit als einen Prozess, der mit dem Dargestellten in Zusammenhang steht.

Die künstlerischen Therapien der Anthroposophischen Medizin und die Bewegungstherapie der Heileurythmie können auch auf dieser inneren Ebene der Krebskrankung ansetzen und den Erkrankten zum Mitgestalter in seinen Therapieverlauf einbeziehen. Besteht beispielsweise eine wie hüllenlos imponierende Seelengeste, so können hüllebildende und den Patienten zu seinem inneren Wesen führende therapeutische Bewegungen der Heileurythmie als Hilfestellung erlebt werden. Viele weitere Indikationen schließen sich gerade auf diese Therapieform bezogen für die Krebskrankung an. Als eindrucksvoll und von den Patienten als ausgesprochen hilfreich eingestuft wird die Maltherapie erlebt. In dem diagnostischen Erstbild (s. Abb. 5) zeigen sich in verschiedener Gestaltung die Dynamik eines innerlich erschütter-

**Abb. 5:** Anthroposophische Kunsttherapie (Malthherapie): Erstbild einer Patientin mit Mammakarzinom



ten Seelenlebens. Durch einen längeren, therapiebegleitenden Prozess können hier neue, Perspektiven öffnende Ebenen erobert werden, die – wie in Abbildung 6 der gleichen Patientin mit Mammakarzinom erkennbar – zu einer aufkeimenden pflanzenähnlichen Gestaltung führen, die sich dem lichterfüllten Umraum zuwendet. Die Wirksamkeit anthroposophischer Kunsttherapie bei unterschiedlichen Erkrankungen konnte in der sog.

Amos-Studie dokumentiert werden [Hamre et al. 2004].

Die vierte Therapieebene bezieht sich auf die unmittelbare Begegnung im Gespräch mit dem erkrankten Menschen. Unterschiedliche Themenschwerpunkte können hier inhaltlich aufgegriffen werden. Zu ihnen gehören die Stellung der Erkrankung in der Biografie und ebenso die Möglichkeiten, die sich als „Ergebnis“ und „Frucht“ der Erkrankung entwickeln.



**Abb. 6:** Bild der Patientin im weiteren Therapieverlauf

Krankheit kann nicht nur als Ergebnis eines in die Vergangenheit weisenden Prozesses verstanden werden, sondern ebenso im Sinne einer „Geburtswehe“, die den Menschen in seiner Entwicklung auf eine neue Stufe und Entfaltungsmöglichkeit hebt. In diesem Zusammenhang sind diejenigen Äußerungen von bereits schwer erkrankten Patienten eindrucklich, die von einem Dank gegenüber ihrer Erkrankung berichten. In derartigen Ge-

sprächen kann versucht werden, nicht nur auf die Schattenseiten der Krankheit zu blicken, sondern auch auf dasjenige Licht, auf das jeder Schatten weist. Von manchen Patienten wird in diesem Zusammenhang die Frage nach einer inneren, meditativen Arbeit gestellt. Die innere Stimmung, die in dem folgenden Gedicht von Christian Morgenstern als langjährig erkrankten Menschen beschrieben wird, kann zu einer inneren

Kraftquelle in der Bewältigung mancher innerer Herausforderung werden:

Du Weisheit meines höher'n Ich,  
Die über mir den Fittich spreitet  
Und mich von Anfang her geleitet  
Wie es am besten war für mich.

Wenn Unmut oft mich anfocht – nun  
Es war der Unmut eines Knaben,  
Des Mannes reife Blicke haben  
Die Kraft voll Dank auf Dir zu ruh'n.

Durch eine innere Tätigkeit kann das ständige Grübeln und Kreisen der Gedanken um die immer wiederkehrenden Sorgen gelöst und einer tieferen Besinnung zugeführt werden.

Neben dieser meditativen Denktätigkeit kann eine weitere Übung hinsichtlich der Willensentfaltung besprochen werden. Jedem Arzt ist die Bedeutung des inneren, positiven Willens für das Gesunden deutlich und vielfach erfahren worden. Nur zu gut erinnert man sich an diejenigen Augenblicke, in denen ein Patient die Entscheidung trifft, sich „aus dem Kämpfen zurückzuziehen“ mit der Folge rascher Verschlechterung und schließlich des Todesaugenblicks. Wesentlich ist eine perspektivenerschließende, aber auch illusionsbefreite Grundstimmung, die die weiteren Schritte in der Krankheitsbewältigung begleitet.

Ein nächster Übungsschritt bezieht sich auf das Fühlen. Das Leben des krebskranken Menschen ist durch eine meist intensive Dynamik der Empfindungen und Gefühle gekennzeichnet, die zwischen Angst und Sorge, z.B. vor einer

nächst anstehenden Untersuchung eines Restagings und Erleichterung und Hoffnung bei unauffälligen und erfreulichen Ergebnissen schwanken. Es ist ein ständiges Stehen an einer Grenze, einer vielfach als existenziell erlebten Bedrohung und erfordert eine starke Kraft, sich die notwendige Besonnenheit erobern zu können.

Ein weiteres Übungsthema, das in Gesprächen häufiger nachgefragt wird, bezieht sich auf das durch die Erkrankung oder in der Erkrankung sich entwickelnde Positive. Manchmal ist es der glückliche Verlauf, der Kraft schenkt, manchmal die sich vertiefende Beziehung zum unmittelbaren menschlichen Umkreis, die in einer vorher nicht vergleichbaren Intensität entsteht, oder es sind innerlich bemerkbare Entwicklungsschritte, die sich als Frucht der Erkrankung entwickeln.

Schließlich verlangt die häufig anzutreffende Frage nach der Prognose im jeweiligen Erkrankungsstadium einen besonderen Umgang im Sinne einer „Unbefangenheit“, die den individuellen Verlauf vor dem Hintergrund einer statistisch zu erwartenden Lebenserwartung stellen kann.

Es handelt sich bei diesen Herausforderungen um „Übungsaufgaben“, die von Rudolf Steiner in einem umfassenderen Kontext als „Sechs Eigenschaften“ beschrieben worden sind [Steiner 1993].

In diesem Themenkreis stellen sich selbstverständlich die Fragen von Sterben und Tod. Hier gilt es, an persönliche Auffassungen und Wertevorstellungen des Patienten anzuschließen und sie im gemeinsamen Gespräch zu reflektieren und

ihnen mit den ärztlichen Erfahrungen einer langjährigen Begleitung onkologisch erkrankter Patienten zu begegnen. Themen wie die Nahtod-Erfahrungen, die in mehreren Patientengesprächen patientenseits berichtet werden konnten oder auch in der beachtenswerten Studie von Lommel [Lommel 2001] untersucht worden sind, helfen, weitere Perspektiven der auch hier zukunftsfähigen menschlichen Individualität zu entwickeln. Vor dem Hintergrund des charakterisierten Menschenverständnisses ist die ohne Frage bestehende Endlichkeit des körperlichen Seins in keinem Fall zwingend für eine Endlichkeit des lebendigen, seelischen und geistigen Wesens des Menschen. Derartig unterschiedliche Seinsebenen haben ihre eigenen Entwicklungshorizonte. Erfasst man den Körper als Instrument, das der Individualität dient und sie zur Erscheinung bringt, so ist mit Wegfall dieses Instrumentes nicht von selbst auch sein Benutzer aufgelöst. Vielmehr lässt sich der Gedanke einer erneuten Verwirklichungsmöglichkeit mit einem neuen Instrument denken, den Benjamin Franklin als 23-Jähriger für eine Grabinschrift in die folgenden Worte fasst:

„Hier ruht der Leib Benjamin Franklins, eines Buchdruckers, als Speise für die Würmer, gleich dem Deckel eines alten Buches, aus dem der Inhalt herausgenommen und der seiner Inschrift und Vergoldung beraubt ist ... Doch wird das Werk selbst nicht verloren sein, sondern der-

maleinst wieder erscheinen in einer neueren schöneren Ausgabe, durchgesehen und verbessert von dem Verfasser“ [Bock 1981].

## Entwicklung in der Krankheit

Barlach hat in seinem „Geisteskämpfer“ (s. Abb. 7) eine Plastik geschaffen, die in künstlerischer Form die krankheitsüberwindenden Kräfte des Menschen zum Ausdruck bringt. Das noch nicht Menschliche, sondern „Tierverwandte“ wird durch die engelsartige Gestalt nicht kämpferisch überwunden, sondern in einer ruhigen Gebärde, der jede Gewalt zu fehlen scheint, verwandelt.

Die Medizin der Gegenwart hat gelernt, Krankheit zu supprimieren, zu „blocken“ oder auch zu antagonisieren, aber nicht zu verwandeln. In den salutogenetischen Kräften der Auseinandersetzung mit der Krankheit kann der Mensch im Leiblichen, Seelischen und Geistigen verwandelnde Kräfte entfalten und dadurch einen neuen Schritt auf dem Entwicklungsweg der Individualität erobern. Krankheit stellt sich vor diesem Hintergrund in einen engen Zusammenhang zur geistigen Wesenheit des Menschen, seiner Entelechie. Auf diesen weist Novalis mit den Worten: „Das Ideal einer vollkommenen Gesundheit ist nur wissenschaftlich interessant, Krankheit gehört zur Individualisierung“ [Novalis 1983].



**Abb. 7:** Ernst Barlach, *Der Geistes-kämpfer* (1928)



## Literatur

- Albonico HU, Braker HU, Husler J, Febrile infectious childhood diseases in the history of cancer patients and matched controls. *Med Hypotheses*. (1998) 51(4), 315–320
- Becker N, Deeg E, Nieters A. Population-based study of lymphoma in Germany: rationale, study design and first result. *Leukemia Research* (2004), 28, 713–724
- Bock E (1981) Wiederholte Erdenleben. Die Wiederverkörperungsidee in der deutschen Geistesgeschichte, Fischer TB-Verlag, Frankfurt/Main
- Brenda WJH et al., Chronically Depressed Mood and Cancer Risk in Older Persons. *J Natl Cancer Inst* (1998), 90,1888–1893
- Cochrane Database (2002) Syst Rev CD000487
- Doerr W (1972) Anthropologie des Krankhaften. In: *Neue Anthropologie*, Bd. 2. Thieme, Stuttgart
- Hamre HJ et al., Anthroposophic therapies in chronic disease: the Anthroposophic Medicine Outcomes Study

- (AMOS). *Eur J Med Res.* (2004), 30; 9 (7), 351–360
- Kienle G, Kiene H (2003) Die Mistel in der Onkologie. Schattauer, Stuttgart
- Kienle G (1997) Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft. Schattauer, Stuttgart
- Kolenda KD, Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit. *Dtsch Med Wochnschr* (2003), 128, 1849–1853
- LeShan L (2000) Wendepunkt und Neubeginn, 5. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Lommel P van et al., Near-death experience in survivors of cardiac arrest: a prospective study in the Netherlands. *The Lancet* (2001), 358 (9298), 2039–2045
- Meuret G (Hrsg.) (1995) Mammakarzinom. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 1. Kap., 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Novalis Schriften (1983) Das philosophische Werk II, 3. Bd. 637 (681) und 677 (686). Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- Piao BK et al., Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. *Anticancer Res.* (2004), 24 (1), 303–309
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J, Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* (1999); 2192–2217
- Rosengren A et al., Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART-study): case-control study. *Lancet* (2004), 364, 953–962
- Steiner R (Hrsg.) (1987) Einleitung zu Goethes Naturwissenschaftlichen Schriften. Zitiert nach: Bockemühl J. Die Fruchtbarkeit von Goethes Wissen, Wissenschaftsansatz in der Gegenwart. *Elemente der Naturwissenschaft* (1961), 2–94, 52–69
- Steiner R (1993) Wie erlangt man Erkenntnisse der höheren Welten? GA 10. 24. Aufl. Rudolf Steiner Verlag, Dornach
- Steiner R (1994) Anthroposophische Menschenenerkenntnis und Medizin. GA 319. 3. Aufl. Rudolf Steiner Verlag, Dornach
- Steiner R (1998) Erdenwissen und Himmlerkenntnis. GA 221. 3. erg. Aufl. Rudolf Steiner Verlag, Dornach
- Velicer CM et al., Antibiotic use in relation to the risk of breast cancer. *JAMA* (2004), 827–835
- Yusuf S et al., Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART-study): case-control study. *Lancet* (2004), 364, 937–952
- Virchow R, zitiert nach: Curtius F (1959) Individuum und Krankheit. Springer, Göttingen, Heidelberg, Berlin
- Weizsäcker CF von (1975) Der Tod. Vortrag gehalten in den Salzburger Hochschulwochen. In: *Der Garten des Menschlichen. Beiträge zur geschichtlichen Anthropologie.* (1992) Fischer TB-Verlag, Frankfurt/Main

## Welches Menschenverständnis leitet eine komplementärmedizinische Therapie – Homöopathie?

*Roland Baur*

Vom Veranstalter des Symposiums wurde zunächst der Begriff „Menschenbild“ durch den Begriff „Menschenverständnis“ ausgetauscht (Der Begriff Menschenbild sei eher irreführend.). Des Weiteren wurde das Thema enger gefasst dadurch, dass das Verständnis vom Menschen an vier Punkten darzustellen sei:

- ▲ am Krankheitsverständnis
- ▲ an den Konsequenzen für diagnostisches und therapeutisches Handeln
- ▲ an den unabdingbaren Grundlagen für eine Verständigung mit dem Patienten
- ▲ und zuletzt an den unabdingbaren Grundlagen für einen gelungenen Dialog zwischen unterschiedlichen medizinischen Systemen.

Zunächst sollen – aus guten Gründen – die Grundlagen für eine Verständigung mit dem Patienten und die Konsequenzen für diagnostisch-therapeutisches Vorgehen erörtert werden, bevor eine Annäherung an das eigentliche Thema – Das Menschenverständnis der Homöopathie – erfolgt. Die Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf Samuel Hahnemann (1755–1843), James Tyler Kent (1848–1916) und Edward Whitmont, einem österreichisch-jüdischen homöopathischen Arzt und Psychotherapeuten, der vor kurzem in Amerika verstarb.

Wie sieht der Arzt den Patienten, wie der Patient den Arzt? (Wie der Mensch die Welt ansieht, so sieht die Welt ihn an [Hegel].) Aus der Begegnung des Arztes mit dem Patienten lassen sich erste Rückschlüsse auf das zugrunde liegende Menschenverständnis sowohl des Arztes als auch des Patienten wie auch auf die medizinische Methode ziehen. Ist der Patient Kunde und König dazu? Ist der Arzt – insgeheim vielleicht – ganz unbewusst Anhänger von Naunyn (1839–1925) „Mir ist sonnenklar, daß da, wo Wissenschaft (Naturwissenschaft) aufhört, nicht die Kunst anfängt, sondern rohe Empirie und das Handwerk“ [Naunyn] oder von Virchow „Lebenserscheinungen, diese Tätigkeiten können nur mechanisch sein; vergeblich bemüht man sich, zwischen Leben und Mechanik einen Gegensatz zu finden“ (1858)? Sieht der Arzt den Menschen gar als Ebenbild Gottes, einer z.B. biblischen Sicht folgend? Kommt die Krankheit von außen oder von innen? Oder sieht der Arzt den Patienten als leidenden Menschen, als Individuum, der seine Beschwerden berichten möchte, der nach Linderung und Heilung sucht?

Hahnemann sieht den Menschen dreigliedert. Diese Dreigliederung zeigt sich im kranken Menschen in einer körperlichen Symptomatik, einer allgemeinen Symptomatik und einer Geist- und

Gemütssymptomatik. Um nun ein vollständiges Bild des Patienten und dessen Krankheit zu bekommen, sind die Symptome nach § 7 Organon in ihrer Gesamtheit ausführlich in der Anamnese zu erheben [Hahnemann]. Dazu gibt Hahnemann z.B. im § 83 ff. Organon genaue Anleitungen: „Unbefangenheit und gesunde Sinne, Aufmerksamkeit im Beobachten und Treue im Aufzeichnen des Bildes der Krankheit sind vom Arzt gefordert.“ [Hahnemann] Die Anamnese ist die schwerste Arbeit des Arztes beim „Heben der Krankheit“ und gleichzeitig die wichtigste. Es ist die Kunst des Unterscheidens und für weiteres diagnostisches und vor allem therapeutisches Vorgehen Voraussetzung. Die Diagnostik, soweit notwendig, ist selbstverständlich.

Bevor die Ausführungen zur Therapie erfolgen, die konsequenterweise individuell und nach Ähnlichkeitsbeziehungen zu erfolgen hat, sei unbedingt darauf hingewiesen, dass Hahnemann der Geist- und Gemütssymptomatik des Kranken bei der Arzneiwahl die größere Bedeutung zumaß [Hahnemann, § 24], wohlwissend, dass sich diese drei Ebenen berühren und durchdringen (siehe hierzu auch Vortrag R. Steiner vom 20.08.1911 [Steiner]). Im Organon § 153 [Hahnemann] weist er daraufhin, dass eben die auffallenden, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen Zeichen und Symptome bei der Arzneiwahl zu beachten seien. Die Bedeutung der Geist- und Gemütssymptomatik wird durch J.T. Kent nochmals hervorgehoben. Das ist deshalb erwähnenswert, weil über das Kentsche Repertorium insbesondere in Deutschland die

Homöopathie wieder wesentlich auf die Hahnemannsche Ausrichtung zurückgeführt wurde. Der Grund, weshalb in Amerika über die Svedenborgianer die Homöopathie so großen Anklang fand, lag in der Vorstellung, die Ähnlichkeitslehre Hahnemanns korrespondiere mit der Svedenborgschen Lehre von den Entsprechungen, dass die geistige Welt sich im Irdischen abbilde.

Das Hervorheben der Geist- und Gemütssymptomatik hat seinen Grund im Krankheitsverständnis der Homöopathie. Krankheiten sind Befindensveränderungen des Gesunden, die sich durch Krankheitszeichen ausdrücken. Diese Befindensveränderungen werden durch eine verstimmte geistige Lebenskraft, ein verstimmtes geistartiges Lebensprinzip, bewirkt. Arzneien nun besitzen die geistartige Kraft, das auf Gefühlen, Denken und Tätigkeiten beruhende Menschenbefinden umzustimmen; einzig auf dieser Kraft beruhe ihre Heilkraft. Im Gesunden hält dieses geistartige Lebensprinzip alle Körperteile in einem bewundernswürdigen, harmonischen Lebensganzen zusammen. „Alles, was den Menschen zusammen hält, ist geistiger Natur“, schreibt Hegel.

Was nun die Lebenskraft verstimme, nennt Hahnemann ein krankmachendes Agens. Die Verstimmung zeigt sich in einer Krankheit von Gefühlen und Tätigkeiten. (Es heißt wohlweislich Verstimmung und nicht Schwächung der Lebenskraft.) Wenn man nun Hahnemanns umfassenden Äußerungen zur Lebensführung kennt – Stichwort Heilungshindernisse –, so sei erlaubt, direkt an die zur Zeit geltende Neurosenlehre zu erinnern:

Das Abgespaltene schwächt (verstimmt) und somatisiert letztlich. Im gesunden Zustand aber waltet die geistartige, als Dynamis den materiellen Körper belebende Lebenskraft so, dass unser innewohnender, vernünftiger Geist sich dieses lebendigen, gesunden Werkzeugs frei zu dem höheren Zwecke unseres Daseins bedienen kann [ Hahnemann, § 9]. Dass alle Krankheiten in der Seele anheben, war im Übrigen auch schon Platons Konsequenz aus der hippokratischen Medizin, eines Holismus, d.h. die Teile seien nur vom Ganzen her zu behandeln. „So wie man nicht unternehmen dürfe, die Augen zu heilen ohne den Kopf, noch den Kopf ohne den ganzen Leib, so auch nicht den Leib ohne die Seele ... denn alles entspringe aus der Seele ...“ (Dialog Channides 156 bc).

Wie nun die homöopathische Therapie zu bewerkstelligen sei, berührt das Wesentliche der Homöopathie, nämlich den Ähnlichkeitsbezug: Similia similibus curentur, Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt. Die Beobachtung, „daß eine schwächere dynamische Affection von einer Stärkeren ausgelöscht werde, wenn diese jener ihr sehr ähnlich ist in ihrer Äußerung [Hahnemann, § 26], ist in allen reinen Versuchen und ächten Erfahrungen der Welt bekundet. Wie dies zugehe bedarf keiner scientistischen Erklärung!“ [Hahnemann, § 28]. (Zum Verhältnis von Wissenschaft und Erfahrung ein Gedanke von Roger Bacon: Es gibt zweierlei Wissen: Wissen durch Beweisführung und Wissen aus Erfahrung. Die Beweisführung führt zu Schlussfolgerungen und zwingt uns, dieselben anzuerkennen. Sie besei-

tigt aber weder den Zweifel noch führt sie zu jener Gewissheit, in der der Geist in Frieden ruhen könnte, es sei denn, diese (Gewissheit) käme durch Erfahrung zustande [Kuper]. Es sei hier nicht weiter auf die Geschichte des Chinارينdenversuches und auf die über 80 Arzneimittelprüfungen, die Hahnemann durchführte, eingegangen. Dass Hahnemann seine Kritiker oft verächtlich behandelte, mag daran liegen, dass ihm diese Zusammenhänge in fast kindhaft-unschuldiger Weise gegeben waren und er sie nicht in Gedanken zu übersetzen brauchte. In der Schulphilosophie des 18. Jahrhunderts wurde – interessanterweise – das Thema der Ähnlichkeit nicht mehr in metaphysische Fragen einbezogen. So erscheint je nach persönlichem Standort – vor allem in Folge der Descartesschen Denkweise – das Ähnlichkeitsprinzip als Bewirkungsform anachronistisch oder, wohlwollend, geheimnisvoll. Einer der letzten Philosophen, die sich mit der Ähnlichkeit beschäftigten, war David Hume (1711–1776); für ihn gehörte die Ähnlichkeit zu den natürlichen Beziehungen, die unseren Geist mit einer stillen, aber unvermeidlichen Kraft zwingen.

Gleichwohl scheint in unserer Zeit der Begriff der Ähnlichkeit wieder mehr ins Bewusstsein zu rücken. C.G. Jung schreibt an Wolfgang Pauli: „Man könnte die Synchronizität nämlich auch als eine Anordnung verstehen, vermöge welcher Ähnliches koinzidiert, ohne daß eine Ursache dafür feststellbar wäre ... Für die Beziehung von psychischen Zuständen zueinander oder zu nichtpsychischen Ereignissen verwende ich den Terminus Sinn

als eine psychisch adäquate Umschreibung des Begriffes Ähnlichkeit.“ [Meier]

Die scheinbar unzusammenhängend – sowohl bei einer Arzneimittelprüfung als auch beim kranken Menschen – erscheinenden und synchron auftretenden seelischen und physischen Symptome und Zeichen sind durch Ähnlichkeit aufeinander bezogen und wären somit – folgt man Jung – sinnvoll. Whitmont schreibt: „Homöopathische Arzneien sind Inkarnationen von Persönlichkeitsfaktoren, Entwicklungs- und Konfliktsituationen, schöpferische Prinzipien, die Substanz geworden sind.“ [Whitmont]

Aus der Spannung „des Zerbrechlichsten und dem edelsten aller erschaffenen Wesen“ ergibt sich Hahnemanns Bild vom Menschen. Er verwendet zwar den Begriff Teleologie nie, sein Denken ist jedoch so sehr davon bestimmt, dass es nur als teleologisch begreifbar ist. In § 9 des Organon [Hahnemann] spricht er vom Zweck der Bestimmung des Menschen, „... so daß sich unser innewohnender Geist frei zum höheren Zwecke unseres Daseins bedienen kann.“ Der Mensch bedarf eines langen Werde-Prozesses, und es braucht zur Entfaltung dessen, was in ihm angelegt ist, den Durchgang durch eine Geschichte. Der Mensch ist noch nicht gottebenbildlich, er ist noch unterwegs und unterscheidet sich dadurch von seinen Mitgeschöpfen wie Stein, Pflanze und Tier. (Hegel: Der Geist schläft in der Materie, träumt in der Pflanze, erwacht im Tier und wird bewusst im Menschen. [Hegel]) Indessen der Geist des Menschen nämlich als ihm von oben eingehaucht bzw. als Hauch der Gottheit oder Funken

der Gottheit aufgefasst wird, ergibt sich daraus auch die göttliche Bestimmung des Wesens so edler Abkunft, sich auf der Leiter beseeligender Empfindungen, menschenveredelnder Tätigkeit und weltendurchschauender Kenntnisse dem großen Urgeist zu nähern, den die Bewohner aller Sonnensysteme anbeten. So konkretisiert sich der dem Menschen verliehene Trieb, das Unendliche zu erreichen. (Gott ist der äußerste Horizont im Denken Hahnemanns.) Das Ideal Hahnemanns bezüglich der Ausbildung des Geistes ist ein vernünftiger Mensch, der Gründe zu allen Schritten seines Verfahrens hat bzw. ein nach zureichenden Gründen handelndes Wesen. Die Menschenbestimmung besteht im reinen dauerhaften Genuss des Lebens selbst, die Kräfte des Menschen werden aber schon immer als zu höheren Absichten geschaffen gedacht. Dass sich unser Geist seiner naturveredelnden Tätigkeit bedienen soll, beruht letztlich auf dem Willen des Schöpfers: Sein Wille war, dass wir unser ganzes Individuum, so auch unseren Körper und die Heilung seiner Krankheiten, unbegrenzt vervollkommen sollen. Physische Schwäche des Menschen hinwiederum muss als Erziehungsmaßnahme zur Entwicklung des Geistes angesehen werden.

Mit diesem Extrakt aus Hahnemanns über 15.000 geschriebenen Seiten, ungeachtet unzähliger Briefe und Anmerkungen zu Übersetzungen [Schmidt], sind leicht Beziehungen herzustellen zu modernem, dem Homöopathischen verwandten Denken: Die Entelechie ist durch Driesch neu begründet. Das teleologische Denken ist wieder in unser Be-

wusstsein gebracht z.B. durch Jean Gebser (Evolution des Bewusstseins), durch C.G. Jung (Individuations-Trieb) und weiter z.B. durch Spaemanns Abhandlung *Die Frage Wozu* („Teleologische Betrachtung heißt die Betrachtung eines Wesens als eines in sich geschlossenen Sinnzusammenhangs; als monadische Welt, die in gewisser Hinsicht einmalig ist und inkommensurabel“). [Spaemann]

Das synchronistische Element nun findet sich in der Entsprechung von Lokal-, Allgemein- und Gemütssymptomatik; es wird dadurch die Trennung von Geist und Materie aufgehoben und einer Verdinglichung des Menschen vorgebeugt. Synchronizität und Ähnlichkeit sind Wirkungsformen, die akausal sind. Erkrankungen geben sich durch Symptome zu erkennen, die archaischen Mustern entsprechen. Eine Umstimmung der Lebenskraft kann erreicht werden, wenn diese Muster wieder erkannt werden, z.B. durch eine Arznei, die diesem Muster ähnlich ist. Die Krankheit wird behoben sowohl durch die Wirkungen des Wiederfindens als auch durch das Wiederfinden in den Wirkungen.

Dich im Unendlichen zu finden,  
Mußt unterscheiden, dann verbinden,  
sagt Goethe.

## Literatur

- Goethe JW (1982) Naturwissenschaftliche Schriften. Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Hahnemann S (2004) (1982) Organon der Heilkunst,. 6. Aufl. Hrsg. R. Haehl, Hippokrates, Stuttgart
- Hegel GWF (1970) Suhrkamp Ausgabe, Frankfurt
- Kuper M (1996) R.B. Der Mann, der Bruder Williams Lehrer war. Berlin
- Meier CA (Hrsg.) (1992) Wolfgang Pauli und C.G. Jung. Ein Briefwechsel 1932–1958. Springer, Heidelberg 1992
- Naunyn B, Ärzte und Laien. In ders., Gesammelte Abhandlungen, Bd.2, Würzburg 1909, zit. in: Bauer AW (1997) Geschichte der Schulmedizin, Universitas, 122
- Schmidt JM (1990) Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns bei der Begründung der Homöopathie. Johannes Sonntag Verlagsbuchhandlung, München
- Spaemann R, Löw R (1985) Die Frage Wozu? R.Piper & Co. Verlag, München
- Steiner R (1995) Gesamtausgabe Bibliographie-Nr. 129, 6., durchgesehene Auflage, Rudolf Steiner Verlag, Dornach/Schweiz
- Whitmont EC, Die Sicht der Homöopathie 150 Jahre nach Hahnemann. In: Appell RG (Hrsg.) (1994) Homöopathie 150 Jahre nach Hahnemann. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg





# Welches Menschenbild bestimmt das ärztliche Handeln im Āyurveda?<sup>1</sup>

Ananda Samir Chopra<sup>2</sup>

Jedes ärztliche Handeln geht von einem mehr oder minder explizit formulierten Menschenbild aus. Die Frage, welches Menschenbild das ärztliche Handeln im Einzelnen bestimmt, muss meiner Ansicht nach individuell beantwortet werden. Wir erleben in der Gegenwart, dass Ärzte trotz gleichartiger, naturwissenschaftlich fundierter, universitärer Ausbildung ihrem praktischen Handeln ein eigenes Menschenbild zugrunde legen, das nicht immer dem in der Universität gelehrteten Menschenbild entspricht. Dies gilt auch in anderen medizinischen Systemen, d.h. in unserem Falle müsste man jeden einzelnen āyurvedisch arbeitenden Arzt nach dem Menschenbild befragen, das sein ärztliches Handeln bestimmt. Betrachtet man ärztliches Handeln in praxi, so wäre zudem noch das Menschenbild des Patienten zu berücksichtigen, denn hier ist zu beobachten, dass Arzt und Patient nicht immer dieselben Anschauungen von Mensch und Krankheit teilen.

Wenn ich im Folgenden das Menschenbild, welches der āyurvedischen Medizin zugrunde liegt, charakterisiere, dann tue ich das im Wissen um diese interindividuelle Differenzierung. Der Sanskritbegriff Āyurveda bedeutet übersetzt etwa „Wissenschaft vom Leben“ oder „Wissenschaft von der Lebensspanne“.

Mit Āyurveda bezeichnet man eine gegenwärtig lebendige medizinische Wissenschaft, die sich nach meinem Verständnis auf drei Pfeiler stützt:

1. Die alte Tradition: Blickt man von heute in die Geschichte zurück, so stehen am Beginn der āyurvedischen Tradition drei Autoren, die als „große Dreiheit“ bezeichnet werden. Dies sind Caraka, Suśruta und Vāgbhaṭa. Diesen drei Autoren werden insgesamt vier in Sanskrit, der altindischen Hochsprache, verfasste, umfassende Lehrwerke des Āyurveda zugeschrieben, die in ihrer heutigen Gestalt wohl aus dem ersten nachchristlichen Jahrtausend stammen.<sup>3</sup> Diese vier Werke, die Caraka-Saṃhitā („Samm-

1 Dieser Beitrag ist die überarbeitete und leicht erweiterte Version eines Vortrages, der im Rahmen des Symposiums „Menschenbild und Medizin“ am 14. und 15. September 2004 in Düsseldorf gehalten wurde.

2 Der Autor dankt Dr. Gowin Dandekar (Wasserburg), Prof. Dr. Rahul P. Das (Halle), Dr. Hilde Kartes-Rohwer (Kassel), Dr. P. V. Rai (Walzenhausen/Schweiz) und Dr. Uwe Ruscher (Bonn) für ihre Anregungen und Kommentare zu einer früheren Version dieses Beitrages. Sie alle haben zu der aktuellen Formulierung beigetragen, die Verantwortung für die hier vertretenen Ansichten liegt aber selbstverständlich beim Verfasser.

3 Für weiterführende Angaben zu diesen Werken und der āyurvedischen Fachliteratur im Allgemeinen sei auf das unverzichtbare Standardwerk von G. J. Meulenbeld [Meulenbeld 1999–2002] verwiesen.

lung des Caraka“), die Suśruta-Saṃhitā („Sammlung des Suśruta“) und die beiden Werke, die dem Vāgbhaṭa zugeschrieben werden, nämlich der Aṣṭāṅgasamgraha („Zusammenfassung der achtteiligen Wissenschaft“) und die Aṣṭāṅgahr̥dayasaṃhitā („Sammlung der Essenz der achtteiligen Wissenschaft“) werden auch heute noch in Lehre und Forschung des Āyurveda verwendet.

2. Eine kontinuierliche dokumentierte Weiterentwicklung über zwei Jahrtausende: In den vergangenen zwei Jahrtausenden, die seit den Werken der „großen Dreiheit“ vergangen sind, ist eine Fülle āyurvedischer Literatur entstanden. Veränderungen im Krankheitsspektrum wie auch besondere Entwicklungen im Bereich von Diagnose und Therapie sind in dieser außerordentlich reichhaltigen Fachliteratur dokumentiert. Ein äußerliches Merkmal für Kontinuität ist, dass die āyurvedische Fachliteratur bis heute meist in Sanskrit, der altindischen Hochsprache, verfasst wird.
3. Die gegenwärtige Praxis des Āyurveda in Indien: In Indien ist Āyurveda neben der westlichen Biomedizin und der Homöopathie eine eigenständige professionalisierte medizinische Wissenschaft mit eigenen Hochschulen und Curricula. Wenn wir Āyurveda in Deutschland praktizieren, so stellt die gegenwärtige Praxis des Āyurveda in Indien eine wichtige Orientierung dar, zumal Ausbildungen in Āyurveda gegenwärtig vor allem durch indische Āyurveda-Ärzte erfolgen. Allerdings

muss in diesem Zusammenhang auch beachtet werden, dass nach āyurvedischer Anschauung (z.B. nach Caraka-Saṃhitā, Sū. 1.123) [s. Āchārya 1941] die Therapie immer an Ort, Zeit und Individualität des Patienten orientiert werden muss. In diesem Sinne kann es nicht darum gehen, die Praxis des Āyurveda aus Indien einfach nach Deutschland zu kopieren, vielmehr muss auf der Grundlage der āyurvedischen Wissenschaft sozusagen eine intelligente Übersetzungsarbeit geleistet werden.

Der Āyurveda, als medizinische Wissenschaft auf dieser Basis verstanden, verfügt über ein eigenes systematisch-wissenschaftliches Weltbild, in dessen Rahmen diagnostiziert, behandelt und evaluiert wird. Um den Rahmen dieses Beitrages nicht zu sprengen, stelle ich in fünf Thesen dar, welches Menschenbild das ärztliche Handeln im Āyurveda bestimmt.

## **1. These: Das Menschenbild der āyurvedischen Medizin entsteht und entwickelt sich im Rahmen der indischen Kultur.**

Die indische Kultur zählt zu den großen alten Hochkulturen dieser Welt. Eines der herausragenden Merkmale dieser Kultur ist eine ungebrochene Kontinuität über mehr als drei Jahrtausende bis in die heutige Zeit; die indische Kultur ist also keine untergegangene Tradition, sondern bis heute lebendige Realität. Indische Kulturleistungen haben weit über den indischen

Subkontinent hinaus gewirkt. Der aus Indien stammende Buddhismus hat weite Teile Asiens und seit fast zwei Jahrhunderten auch Europa und Nordamerika stark beeinflusst. Das Dezimalsystem kommt im ausgehenden Mittelalter aus Indien über die Vermittlung der Araber nach Europa, die sog. arabischen Zahlen sind also ursprünglich indische Zahlen. Im medizinischen Bereich hat die europäische Heilkunde in der Antike und im Mittelalter indische Heilkräuter gekannt und verwendet, und der plastischen Chirurgie im 19. Jahrhundert dienten āyurvedische Operationstechniken als Vorbild. Es sei schließlich auch daran erinnert, dass Columbus Indien suchte, als er Amerika entdeckte. Auf der anderen Seite stand die indische Kultur immer im Austausch mit anderen Kulturkreisen, beispielhaft weise ich hier darauf hin, dass vieles, was heutzutage mit typisch indischem Essen assoziiert wird, also etwa Chili und Tomaten, aus Amerika nach Indien kam, wahrscheinlich durch portugiesische Händler und Seeleute in der frühen Neuzeit.

Das Weltbild und das Menschenbild des Āyurveda entwickelten sich vor dem Hintergrund und in Auseinandersetzung mit dieser Kultur. Wenn es etwa um die Erklärung von Natur und Mensch geht, finden sich bei āyurvedischen Autoren Anschauungen, die mit der Gedankenwelt der klassischen philosophischen Schulen Indiens verwandt sind. Es wäre sachlich und historisch nicht korrekt, davon auszugehen, dass hier Ideen aus den philosophischen Schulen einfach übernommen wurden, schließlich sind die grundlegenden Texte der klassischen

philosophischen Schulen nicht wesentlich älter als die alten āyurvedischen Lehrwerke. Die Formulierung vieler Grundlagen zeigt vielmehr, dass die āyurvedischen Autoren ihre Ideen für eigene Zwecke entwickeln [vgl. Meulenbeld 1999–2002, Vol. IA, S. 113f]. Der klassische Āyurveda weist eine große Nähe zu der Naturphilosophie des Vaiśeṣika auf [Jyotirmitra 1982, Comba 2001]. Bei metaphysischen Fragen finden wir in der āyurvedischen Tradition Anschauungen, die dem Sāṃkhya verwandt sind, einer philosophischen Schule, die bis weit in die Mitte des ersten Jahrtausends nach Christi Geburt das indische Geistesleben beherrschte. Der sog. klassische Āyurveda ist empirisch-rational geprägt, dies unterscheidet ihn von der magisch geprägten Heilkunde der alten vedischen Literatur [Zysk 1996, S.1; kritisch dazu aber auch Das 2003], aber auch von anderen Strömungen im indischen Geistesleben. Erich Frauwallner bemerkt in seiner „Geschichte der Indischen Philosophie“, dass sich in der indischen Geistesgeschichte zwei Entwicklungsströme abzeichnen, der erste ist „... durch die Lehre von der Weltseele ... gekennzeichnet“, zu diesem Entwicklungsstrom gehört die Sāṃkhya-Philosophie, die Lehre des Buddha und, so fügen wir hinzu, der Yoga ebenso wie die später dominierende Vedānta-Philosophie. „Der zweite Entwicklungsstrom ist naturphilosophischer Art und ihm gibt das rege Interesse für die Außenwelt das charakteristische Gepräge“ [Frauwallner 1953/56, Bd. II, S. 15]. Zu diesem Entwicklungsstrom zählt Frauwallner die Vaiśeṣika-Philosophie, und wir sehen auch den

Āyurveda in dieser Tradition des naturphilosophischen Denkens. In diesem Zusammenhang muss man deutlich feststellen, dass Yoga und Āyurveda aus zwei völlig unterschiedlichen Traditionen kommen und – mit nur sehr wenig Ausnahmen – bis ins 20. Jahrhundert nichts miteinander zu tun haben [s. etwa Zysk 1993, Meulenbeld 1995]. In Ergänzung zu Āyurveda für gesundheitliche Zwecke Yoga zu üben, ist ein recht junges Konzept. Die Verbindung von Āyurveda und Yoga für medizinische Zwecke tritt in großem Stil erst im 20. Jahrhundert auf und ist hier eingebettet in eine spät- und postkoloniale kulturelle Renaissance in Indien (ein typischer Vertreter dieser Auffassung und einer maßgeblichen Gruppe innerhalb der āyurvedischen Ärzteschaft ist etwa R. H. Singh) [s. Singh 1998, S. 176]. In diesem Kontext wird Spiritualität als typisch indisches Wesensmerkmal konstruiert und die traditionellen indischen Wissenschaften aus dieser Perspektive (neu-)interpretiert [s. etwa Leslie 1998].

Diese Entwicklung ist auch eine Reaktion auf die Kolonialherrschaft und die Begegnung mit der europäischen Kultur. Seit dem 19. Jahrhundert findet auch im Āyurveda eine zunehmend intensiver werdende Auseinandersetzung mit der westlichen Biomedizin statt [Sharma 1981, S. 567–583; Leslie 1992, 1998]. Diese Auseinandersetzung, gelegentlich von heftigen polemischen Diskussionen begleitet, führt dazu, dass moderne Erkenntnisse in den Āyurveda integriert werden, so wird beispielsweise an āyurvedischen Colleges in Indien heutzutage prinzipiell dieselbe Anatomie gelehrt wie an biome-

dizinischen Hochschulen. Im Gegensatz zu dieser lebendigen āyurvedischen Wissenschaft in Indien wird Āyurveda in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts in Europa und Nordamerika zunächst als spirituell geprägte Heilkunde propagiert. Die spirituelle Heilkunde, die hier konstruiert wird, unterscheidet sich durchaus von der lebendigen āyurvedischen Tradition in Indien [Zysk 2001; Stollberg 2001]. Inzwischen gibt es aber auch hierzulande andere Ansätze, in deren Rahmen eine umfassende Heilkunde und Gesundheitslehre im Anschluss an die āyurvedische Tradition vertreten wird.

Der Āyurveda, wie die Kultur, die ihn hervorgebracht hat, ist auch heute noch lebendig und adaptationsfähig.

## 2. These: Der Mensch lebt in enger Wechselbeziehung mit der Welt, die ihn umgibt.

In der alten āyurvedischen Tradition (z.B. Caraka-Saṃhitā, Śā. 4.13) [s. Āchārya 1941] wird eine Analogie zwischen dem Menschen als Mikrokosmos und dem Makrokosmos hergestellt. Diese Anschauung wird in der Lehre von den „fünf großen Elementen“ zu einer praktisch anwendbaren Naturphilosophie entwickelt [Chopra 1998]. Aus den Elementen Erde (*Pr̥thivī*), Wasser (*Ap*), Feuer (*Tejas*), Luft (*Vāyu*) und Raum (*Ākāśa*) besteht der menschliche Körper ebenso wie die gesamte sinnlich wahrnehmbare Welt, die uns umgibt. Auf dieser Grundlage werden nun Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Welt erklärt. Um den Anteil

der einzelnen „großen Elemente“ an einer bestimmten Substanz zu beurteilen, werden Eigenschaften und Wirkungen betrachtet. Dies hat weitreichende Konsequenzen etwa in der Pathophysiologie, der Diagnose und der Therapie. Ein einfaches Beispiel mag dies verdeutlichen: Aus āyurvedischer Sicht bestehen süße Nahrungsmittel, wie etwa der Rohrzucker, vorwiegend aus den Elementen Erde und Wasser. Im menschlichen Körper besteht das Fett (*Medas*) vorwiegend aus Erd- und Wasserelement (s. Ḍalhaṇa ad Suśruta-Saṃhitā, Sū. 15.14) [s. Āchārya 1994]. Werden also süße Nahrungsmittel im Übermaß genossen, so werden dem Körper Erd- und Wasserelement zugeführt, wenn diese Nahrungsmittel entsprechend verwertet werden, kommt es zu einer Zunahme von Fettgewebe im menschlichen Körper. Um die Fettleibigkeit zu behandeln, muss man dem Körper die gleichsam entgegengesetzten Elemente zuführen, in diesem Fall die Elemente Luft und Raum. Diese sind nach āyurvedischer Anschauung vor allem in bitteren Kräutern und Nahrungsmitteln enthalten. Die sog. „Bittermelone“ (*Momordica charantia*), ein sehr bitteres Gemüse, welches auch arzneilich verwendet wird, ist deshalb bei Fettleibigkeit und Diabetes mellitus Typ 2b besonders zu empfehlen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Extrakte aus der Bittermelone in einer Anzahl von experimentellen Studien tatsächlich blutzuckersenkend wirken und die diabetische Stoffwechsellage günstig beeinflussen [Ahmed et al. 2004].

Dieses einfache Beispiel macht deutlich, dass sowohl in der Diagnose als auch

in der Therapie die enge Wechselbeziehung zwischen Mensch und Welt berücksichtigt werden muss. Äußere Einflüsse können krankheitsauslösend wirken, weil durch Elemente, die in der Außenwelt vertreten sind, Körperbestandteile, die ebenfalls aus den Elementen bestehen, affiziert werden. In der Diagnose ist die Außenwelt, die Umwelt des Patienten im wahrsten Sinne des Wortes, zu betrachten, und in der Therapie kann alles, was über die Sinnesorgane auf den Menschen einwirkt, therapeutisch genutzt werden. Diese Anschauung, die den Menschen als Teil der natürlichen Umwelt sieht, begünstigt zudem auch eine Art der respektvollen Naturbetrachtung, die wir heute als „ökologisch“ bezeichnen würden und die im indischen Kulturbereich eine lange Tradition hat [Zimmermann 2003], etwa im Hinduismus und Buddhismus. Zur Welt des Patienten gehören darüber hinaus auch seine familiären und sozialen Beziehungen, und auch diese müssen aus āyurvedischer Sicht für Diagnose, gesunde Lebensführung und Therapie berücksichtigt werden.

### **3. These: Der Mensch, den wir behandeln, hat drei Anteile: Körper, „Geist“ und „Selbst“.**

Nach traditioneller Lehrmeinung (der *locus classicus* ist Caraka-Saṃhitā, Sū. 1.46) [s. Āchārya 1941] besteht der Mensch, den wir behandeln, aus drei Anteilen, dem Körper (*śarīra*), dem Geist (hier: *sattva*, meist aber: *manas*) und dem Selbst (*ātman*). Das Selbst ist nach āyurvedischer

Anschauung (z.B. Caraka-Saṃhitā, Sū. 1.56) [s. Āchārya 1941] unveränderlich und wird von Krankheit und Gesundheit letztlich nicht betroffen, es ist der „ewige göttliche Funke“, der auch weiterlebt, wenn dieser Körper vergeht. Krankheit und Gesundheit spielen sich auf den Ebenen von Körper und Geist ab. Der Begriff „Geist“ umfasst hier einen sehr weiten Bereich des Geistigen und Seelischen, der auch die Psyche einschließt. Aus āyurvedischer Sicht stehen diese beiden Anteile des Menschen in stetiger Wechselbeziehung, d.h. bei der Betrachtung von Krankheit und Gesundheit sind immer Körper und Geist betroffen. Ein wenig überspitzt formuliert gibt es im Āyurveda keine Erkrankungen, die sich nur auf körperlicher Ebene oder nur auf seelischer Ebene abspielen. Ein erkrankter Körper beeinträchtigt auch den Geist und ein erkrankter Geist auch den Körper. Der āyurvedische Therapieansatz ist vereinfacht

gesagt somato-psychisch [Sharma 1981, S. 272], d.h. bei körperlichen Anwendungen wird der ganze Mensch, also auch die Psyche oder der Geist, behandelt.

#### 4. These: Der Mensch ist ein Individuum (mit individueller Doṣa-Konstitution).

Aus āyurvedischer Sicht bringt jeder Mensch bereits bei Geburt eine individuelle Konstitution mit, die sich in morphologischen Merkmalen, aber auch in Reaktionsweisen und Krankheitsdiathesen ausdrückt. Die individuelle Konstitution wird bestimmt durch das individuelle Mischungsverhältniss dreier Kräfte (Vāta, Pitta und Kapha genannt), die im Menschen wirken. In der folgenden Tabelle sind einige wenige typische Konstitutionsmerkmale aufgeführt [ausführlicher etwa bei Chopra 2003, S. 101f]:

**Tab. 2:** Menschliche Konstitutionsmerkmale

Vāta-dominierte Konstitution	Pitta-dominierte Konstitution	Kapha-dominierte Konstitution
Trockene kalte Haut	Warme geschmeidige Haut	Kühle geschmeidige Haut
Unregelmäßiger Appetit, schwankendes Körpergewicht	Regelmäßiger starker Hunger, stabiles Körpergewicht	Regelmäßiger Appetit, Neigung zur Gewichtszunahme
Rasche Auffassungsgabe, gutes Kurzzeitgedächtnis	Pragmatismus, mittleres Gedächtnis	Langsame Auffassung, gutes Langzeitgedächtnis

Bei der Betrachtung dieser Merkmale ist zu beachten, dass hier nach dem gesunden Normalzustand eines Menschen gefragt wird und dass immer ein Mischungsverhältnis besteht. Die gesunde Konstitution bestimmt auch, wie ein Mensch auf Belastungen reagiert. Ob es bei lang dauernden Belastungen etwa zu einer Gewichtszunahme oder zu einer Gewichtsabnahme kommt, ob jemand reizbar wird oder schwermütig, alle diese Reaktionsweisen geben Hinweise auf die individuelle Konstitution und die individuelle Imbalance.

Bei der Beratung von Gesunden ebenso wie in der Behandlung von erkrankten Menschen ist die individuelle Konstitution unbedingt zu berücksichtigen. Daraus folgt, dass es aus āyurvedischer Sicht auch bei Gesunden nicht eine einzige Art der gesunden Ernährung für alle Menschen geben kann. Eine Empfehlung zur gesunden Ernährung muss immer auf die Konstitution und andere individuelle Faktoren (Lebensalter, Belastungen etc.) zugeschnitten werden. In der Therapie folgt daraus, dass es im Āyurveda für eine Krankheit nicht immer dieselbe Therapie gibt, auch hier muss die Individualität des Patienten berücksichtigt werden, d.h. ein Patient mit einer rheumatoiden Arthritis und einer Kapha-dominierten Konstitution muss anders beraten und behandelt werden, als ein Patient mit einer rheumatoiden Arthritis und einer Vāta-dominierten Konstitution.

## 5. These: Der Mensch kann autonom handeln und nimmt damit Einfluss auf sein Leben.

Diese Auffassung (sehr dezidiert vertreten z.B. in Caraka-Saṃhitā, Vi. 3.28–38) [s. Āchārya 1941] hat weitreichende Konsequenzen im Āyurveda. Für den gesunden Menschen und für den Arzt, der ihn berät, ist dies Ansporn und Aufforderung zur gesunden Lebensführung im weitesten Sinne. Nach dem oben Gesagten dürfte klar sein, dass bei der gesunden Lebensführung psycho-soziale Aspekte ebenso berücksichtigt werden wie somatische.

Auch in der Therapie ist aus āyurvedischer Sicht das Handeln, die Kooperation des Patienten wichtige Voraussetzung eines Therapieerfolges. Dies kann nur gelingen, wenn der Patient über seine Erkrankung sowie die Art und die Bedeutung seiner Mitwirkung entsprechend aufgeklärt wird, insofern schließt dies auch eine Anforderung an den Arzt ein.

## Literatur

- Āchārya JT (ed.) (1994) SUSHRUTASAMHITĀ of Sushruta with the Nibandhasangraha Commentary of Shri, Dalhaṇāchārya. Chaukhamba Surbharati Prakashan, Varanasi (The Chaukhamba Ayurvijnan Granthamala 42)
- Āchārya VJT (1941) Charakasamhitā by Agniveśa, revised by CHARAKA and DRIDHABALA with the Āyurveda-Dīpikā Commentary of Chakrapāṇidatta, 3. Ed., NIRNAYA SĀGAR PRESS, Bombay
- Ahmed I et al., Beneficial effects and mechanism of action of Momordica charantia juice in the treatment of strep-

- tozotocin-induced diabetes mellitus in rat. *Molecular and cellular biochemistry* (2004), 261 (1–2), 63–70
- Chopra AS (2003) Diagnose im Āyurveda. In: Ranade S, Hosius C, Heckmann J (Hrsg.) *Ayurveda Basislehrbuch*, 1. Aufl., 97–125. Urban & Fischer, München, Jena
- Chopra AS (1998) Die Lehre von den „Fünf Elementen“ (*Pañcamahābhūta*) als wissenschaftliche Grundlage der ayurvedischen Therapie. *Erfahrungsheilkunde* (Sonderausgabe März 1998), 47, 179–182
- Comba A (2001) Carakasamhitā, Śārīrathāna I and Vaiśeṣika philosophy. In: Meulenbeld GJ, Wujastyk D (ed.) *Studies on Indian Medical History*, 39–55. Motilal Banarssidas, Delhi
- Das RP, The Development of Traditional South Asian Medicine against the Background of the ‘Magical’ Mode of Looking at the World. *Traditional South Asian Medicine* (2003), 7, 15–54
- Frauwallner E (1953/56) *Geschichte der Indischen Philosophie*, 2 Bd. Otto Müller, Salzburg
- Jyotirmitra (1982) *Caraka evaṃ Suśruta ke dārśanika viśaya kā adhyayana* (A study of philosophical material in Charaka and Suśruta). (Śrī Baidyanātha Āyurveda Bhavana Ltd., Paṭanā
- Leslie C (1998) The Ambiguities of Medical Revivalism in Modern India. In: Leslie C (Ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, 356–367. Motilal Banarsidass, Delhi
- Leslie C (1992) Interpretation of Illness: Syncretism in Modern Āyurveda. In: Leslie C, Young A (Ed.) *Paths to Asian Medical Knowledge*, 177–208. University of California Press, Berkeley
- Meulenbeld GJ (1999–2002) *A History of Indian Medical Literature*, 2 Vols. Egbert Forsten, Groningen
- Meulenbeld GJ, The many faces of Āyurveda. *Journal of the European Āyurvedic Society* (1995), 4, 1–10
- Sharma PV (1981) *Āyurveda kā vaijñānika itihāsa* (Scientific History of Āyurveda), 2. Ed. Chaukhamba Orientalia, Varanasi/Delhi 1981 (Jaikrishnadas Ayurveda Series No. 1)
- Singh, RH (1998) The holistic principles of Ayurvedic medicine, 1. Ed. Chaukhamba Sanskrit Pratishthan, Delhi (The Chaukhamba Ayurvijnan Studies 10)
- Stollberg, Gunnar, *Asian Medical Concepts in Germany and the United Kingdom: Sociological Reflections on the Shaping of Āyurveda in Western Europe*. *Traditional South Asian Medicine* (2001), 6, 1–9
- Zimmermann F (2003) *Environmental Issues and Ethics as an Ayurvedic Paradigm*. Unpublished manuscript of a lecture given at the Indic Health Workshop II of the Dharam Hinduja Institute of Indic Research, University of Cambridge 12–13 December 2003
- Zimmermann F (1999) *The Jungle and the Aroma of Meats An Ecological Theme in Hindu Medicine*, Motilal Banarsidass Delhi
- Zysk KG, *New Age Āyurveda or What Happens to Indian Medicine When it Comes to America*. *Traditional South Asian Medicine* (2001), 6, 10–26
- Zysk KG (1996) *Medicine in the Veda Religious Healing in the Veda with translation and annotations of medical hymns from the Ṛgveda and the Atharvaveda and renderings from the corresponding ritual texts*. Motilal Banarsidass, Delhi
- Zysk KG, *The science of respiration and the doctrine of the bodily winds in ancient India*. *Journal of the American Oriental Society* (1993), 113, 198–213



## Welches Menschenbild bestimmt das ärztliche Handeln in der Traditionellen Chinesischen Medizin?

*Stefan Kirchhoff*

Bevor die zum Thema gemachte Frage beantwortet werden kann, bedarf es der Klärung, was unter Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) verstanden wird. Obwohl historisch eigentlich eindeutig definiert, variieren die Vorstellungen über die TCM im Westen doch erheblich. Versteht man unter TCM ein „altehrwürdiges“ Medizinsystem, welches das Wissen von Jahrtausenden beinhaltet und dieses systematisiert hat? Immerhin beruft man sich auf Inhalte von jahrhundertealten Klassikern, und auch der Name „Traditionelle Chinesische Medizin“ impliziert dieses. Oder sieht man in der TCM ein durch eine politische Ideologie vor ungefähr fünfzig Jahren gefiltertes und modifiziertes Medizinsystem? Man kann es auch als eine durch die Einflüsse der wissenschaftlichen Schulmedizin bedingte Weiterentwicklung des Letztgenannten betrachten.

Nicht zuletzt ist das im westlichen Kulturkreis entstandene Bild teilweise auch ein Produkt aus Importwissen, den Projektionen von Anwendern und Patienten, Tertiärliteratur und mehr oder weniger gelungenen Integrations- und Assimilationsbemühungen. Vielleicht handelt es sich hierbei gar nicht nur um ein Bild, sondern um ein existierendes philosophisch-medizinisches Konstrukt, das als TCM vielfach so praktiziert wird.

Gelegentlich bekommt die TCM aus einem übersteigerten Harmoniebedürfnis heraus sogar durch westlich-esoterische Menschenbilder geprägte Heilslehre ähnliche Charakterzüge.

Jeder der genannten, oftmals unter dem Begriff TCM zu findenden Vorstellungen liegen jeweils andere Menschenbilder zugrunde.

Ein Ordnungsversuch könnte differenzieren zwischen Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM), „Klassischer“ Chinesischer Medizin und Chinesischer Heilkunde.

Der Begriff der TCM wurde zu Zeiten Maos geprägt und beschreibt ein Medizinsystem, das durch Selektion der dominierenden medizinischen Vorstellungen der gebildeten Oberschicht der letzten zwei Jahrtausende in der Volksrepublik China kompiliert wurde. Mit dem Begriff „Klassische Chinesische Medizin“ könnte man die Medizin beschreiben, die sich ergibt, wenn auch die nicht in der eigentlichen TCM enthaltenen Inhalte der vergangenen Jahrtausende berücksichtigt werden. Die Chinesische Heilkunde schließlich umfasst auch die zahlreichen volksheilkundlichen Ansätze des alten Chinas.

Aus den oben angeführten Zusammenhängen ergibt sich als nächstes die Frage, wessen ärztliches Handeln denn gemeint ist? Das des 80-jährigen chinesi-

schen Meisters, der vielleicht noch in einer ungebrochenen daoistischen Familientradition steht? Oder das ärztliche Handeln eines in westlicher Schulmedizin ausgebildeten chinesischen Arztes, der zu Zeiten Maos verpflichtet wurde, die Grundlagen der Chinesischen Medizin zu erlernen? Es gibt auch den jungen chinesischen Arzt an einer der existierenden Hochschulen für TCM in China sowie chinesische Schulmediziner, die eine einjährige Zusatzausbildung in Akupunktur absolviert haben.

Auch bei westlichen Praktizierenden gibt es verschiedene Aspekte des ärztlichen Handelns unter dem Begriff TCM. Zum einen gibt es den Akupunkteur, der an einer der zahlreichen Ausbildungsgesellschaften sein 140-Stunden-A-Diplom absolviert hat und glaubt, weil man es ihm so erzählt hat, sein therapeutisches Handeln geschähe gemäß den Konzepten der TCM. Zum anderen gibt es aber auch den westlichen Therapeuten, der sich in jahrelanger Fortbildung bemüht hat, aus unterschiedlichen Quellen (Studienreisen, Ausbildung durch Fachgesellschaften, Seminare, Literatur), die ein Konglomerat aus den anfangs genannten TCM-Vorstellungen widerspiegeln können, ein Verständnis der Chinesischen Medizin zu erlangen.

Diese Vielgestaltigkeit bedingt eine gewisse Problematik der Darstellung eines einheitlichen Menschenbildes und, je nach persönlichem Standpunkt, die Gefahr der Verwässerung ursprünglicher Inhalte oder die Chance zur Weiterentwicklung und gegenseitigen Befruchtung unterschiedlicher Systeme mit dem Ziel

eines umfassenderen Verständnisses von Mensch, Krankheit und Medizin.

Die im Thema enthaltene Frage des „Wie“ kann nur unter Berücksichtigung des „Wo“, „Wann“ und „Wer“ beantwortet werden, wenn man voraussetzt, dass ärztliches Handeln nicht nur Kopie, sondern auch eigenständiges, reflektierendes und verstehendes Handeln ist. Für den Dialog mit anderen Systemen ist es wichtig zu definieren, welche Vorstellung man von der Chinesischen Medizin hat.

Die Chinesische Medizin wurde in einem, sich über Jahrtausende hinziehenden Prozess aus sich wandelnden Menschenbildern geprägt. Von einer Ahnen- und Orakelmedizin entwickelte sie sich über eine Dämonenmedizin hin zu einer „Informations“-medizin, feinstofflich-energetischen Medizin oder auch somatopsychischen Medizin.

Das der Chinesischen Medizin zugrunde liegende Menschenbild wurde im Laufe der Geschichte immer wieder durch vier Einflussgrößen geprägt, welche zum Teil auch in gegenseitiger Abhängigkeit standen: Philosophie, Politik, Religion und Empirie.

Auf philosophischer Ebene entwickelte sich die Chinesische Medizin im Spannungsfeld der zwei kontroversen Philosophien des Daoismus und des Konfuzianismus. Auch buddhistische Einflüsse spielten eine geringere Rolle.

Der Konfuzianismus verdrängte zunehmend die Dämonenmedizin und betonte die Ordnung durch tugendhaftes, streng reglementiertes Verhalten innerhalb einer gesellschaftlichen Struktur. Er versuchte, die Harmonie durch gesell-

schaftliche Maßnahmen zu erreichen. Die Einhaltung von Riten sollte eine moralische Wirkkraft erzeugen, die dann eine Verbesserung hin zur Harmonie bewirken sollte. Der Mensch galt als das höchste aller Geschöpfe. Wissen über den Menschen konnte man nur durch das Studium des Menschen selbst erlangen. Ordnungsstreben und prophylaktische Bestrebungen entstanden aus einer Angst vor dem unkontrollierten Chaos.

Der Daoismus hingegen strebte die große Harmonie im Einklang mit Natur und Kosmos durch eine persönliche spirituelle Weiterentwicklung an. Er betonte stark prophylaktische Aspekte zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit. Der Daoismus wandte sich gegen die lenkenden Eingriffe des Konfuzianismus und machte sie für die Missstände in der Welt erst verantwortlich. Die zentrale Wertmaxime des Daoismus war das *Wu Wei*, das „Nicht-Eingreifen“. Verbesserungen erzielte man durch das Einfügen in die Naturgesetzlichkeit des *Dao*, um die Harmonie in der Beziehung zwischen Mensch als Mikrokosmos und Natur als Makrokosmos zu erreichen. Hierbei war der Mensch allen Geschöpfen gleichgestellt. Wichtiger als das Wissen über den Menschen war das Wissen über die Adaptationsmöglichkeiten an das *Dao*.

Zwischen diesen beiden philosophischen Strömungen entwickelte sich ein Medizinsystem, das Aspekte beider Lehren inkorporierte. Der gesunde Mensch *Ping Ren* war und ist dadurch definiert, dass *Yin* und *Yang* im Gleichgewicht und die Lebensenergie *Qi* und das Blut *Xue* in Harmonie sind.

Hier finden sich die ersten, für ein Verständnis eines Menschenbildes in der Chinesischen Medizin wichtigen Termini und Konzepte: *Dao*, *Yin*, *Yang*, *Qi*, *Xue* und Harmonie. Diese Aufzählung muss noch um die Konzepte des Leitbahnsystems, der Fünf Wandlungsphasen und der Funktionskreise erweitert werden.

Das *Dao* gilt als die Quelle allen Seins. Es ist ein allumfassender Begriff für die große Harmonie, die den Menschen in eine Ordnung von Natur, Kosmos und Universum stellt.

Ein Übersetzungsversuch in einen gleichbedeutenden Begriff in einer westlichen Sprache bereitet Schwierigkeiten. Das Schriftzeichen für *Dao* setzt sich aus den Bedeutungen für „Fuß“ und „Kopf“ zusammen. Dies beinhaltet die Vorstellung des Gehens und des Denkens, d.h. das Wissen um den rechten Pfad und dessen Befolgung. Es deutet aber auch auf die Harmonie von „Oben“ und „Unten“ gleichbedeutend für Himmel und Erde hin.

In dem daoistischen Text *Huai Nan Zi* aus dem 2. Jahrhundert v. Chr. findet sich folgendes Zitat zum *Dao*:

„Das *Dao* entstand aus der Leere und die Leere erzeugte das Universum. Das Universum erzeugte das *Qi*. Das was klar und leicht war, stieg auf zum Himmel, das was schwer und trübe war, verdichtete sich um die Erde zu formen.“

Der Mensch resultiert in der chinesischen Vorstellung aus der Interaktion von Himmel und Erde. Er entsteht aus der Vereini-

gung von Himmel und Erde und trägt beide Aspekte, sowohl materielle als auch immaterielle, in sich. Der Makrokosmos spiegelt sich als Mikrokosmos im Menschen wider. So braucht der Mensch zum Überleben neben den „himmlischen“ Einflüssen Sonnenlicht und Luft auch den „irdischen“ Aspekt der Nahrung. Auch im seelisch-emotionalen Bereich gibt es die eher dem Himmel zugehörige Wanderseele *Hun* und die der Erde verbundene Körperseele *Po*.

Der Mensch steht nach diesem Konzept permanent zwischen den beiden Polaritäten Himmel und Erde und ist beiden Einflüssen ausgesetzt. Für den in dieser Philosophie stehenden Menschen ergab sich weniger die Frage „Wer bin ich?“, sondern vielmehr „Was ist meine Aufgabe?“ Die Aufgabe ist das Erreichen und Bewahren des Gleichgewichtes und der Harmonie von Himmel und Erde in sich selbst.

Über die Vorgehensweise hierbei gibt es bei Konfuzianismus und Daoismus unterschiedliche Auffassungen, welche sich beide sinnvoll im System der Chinesischen Medizin zusammengefügt haben.

Die oben erwähnte harmonische Ordnung basiert auf dem Gleichgewicht der beiden polaren Kräfte *Yin* und *Yang*. Hierbei handelt es sich um ein dualistisches Entsprechungskonzept mit zwei abstrakten Begrifflichkeiten, die basierend auf in der Natur beobachteten Polaritäten wie Licht-Schatten, Wärme-Kälte, Nässe-Trockenheit, Bewegung-Ruhe usw. auf den Menschen und seine Physiologie übertragen werden (vergleiche hierzu Sympathicus-Parasympathikus, Systole-Diastole,

Hypo-Hyper, Inhalation-Exhalation und vieles mehr).

Die Wechselwirkungen zwischen diesen beiden Kräften sind verantwortlich für alle physiologischen und pathologischen Prozesse im Menschen.

Das zentrale Konzept der Chinesischen Medizin ist *Qi*. Wie viele andere Fachtermini der Chinesischen Medizin lässt er sich nicht in einen gleichbedeutenden Begriff des westlichen Kulturkreises übersetzen. Die häufigste, damit aber nicht zwangsläufig zutreffendste Übersetzung ist „Energie“. Kubny definiert es als Lebenskraftkonzept. Sein Inhalt muss in Bezug auf den beschriebenen Sachverhalt immer neu definiert werden. In modernen chinesischen Texten wird *Qi* auch als Informationsträger bezeichnet.

*Qi* gilt als Grundlage allen Lebens und aller physiologischen Prozesse im menschlichen Körper. *Qi* ernährt die Organe, erzeugt die Körpersubstanzen, bewegt das Blut und zirkuliert durch ein hoch komplexes Netzwerk von Leitbahnen, von Seefahrern vergangener Zeiten auch als Meridiane bezeichnet. Der freie, ungehinderte und gleichmäßige Fluss des *Qi* durch dieses Leitbahnsystem bedeutet in der Chinesischen Medizin körperliches und seelisches Wohlbefinden. Die Leitbahnen verbinden die verschiedenen Körperregionen und Gewebe miteinander und versorgen die inneren Organe.

Alle Phänomene, so auch die Organe mit ihren Funktionen, die Leitbahnen, Körpergewebe, Emotionen, Nahrungsmittel, sozialen Verhaltensmuster, klimatischen Bedingungen, um nur einige zu nennen, sind im Rahmen eines kosmolo-

gischen Entsprechungssystem, den Fünf Wandlungsphasen, systematisiert und in ihrer gegenseitigen Beeinflussung beschrieben.

Das System der Fünf Wandlungsphasen ermöglicht Erklärungsmodelle für komplexe pathogenetische Vorgänge und liefert Regeln für die Therapie. Es bindet den Menschen in ein differenziertes Netzwerk aus Wechselwirkungen zwischen ihm und der ihn umgebenden Welt ein.

Die Konsequenzen für das ärztliche Handeln ergeben sich aus den oben erwähnten Grundbegriffen der Chinesischen Medizin.

Im Hinblick auf das *Dao* steht nicht die Veränderung der Umwelt und der äußeren Bedingungen im Vordergrund, sondern die harmonische Anpassung des Patienten an die gegebene Naturgesetzlichkeit des *Dao*.

Die Harmonie und das Gleichgewicht müssen durch Prophylaxe bewahrt werden. Dies war das oberste Ziel der „höchsten“ Ärzte im alten China. Man erreicht dies u.a. durch Lebensführung, Ernährung, Qi Gong, Meditation und sog. „Langlebenselixiere“.

Ist die Harmonie erst aus dem Gleichgewicht geraten, muss diese durch ordnendes und lenkendes Eingreifen wieder hergestellt werden. Hier kommen dann die therapeutischen Verfahren wie Akupunktur, Arzneimitteltherapie, Moxibustion u.a. zum Einsatz.

Das Konzept von *Yin* und *Yang* liefert klare diagnostische und therapeutische Kriterien im Rahmen einer dualistischen Betrachtungsweise. Man wärmt bei Kältesymptomen und kühlt bei Hitze-Sympto-

men. Ein Überschuss wird abgeleitet, und Mangelzustände werden aufgefüllt.

Das Verständnis von *Qi* als Zielgröße aller therapeutischen Bemühungen führt zu einer Betonung funktioneller und feinstofflicher Zusammenhänge. Man denkt prozessorientiert und in Fließgleichgewichten. Substanz oder Struktur sind nicht die primären Zielgrößen der Therapie, sondern werden durch Transformationsprozesse des *Qi* beeinflusst.

Das der Traditionellen Chinesischen Medizin zugrunde liegende Menschenbild ist, zusammenfassend betrachtet, hauptsächlich aus den beiden Philosophien des Daoismus und Konfuzianismus entstanden. Zum Teil wurde es auch von buddhistischen Einflüssen mitgeprägt. Später ist es durch den Filter eines kommunistischen politischen Weltbildes modifiziert worden. Es handelt sich mehr um ein funktionelles als strukturelles Menschenbild, mehr um ein qualitatives als quantitatives Menschenbild (weiche, subjektive Daten sind wichtiger als Messungen) und mehr um ein feinstoffliches als materielles Menschenbild. Ferner kann man es als somato-psychisches Menschenbild bezeichnen.

Das ärztliche Handeln hat, um die Harmonie zu erhalten, als oberstes Gebot die Prophylaxe.

Die Diagnosestellung erfolgt nach aus den Philosophien entstandenen Kriterien und beschreibt Disharmoniemuster. Die Kriterien für Diagnostik und Therapie sind durch die Konzepte der TCM klar definiert und reproduzierbar. Eine Diagnose stellt eine Handlungsanweisung zum ordnenden Eingreifen in Form einer

Therapie dar. Sie benennt nicht nur eine Erkrankung, sondern beschreibt den individuellen Zustand des Patienten als Ungleichgewicht.

Ziel der Therapie ist die Wiederherstellung einer weitestgehenden Harmonie, nicht als statischer Zustand, sondern als Fließgleichgewicht innerhalb bestimmter Toleranzgrenzen.

## Literatur

- Granet M (1985) Das chinesische Denken. Suhrkamp, Frankfurt
- Kirschbaum B, Daiker I (1997) Die Heilkunst der Chinesen. Rowohlt, Hamburg
- Kubny M (1995) Qi – Lebenskraftkonzepte in China. Haug, Heidelberg
- Unschuld PU (1997) Chinesische Medizin. Beck, München
- Ots T (1987) Medizin und Heilung in China. Dietrich Reimer, Berlin, Hamburg
- Porkert M (1982) Die Chinesische Medizin. Econ, Düsseldorf, Wien

## Herausgeber- und Autorenverzeichnis

### Herausgeber

Dr. med. Matthias Girke  
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe  
Kladower Damm 221  
14089 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer und  
der Ärztekammer Nordrhein  
Krankenhaus Düren gem. GmbH  
Roonstraße 30  
52351 Düren

Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen  
Lehrstuhl für Medizintheorie und  
Komplementärmedizin der Universität  
Witten/Herdecke  
Gerhard-Kienle-Weg 4  
58313 Herdecke

Prof. Dr. med. Stefan N. Willich,  
MPH MBA  
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie  
und Gesundheitsökonomie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Luisenstr. 57  
10017 Berlin

### Autoren

Dr. rer. nat. Roland Baur  
Arzt für Innere Medizin und Homöopathie  
Courbièrstr. 5  
10787 Berlin

Ananda Samir Chopra  
Leitender Arzt der Ayurveda-Klinik  
Habichtswaldklinik Ayurveda  
Werner Wilhelm Wicker KG  
Wigandstr. 1  
34131 Kassel-Bad Wilhelmshöhe

Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner  
Nissenstr. 3  
20251 Hamburg

Dr. med. Matthias Girke  
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe  
Kladower Damm 221  
14089 Berlin

Prof. em. Dr. med. Hermann Heimpel  
Medizinische Universitätsklinik  
Robert-Koch-Str. 8  
89081 Ulm

Dr. med. Stefan Kirchhoff  
Vorsitzender der Deutschen  
Wissenschaftlichen Gesellschaft für  
Traditionelle Chinesische Medizin  
Oststr. 28  
45549 Sprockhövel/Hasslinghausen

Dr. med. Jörg Melzer und  
Prof. Dr. med. Reinhard Saller  
Universitätsspital Zürich  
Departement Innere Medizin  
Institut für Naturheilkunde  
Rämistr. 100  
CH-8091 Zürich

Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Schad  
Institut für Evolutionsbiologie und  
Morphologie  
Universität Witten/Herdecke  
Stockumer Str. 10–12  
58453 Witten

Prof. Dr. phil. Wolfgang Wieland  
Philosophisches Seminar  
Universität Heidelberg  
Schulgasse 6  
69117 Heidelberg