



Individualmedizin und Eigenverantwortung

Einleitung:

Ich freue mich über die Einladung zu diesem Symposium, zu dem ich aus unterschiedlichen Gründen gerne gekommen bin: Zum einen schätze ich die Anliegen und Ziele der Akademie für patientenzentrierte Medizin als etwas in hohem Maße Unterstützenswertes ein. Zudem erachte ich die auf der heutigen Tagung verfolgten Begriffe „Individualmedizin“ und „Eigenverantwortlichkeit“ als zwei gewichtige Elemente für eine humane und damit zukunftsfähige Medizin. Und schließlich habe ich mich auch aus persönlichen Gründen auf die heutige Tagung gefreut: Nachdem sich unser Gedankenaustausch in der Vergangenheit überwiegend in schriftlicher Form abgespielt hat, hat mir meine Tagungsteilnahme wie gehofft ermöglicht, Herrn Prof. Dr. med. Eckart Sturm intensiv persönlich zu begegnen und darüber hinaus auch noch die Ehrung dieses hoch verdienten Kollegen für sein Lebenswerk durch den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband mit erleben zu dürfen. Gefreut habe ich mich auch auf und über das Wiedersehen mit Herrn Dr. Ottomar Bahrs und seiner wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Frau Susanne Heim von der Abteilung „Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie“ der Universität Göttingen sowie Herrn Kollegen Theodor Dirk Petzold vom Zentrum für Salutogenese in Bad Gandersheim, mit denen ich ja im Rahmen eines gemeinsamen, vom AOK-Bundesverband geförderten Forschungsprojektes „Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis“ in wissenschaftlichem Austausch stand [1].

Was das heute von mir verfolgte Thema betrifft, so möchte ich vorausschicken, dass wir, da die Medizin ja eine praktische Angelegenheit ist, in der Medizin nicht zu viel philosophieren sollten. Dennoch schadet das Denken auch in der Medizin nicht, vor allem wenn es ein Denken ist, das sich seiner wirklichkeitsstiftenden Potenz bewusst ist, der Tatsache nämlich, dass es ein medizingeschichtliches Phänomen ist, dass wir uns in der einen Generation bestimmte Begriffe, Theorien und Modelle vom Menschen in Gesundheit und Krankheit machen, solche Konzepte also das Ergebnis unserer Be-Sinnung sind. In der darauf folgenden Generation sind sie dann in aller Regel nicht mehr nur Gegenstand unserer Be-Sinnung; sie haben sich bereits zu einer Ge-Sinnung verdichtet. Und in der nachfolgenden Generation sind diese Konzepte mit einer gewissen Selbstverständlichkeit bereits Grundlage der medizinisch-ärztlichen Praxis.

Reflektiert oder nicht reflektiert sind wir bereits durch unsere Denkansätze in der Medizin beteiligt an der Schaffung von Versorgungswirklichkeiten. Deutlicher noch als in anderen Disziplinen hat sich das Konzept einer wertfreien Wissenschaft in der Medizin als eine Illusion erwiesen. Ob wir dies wahrhaben wollen oder nicht: Unsere Denk- und Wissenschaftsansätze zeitigen in der Medizin stets weitreichende praktische Konsequenzen für unser Gesundheitswesen, sie sind insofern nie ethikneutral. Die Frage nach einer der Vielschichtigkeit des Menschen gerecht wer-

Paradigmenpluralität, Salutogenese und ärztliche Praxis

Ein Vortrag gehalten auf dem APAM-Symposium
„Individualmedizin und Eigenverantwortlichkeit“
am 29.01.2010 in Stuhr

PETER F. MATTHIESSEN

denden Medizin, die Frage nach einer dem Menschen gemäßen Medizin, nach der Ethik in der Medizin, ist vor diesem Hintergrund stets auch eine Frage der Begriffe, die wir uns vom Menschen in Gesundheit und Krankheit bilden. In dieser Hinsicht haben wir nicht nur eine Endstrecken-orientierte Medizin, die erst dann ihre Rationalität zu entfalten und zu intervenieren vermag, wenn ein Krankheitsgeschehen strukturell ausgeformt und in der Entwicklung fortgeschritten ist, sondern wir haben auch einen Endstrecken-orientierten Wissenschaftsbetrieb: Erst dort, wo sich ein Wissenschaftsansatz für die Praxis als unfruchtbar oder als ethisch fragwürdig erwiesen hat, wird in der Regel mit Fehleranalysen begonnen. Dabei wird gerne übersehen, dass die Anfänge der lebenspraktischen Gestaltung und der ethischen Tragfähigkeit bereits in unseren Denkansätzen und den ihnen entstammenden medizinischen Anthropologien liegen. Das verweist uns auf unsere Verantwortung, die wir nicht nur in unserem diagnostischen und therapeutischen Tun haben, sondern schon im Hinblick auf unser Denken, unsere Fragestellungen und unsere wissenschaftlichen Erkenntnisanstrebungen.

Ausgangspunkt und Aufgabenstellung für den Arzt ist die individuelle Hilfeleistung für einen krankheitsbedingt in eine Notsituation geratenen Menschen. Durch den Behandlungsauftrag des Kranken entsteht dem Arzt die Verpflichtung, dem Patienten nicht nur gut gemeinte, sondern kompetente, durch professionsspezi-

fisches Wissen und Können gestützte Hilfe zukommen zu lassen, was seine Befähigung zu erkennendem Durchdringen der je vorliegenden Notsituation voraussetzt.

Für gute, verantwortungsvolle und wirksame ärztliche Praxis brauchen wir daher medizinisch-wissenschaftliche Anstrengungen wie die Luft zum Atmen. Dennoch ist Wissenschaft in der Medizin nie Selbstzweck, sondern hat stets eine dienende Funktion. Sie ist in dem Maß gerechtfertigt, als sie dem Arzt für eine bestmögliche Betreuung seiner Patienten dienlich ist. Epistemologisch kann es inzwischen als geklärt angesehen werden, dass die Medizin keine theoretische, sondern eine praktische Wissenschaft ist [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8] und als solche gefordert ist, die Begründung und Rechtfertigung ihres Tuns innerhalb ihrer selbst zu leisten. Um dies zu können, braucht sie die Ergebnisse der theoretischen Wissenschaften, ohne selbst eine solche zu sein.

Die Rolle des Individuums in der Medizin

Die Einsicht, dass nicht nur in unseren alltagsweltlichen Beobachtungsergebnissen, sondern auch beim Zustandekommen all unserer wissenschaftlichen – und also auch experimentell – gewonnenen „Fakten“ stets unsere eigene Beobachtungstätigkeit mit eingeht, also auch so genannte „objektive Daten“ stets das Ergebnis unserer eigenen, durch eine bestimmte Denkrichtung bzw. Theorie

geleiteten Erkenntnistätigkeit sind – und keineswegs eine vom Erkenntnissubjekt losgelöste und unabhängig von ihm existierende Realität darstellen –, findet sich in der Medizin oft noch zugunsten eines naiven Objektivismus vernachlässigt. Aber gerade für die Medizin, die es in Bezug auf ihr Subjekt-Objekt-Verhältnis immer mit einer höchst vielschichtigen Begegnung von Mensch zu Mensch zu tun hat, ihr „Gegenstand“ daher nie nur Objekt, sondern stets auch Subjekt ist, stellt sich die Aufgabe, den je eingenommenen Standpunkt offen zu legen und zugleich nach ergänzenden Perspektiven, d. h. theorie- bzw. modellvermittelten Deutungsmöglichkeiten Ausschau zu halten. Wir werden Unterschiedliches gewahr, der „Fall“ erscheint in einem anderen Licht, je nach dem, aus welcher Perspektive, mit welcher Interessenlage und mit welchen Erkenntnismitteln wir dem Kranken begegnen.

Für eine Humanmedizin, in deren Mittelpunkt nicht disziplinäre Eitelkeiten, sondern der Mensch in seiner mehrdimensionalen Vielschichtigkeit stehen, stellt sich die Aufgabe der Erarbeitung eines gesamtanthropologischen Rahmens, um von dort aus den Stellenwert der einzelwissenschaftlichen Ergebnisse beurteilen zu können. Es zeigt sich dann, dass es zur „Natur“ des Menschen gehört, nicht nur ein körperliches, physisch-materielles Wesen zu sein, sondern zugleich auch ein leiblich-lebendiges, ein seelisch empfindendes und sich darlebendes und schließlich auch ein zu personaler Selbstbestimmung und Selbstverantwortung veranlagtes geistiges Wesen, das nicht nur einer Art angehört, sondern sich seiner Möglichkeit nach im geschichtlichen Kontext einer Biographie selbst zu „arten“, d. h. sich selbst eigenaktiv und eigengesetzlich, zu entwickeln vermag.

Nicht selten wird gleichwohl gerade von Ärzten und Wissenschaftlern, die für ihr Denken und Handeln das Label der „Ganzheitlichkeit“ in Anspruch nehmen, ein „bio-psycho-soziales Modell“ als Orientierungsrahmen für die Krankenbetreuung genannt. Aber gilt dies, so habe ich mich bei entsprechenden Verlautbarungen immer wieder gefragt, gilt dies nicht gleichermaßen auch – und im Besonderen – für Wölfe, Schafe, Ratten und Mäuse? Für den Menschen spezifisch scheinen mir neben der Fähigkeit zum begrifflichen Denken und zur Selbstreflexion bzw. zur Selbstbestimmung vor allem zwei Wesensmerkmale zu sein, nämlich die Möglichkeit zur Intentionalität und die Fähigkeit zur (Selbst)Entwicklung.

Wie moderne Wissenschaftsansätze zur Sinneswahrnehmung des Menschen epistemologisch überzeugend und empirisch valide belegt aufgezeigt haben, stellt der Akt der menschlichen Sinneswahrnehmung eine intentionale Tätigkeit dar im Sinne einer nicht von außen veranlassten aktiv-willentlichen Aufmerksamkeitsleistung innerhalb des je relevanten Sinnesbezirks [9; 10; 11]. Dies bedeutet, dass schon die Sinneswahrnehmung nicht mit objektivistischen, den leistenden Pol des Subjekts vernachlässigenden Modellen adäquat abbildbar ist. Und schon auf dieser grundlegenden Ebene des Wahrnehmens mit unseren Sinnen wird der

Wahrnehmungsinhalt nicht passiv von uns perzipiert, sondern als Ergebnis unseres von der jeweiligen Interessenslage abhängigen Standpunkts aktiv wahr-genommen [9; 11]. Dabei lassen sich im Wesentlichen drei Gruppen von Sinnen unterscheiden, nämlich Sinne, die auf die Wahrnehmung der natürlichen Umwelt gerichtet sind, eine weitere Gruppe von Sinnesmodalitäten, mit Hilfe derer die soziale Mitwelt erschlossen wird und schließlich eine Gruppe von leibbezogenen, „somatisierten“ Sinnen, die uns das differenzierte Gesamt der eigenleiblichen „In-Welt“ vermitteln. Was die letztgenannte Gruppe, die neben dem Tastsinn und dem Gleichgewichtssinn auch die Modalität der Kinästhesie, der eigenleiblichen Bewegungsvorgänge und diejenige der Coenästhesie, der Wahrnehmung der eigenleiblichen physiologischen Situation und der ihr zugrunde liegenden Vitalprozesse umfasst, so sind sie in ihrem Zusammenwirken für die Erfahrung unseres Leibes verantwortlich, den wir als Wahrnehmungsgegenstand „haben“ können, der wir andererseits aber auch „sein“ können, wenn wir uns mit ihm identifizieren [2; 9; 10;12].

Im Gegensatz zum Körper haben wir zu unserem Leib ein „ästhesiologisches“ Verhältnis, wir nehmen ihn unmittelbar wahr im Modus des Befindens und Missbefindens [2; 10; 11]. Dies bedeutet zugleich, dass es sich hier, beim Befinden, um einen Innenaspekt des Leibgeschehens handelt, der auch eine Außenansicht hat, die wir als Befund bezeichnen. Im Gegensatz zu der landläufigen Vorstellung, dass es sich beim Verhältnis von Befund zu Befinden um ein Verhältnis von objektivem zu subjektivem Geschehen handle, repräsentieren Befund und Befinden den Leib aus zwei unterschiedlichen Perspektiven als die zwei Seiten ein- und derselben Münze. Erweist sich der Kranke, genauer: Der Erkrankungs- und Gesundungsprozesse durchmachende Patient, als Experte im Hinblick auf das Befinden und Missbefinden, so kommt dem Arzt die Aufgabe zu, sich als Experte in Bezug auf den dem Befinden und Missbefinden zuzuordnenden Befund zu erweisen. Befund und Befinden als die beiden Perspektiven von Arzt und Patient konstituieren in der Arzt-Patient-Begegnung eine Arbeitsgrundlage, die die diagnostischen und therapeutischen Leistungen des Arztes ermöglichen und die der Arzt-Patient-Beziehung ihre implizite Sinngestalt geben. Denn das gestörte Befinden, das Missbefinden, führt den Patienten überhaupt erst zum Arzt. Anhand der Befindensschilderung erstellt der Arzt seine (differential-) diagnostischen Überlegungen. Die Besserung des Befindens ist neben der Befähigung zur autonomen Lebenspraxis ein zentrales Ziel der Therapie. Und das Missbefinden, das erlebte Kranksein, ist eine zentrale Voraussetzung für die Entwicklung einer Therapiemotivation und die Bereitschaft zur Lebensstiländerung [8].

Ein ausschließlich naturwissenschaftlicher Ansatz erweist sich insofern von vornherein als zu kurz gegriffen. Denn im Gegensatz zu allen sonstigen Körpern der Dingwelt, die wir nur mittelbar, von „außen“ erfahren und bewegen können, haben wir zu unserem Leib ein „ästhesiologisches“ und ein „kinematologisches“ Verhält-

nis, d. h. wir können diesen unmittelbar wahrnehmen und bewegen. „Alle diese Wahrnehmungen haben wiederum ... den Doppelaspekt der Ich-Nähe und der Ich-Distanz. Einerseits vermitteln sie mir die Erfahrung, dass der innerlich wahrgenommene Leib „mein“ Leib ist, der mir in einer innigeren und unmittelbaren Weise zugehört als ein sonstiger Körper der Dingwelt. Am stärksten wird uns dieses Verhältnis bewusst durch den Schmerz: Das Schmerzerleben kennzeichnet die Grenze zwischen den übrigen Dingen und meinem eigenen Leib. Andererseits aber vermag ich auch zu erleben, dass nicht „ich“ der Leib „bin“, sondern dass ich einen Leib „habe“. Schon die Erfahrung, dass ich mein Erleben willentlich auf verschiedene Stellen des Leibes lenken kann, zeigt die relative Unabhängigkeit meines Ich vom Leib. Auch die Fähigkeit, Leibeserlebnisse, ja selbst Schmerzen innerlich zu objektivieren oder zu unterdrücken, sie nicht an das Ich herankommen zu lassen, deutet in die gleiche Richtung“ [2].

Andererseits kann ich durch meinen Willen meinen Leib unmittelbar bewegen und mich damit in der Außenwelt verwirklichen. Es ist diese Ambiguität des Leibes, einerseits der unmittelbar erlebte und gelebte Leib, der ich sowohl „sein“ kann, den ich aber auch „haben“ kann – und andererseits der Leib als Körper unter Körpern in einer materiellen Dingwelt, weswegen ein naturwissenschaftliches Vorgehen in sensu strictiori nicht hinreicht.

Ein anderes Zentralphänomen ist, dass der Mensch nicht nur die Möglichkeit zur Selbstbestimmung besitzt, sondern zudem ein entwicklungsfähiges Wesen ist. Eine Medizin, die den Menschen in seiner vielschichtigen Ganzheit in den Blick zu nehmen sich bemüht, kann sich daher nicht damit begnügen, regelwissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse der einzelnen Disziplinen eklektizistisch zusammen zu fügen, sondern ist in methodischer Hinsicht herausgefordert, von der menschlichen Individualität auszugehen, die sich in Gesundheit und Krankheit in einer von ihr selbst mitgeschriebenen Biographie verwirklicht und sich der Möglichkeit nach auf selbst gesteckte Ziele hin entwickelt.

Wie die neuere Immunitätsforschung gezeigt hat, ist jeder Mensch nicht nur eine geistig-seelische, sondern auch eine biologische Individualität, die ihre eigengesetzliche Geschlossenheit durch Abwehr äußerer Einwirkungen und Fremdstoffe aktiv aufrechterhält. Daraus leitet sich die berechnete und unerlässliche Aufgabe ab, die leiblichen, somatisch-materiellen Vorgänge und Bedingungsgefüge mit den Methoden der modernen Naturwissenschaften zu beforschen. Aber was im Rahmen einer „personalisierten Medizin“ das genetic engineering betrifft und die Bestimmung des genetischen Profils sowie der Biomarker, um Krankheiten vermeiden und Kranke gezielter und nebenwirkungsärmer behandeln zu können, so handelt es sich bei den hier zu Recht ins Blickfeld genommenen Phänomenen der Individualisierung nicht um deren Ursprung, sondern um ihre materielle Endstrecke. Die

erforderliche Rationalität für die Individualisierung auch des körperlichen Substanzgeschehens ist nicht durch den Verzicht auf eine spirituelle Dimension des Menschen, sondern nur mit Hilfe einer Erweiterung eines wissenschaftlichen Rationalitätsbegriffs zu erreichen in dem Anliegen, den seelisch-geistigen Wesenskern des Menschen nicht als nebuloses Konstrukt, sondern als Erfahrungsgegenstand zu konzipieren und „empirisch“ zu beforschen. Über die Sichtweise einer gattungsspezifischen interindividuellen Norm hinaus, der „Individuelles“ nur als Besonderes, also als defizitäre Abwandlung eines Idealtypischen erscheint, stellt sich hier die Aufgabe, den Blick positiv auf die intraindividuelle Norm eines jeden Menschen zu richten – genauer: Auf den Grad der Fähigkeit, nicht nur eine gewordene Norm in die Zukunft hinein fortzuschreiben, sondern die eigene – und an der eigenen – Norm selbst bilden zu können, also nicht nur eine je eigene Art zu sein, sondern sich selbst „arten“ zu können. Dadurch, unter dieser Perspektive, erweitert sich die Krankheits„geschichte“ des Falls nicht nur zur Krankengeschichte, sondern darüber hinaus zur Lebensgeschichte eines Menschen: „Es ist ein grundverschiedener Sinn, ob ich einen Kranken schildere als Fall eines Allgemeinen oder als ihn Selbst in seiner Einmaligkeit. Habe ich das Allgemeine im Auge, so brauche ich keine Totalbiographien, sondern die für dieses Allgemeine relevanten Tatsachen, die ich möglichst an mehreren Fällen schildere. Habe ich den einzelnen Menschen im Auge, so suche



©S.-Schlünkes / pixelio.de

ich das Ganze dieses Bios zu vergegenwärtigen ... Kasuistik ist auf eine allgemeine Kenntnis bezogen, Biographik auf dieses Individuum.“ [13]. Es ist daher konsequent, dass gerade in einer um geisteswissenschaftlich anthroposophische Aspekte erweiterten Medizin deren Ausrichtung an biographischen Gesichtspunkten eine gewichtige Rolle einnimmt. „Wer über das Wesen der Biographie nachdenkt, der wird gewahr, dass ... für den einzelnen Menschen die Biographie dieselbe grundwesentliche Bedeutung hat, wie für das Tier die Beschreibung seiner Art“ [14].

Individualmedizin in dem so skizzierten Sinn meint daher eine Medizin, die sich aus der Begegnung konstituiert, aus der Begegnung zwischen zwei selbstbestimmungsfähigen und entwicklungsfähigen Individuen, von denen das eine dem anderen spezifische Hilfestellung leistet im Hinblick auf einen aktuellen oder drohenden Verlust an autonomer Lebenspraxis. Und zwar eine Hilfestellung, die es dem Hilfe in Anspruch nehmenden Bürger erlaubt, nicht nur in der Gesundheit, sondern auch in der Auseinandersetzung mit Krankheit sich selbst zu verwirklichen und sich weiter zu entwickeln.

Perspektivität in der Medizin

Wie deutlich sich die Medizin vom Status einer theoretischen Wissenschaft unterscheidet, ist in den Abbildungen 1 und 2 veranschaulicht. Ist die Freiheit in der Wahl der Problemstellung essentieller Bestandteil der Wissenschaftsfreiheit in den theoretischen Wissenschaften, so ist das Problem in der Medizin stets von außen, nämlich durch den krankheitsbedingt in Not geratenen Anderen, vorgegeben. Effiziente Generierung künftigen Wissens und wertneutrales Erklären finden sich im Aufgabenspektrum der Medizin als angewandte (theoretische) Wissenschaft. In der ärztlich-therapeutischen Praxis geht es demgegenüber um bestmögliche Hilfestellung im Hier und Jetzt auf der Basis vorhandenen Wissens sowie um eine normative Bewertung des Vorgefundenen. Formales Wissen und die Anwendung von gesichertem Regelwissen sind die Resultate eines Selbstverständnisses der Medizin als theoretischer Wissenschaft. Zu den Aufgaben des Arztes gehören demgegenüber ein an der Praxis und für die Praxis erwerbbares personengebundenes wissendes Können und könnendes Wissen sowie die Erwartung einer bestmöglichen individuellen Hilfestellung – auch dann, wenn das dazu gehörende Wissen noch nicht in formalisierter Form vorliegt.

Entsprechend unterschiedlich ist auch der Stellenwert der Diagnose: Ist eine „medizinische“ Diagnose eine Sachverhaltskonstataktion, so ist die „ärztliche“ Diagnose – bedacht oder nicht bedacht – stets eine Handlungsentscheidung. Als solche ist der Einzelfall um seiner selbst willen von Interesse [5].

Dementsprechend ist eine Diagnose im Bezugsrahmen einer praktischen Wissenschaft auch kein subsumptionslogischer Vor-

gang, sondern die sachgerechte Anwendung allgemeinen Wissens am konkreten Fall [5]. Es liegt ihr nicht ein Abstraktionsprozess zugrunde, sondern umgekehrt eine Aufgabe zur Konkretion, eine Ent-Allgemeinerung und eine Re-Individualisierung allgemeinen medizinischen Wissens, also eine Anschmiegung allgemeinen Wissens an den konkreten Kranken. Das Diagnostizieren des Arztes ist ein kontextualisierendes Vorgehen, d. h. das Einbinden einer nosologischen Diagnose in das Gesamt der so genannten unspezifischen Kontextfaktoren wie Konstitution, Disposition, Sozialisation, berufliche Situation, Therapiemotivation, individuelle Wertvorstellungen und Therapiepräferenzen, aktuelle biographische Situationen einschließlich retrospektiver und prospektiver lebensgeschichtlicher Gesichtspunkte etc.

Zur Beantwortung steht nicht die Frage an, was vorliegt, sondern was zu tun ist, und zwar nicht am austauschbaren Fall, sondern bei einer konkreten Person in einer nicht austauschbaren und also auch nicht wiederholbaren Situation. Stellt sich für den „medizinischen“ Denkansatz das Problem der Individualisierung der am Kollektiv gewonnenen allgemeinen Erkenntnisse, so ist die Diagnose im Kontext einer praktischen Wissenschaft stets eine Einzelfall bezogene Aussage; ihr dort gefundenes Wissen ist daher mit der Problematik der Generalisierbarkeit konfrontiert.

Nun muss freilich zugestanden werden, dass es gerade das „medizinische“ Paradigma war, nämlich die Auffassung der Medizin als „angewandte“ (theoretische) Wissenschaft, das zu einer enormen Vermehrung regelwissenschaftlicher Kenntnisse geführt hat, die mit dem Paradigma der Medizin als praktische Wissenschaft so nicht ohne weiteres möglich gewesen wäre. Dennoch hängt dieses Wissen im Hinblick auf seine sachgerechte Anwendung beim individuellen Patienten in der Luft, würde dieses Wissen nicht durch die Perspektive der Medizin als praktische Wissenschaft instrumentalisiert werden können.

Damit ist ein Begriff angesprochen, der im Rahmen der weiteren Abhandlung eine zentrale Rolle einnehmen wird: Derjenige nämlich der Perspektivität. Denn es gibt keinen aperspektivischen Zugang zur Wirklichkeit. Nicht erst neuere konstruktivistische Epistemologien haben deutlich gemacht, dass unser Alltagsbewusstsein ebenso wie die Ergebnisse empirischer Forschung stets vom Standort des Erkennenden abhängt: „Jede Reflexion auf die Perspektivität revidiert die Illusion einer ‚rein‘ objektivistischen Sicht, die von der unaufhebbaren Subjektbezogenheit glaubt absehen zu können, zu Gunsten einer Betrachtungsweise, für die ‚Objektivität‘ gerade nicht Ausschluss, sondern methodische Einbeziehung der Subjektbezogenheit eines jeden Wahrnehmens und Wahrhabens bedeutet...“ [15]. Zwar hat die neuere Wissenschaftstheorie den Theorienpluralismus als heuristisches Instrument entdeckt [16], aber er fungiert dort im Wesentlichen als Werkzeug für einen Ausscheidungswettbewerb miteinander konkurrierender oder konfligierender Ansätze. So effektiv ein solches konkurrierendes

Selbstverständnis der Medizin

Mediziner	Arzt
Angewandte Wissenschaft	Praktische Wissenschaft
Wissenschaftsfreiheit	Problemstellung vorgegeben
Effiziente Wissensgenerierung	Bestmögliche Hilfeleistung
Wertneutrales Erklären	Normatives Bewerten
Formales Wissen: Know what	Dispositionelles Wissen: Know how
Anwendung von gesichertem (Regel-) Wissen	Soziale Kunst der individuellen Hilfestellung

Abb. 1: Gegenüberstellung zweier unterschiedlicher Paradigmen im Hinblick auf das Selbstverständnis der Medizin

Selbstverständnis der Medizin als

Theoretische Wissenschaft		Praktische Wissenschaft
Medizinische		Ärztliche
DIAGNOSE ist		
Sachverhaltskonstatierung		Handlungsentscheidung
Fähigkeit zur Abstraktion		Fertigkeit zur Konkretion
dekontextualisierend		kontextualisierend
fragt		
nach dem Allgemeinen des		nach dem Besonderen des
austauschbaren Falls		unaustauschbaren Falls
„Was liegt vor?“		„Was ist zu tun?“
zielt auf		
Klassifizierung von Krankheitszuständen		Erfassen einer kranken Person in einer einmaligen Situation
Problem der Individualisierung		Problem der Generalisierung

Abb. 2: Gegenüberstellung des Rollenverständnisses der Diagnose im Kontext zweier unterschiedlicher Paradigmen



Abb. 3: Henry Moore
„Locking Piece“ (Bronze, 1963-64,
Millbank, London.)

Extrem unterschiedliche ästhetische
Erscheinungsformen ein und dessel-
ben Gegenstandes in Abhängigkeit
von der Betrachtungsperspektive

Pluralismuskonzept auch zu sein vermag, so verhindert es doch eher einen Wissenschaftspluralismus im Sinne unterschiedlicher, aber grundsätzlich gleichberechtigter und sich wechselseitig ergänzender Wissenschaftsansätze [17; 18].

So erfolgreich der seit dem Aufkommen des neuzeitlichen Rationalismus verfolgte Wissenschaftsansatz des Mathematismus auch war, so stellt er doch keineswegs die einzig wissenschaftlich legitime Methode der Erkenntnisgewinnung dar. Bei nicht formalisierbaren und mithin nicht auf Quantitäten reduzierbaren Qualitäten etwa erweist sich ein phänomenologischer Ansatz als angemessen. Es ist nicht sinnvoll, die beiden Erkenntnis- bzw. Weltanschauungsansätze in ein konkurrierendes Verhältnis zueinander zu bringen und Grabenkämpfe um die Ausschließlichkeit oder Überlegenheit des einen gegenüber dem anderen Ansatz zu führen. Mit beiden Ansätzen können spezifische, aber unterschiedliche Aspekte des Ganzen eines Erscheinungszusammenhangs erschlossen werden, aber eben jeweils nur eine Seite, eine Teil-Wahrheit dessen, was wir die Realität einer Sache nennen. Dasjenige, was mit Hilfe einer materialistisch-mechanistischen Sichtweise an (Teil-) Erkenntnissen zu gewinnen ist, ist mit anders ausgerichteten Erkenntnisbemühungen nicht zu gewinnen. Wohl aber gilt es, sich vor Verallgemeinerungen zu hüten, die Grenzen des jeweiligen Erkenntnisansatzes aufzuzeigen und nach ergänzenden Perspektiven, etwa im Sinne einer sensualistischen, phänomenalistischen, idealistischen, spirituellen u. a. Anschauungsweise zu suchen [19]. Da gerade in der Medizin als einer praktischen Wissenschaft Begriffe, Theorien, Modelle, die wir uns vom Menschen in Gesundheit, Krankheit und Heilung machen, kaum je praxis- bzw. ethikneutral sind, stellt sich hier mit besonderer Aktualität die Aufgabe, den Pluralismusgedanken unter dem Kriterium der realen Konsequenzen, der ethisch-praktischen Folgen bestimmter Wissenschaftsmodelle zu verfolgen. Ein Denkstil, der sich bei der Erforschung der unbelebten Natur für die Physik als angemessen und in der Technik als erfolgreich erwiesen hat, braucht es für die ärztliche Praxis noch lange nicht zu sein. Auf die Medizin übertragen könnte er gerade den Blick für die wesentlichen Eigenschaften ihres „Gegenstandes“ verstellen und mit der Würde des Menschen kollidieren.

Will man sich in der Medizin zum Verständnis des Menschen nicht mit einer einzigen Sichtweise begnügen, dann stellt sich die Aufgabe, weitere ergänzende Perspektiven heranzuziehen, ihre Möglichkeiten und Grenzen auszuleuchten, also eine Perspektivenvervielfältigung systematisch und methodisch zu verfolgen und eine Multiperspektivenbeweglichkeit zu üben.

Die Tatsache, dass die Generierung wissenschaftlicher Konzeptionen und Erkenntnisse stets auch vom Erkenntnissubjekt abhängig ist, ist, soweit ich sehe, in der Diskussion um die wissenschaftlichen Paradigmen, um die Entstehung von Paradigmen, um den Paradigmenwechsel und um die koexistenzielle Verträglichkeit unterschiedlicher Paradigmen nur oberflächlich geführt worden. Denn die Paradigmendebatte ist durchaus geprägt von der Vorstellung, dass unterschiedliche, sich inhaltlich widersprechende Paradigmen zeitgleich nicht existieren können bzw. nicht existieren sollten. Es gilt dann, die Überlegenheit des einen Paradigmas gegenüber dem anderen herauszuarbeiten oder gesellschaftlich durchzuboxen – und im Hinblick auf das in die Kritik geratene Paradigma einen Paradigmenwechsel herbeizuführen [17; 18].

Dort, wo statt des Paradigmas der Begriff der Perspektivität methodisch verfolgt wird, gilt keineswegs das Erfordernis des Ausschlusses anders garteter Sicht- und Deutungsweisen. Vielmehr gehört es geradezu zu einer vertiefenden Erkenntnis, systematisch den (Erkenntnis-) Standpunkt zu wechseln und die Widersprüchlichkeit der Sichtweisen auf ihr Potenzial als gewichtige Ergänzungsquelle bei der Erkenntnisgewinnung hin abzuklopfen [19; 20; 21; 22].

Ein gut geeignetes Beispiel für diese Aufgabenstellung scheint mir die Darstellung einer Plastik von Henry Moore zu sein (Abb. 3): Die ästhetisch extrem unterschiedlichen vier Ansichten haben

am Ende nur eines gemeinsam: dass sie – aus unterschiedlichen Perspektiven – alle ein und denselben Gegenstand abbilden! Das ist geradezu eine Aufforderung, auf einen monoperspektivischen Reduktionismus zugunsten eines Wissenschaftspluralismus zu verzichten. Dies bedeutet freilich keinen Freibrief für eine Gesichtspunktbeliebigkeit und auch nicht für eine unbegrenzte Vervielfältigung von Sichtweisen. Denn der Begriff der Perspektivität weist neben seiner Subjektbezogenheit ja gerade auf einen Objektpol hin, an dem der Realitätsbezug einer Sichtweise zu überprüfen, ihr Wirklichkeitscharakter auszuhandeln ist [18; 21; 22].

Was wir – sowohl im lebensweltlichen wie im erfahrungswissenschaftlichen Sinn – als „Wirklichkeit“ bezeichnen, das gilt auch für die Diagnose: Sie ist keineswegs etwas der äußeren Anschauung schon Mitgeliefertes, sondern etwas unserem Erkennen Aufgegebenes. Wir sind insofern Mitwirkende an der Verwirklichung dessen, was wir die Wirklichkeit nennen.

Wie in Abb. 4 verdeutlicht, handelt es sich schon beim Diagnostizieren nicht um das Auffinden eines versteckten Petrifakts, nicht um das schiere Konstatieren eines fertig Gegebenen, sondern um das Ergebnis unserer aktiven Mitwirkung beim Zustandekommen des Deutungs- und Bedeutungszusammenhangs eines Krankheitsgeschehens. Das aber ist durchaus davon abhängig, für welche Perspektive wir uns hier entscheiden: Ein Kranker erscheint in einem unterschiedlichen Deutungszusammenhang, ein pathologischer Sachverhalt verhält sich unterschiedlich, je nachdem, aus welcher Perspektive, aus welcher Fragerichtung und unter welcher Wissenschaftskonzeption wir ihm begegnen. Und noch eines macht Abb. 4 deutlich: Unterschiedliche Denkansätze führen nicht nur zu unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen, sondern darüber hinaus zur Anwendung unterschiedlicher Therapieprinzipien. Um schon hier der Entstehung von Missverständnissen vorzubeugen: Im Rahmen des Anliegens, Beiträge für eine rationale Pluralität von Denk- und Praxisansätzen in der Medizin

Determination/Pathogenese

Heimsuchung

- äußere materielle und psychosoziale Einflüsse
- Viktimisierung
- Heteronome Abläufe

Therapie als Beseitigung

Entgleisung

- lokalisierbarer Defekt/ regulatorische Fehlleistung
- Re-stituierung

Therapie als Korrektur

Eigengesetzlichkeit/Salutogenese

Behauptungsreaktion

- umfassende, gelingende oder misslingende biologische/ psychologische Selbstbehauptung

Therapie als Dialog

Krise

- Zugewinn durch Entwicklung, Reifung, Zu-Kommen von Neuem

Therapie als Begleitung

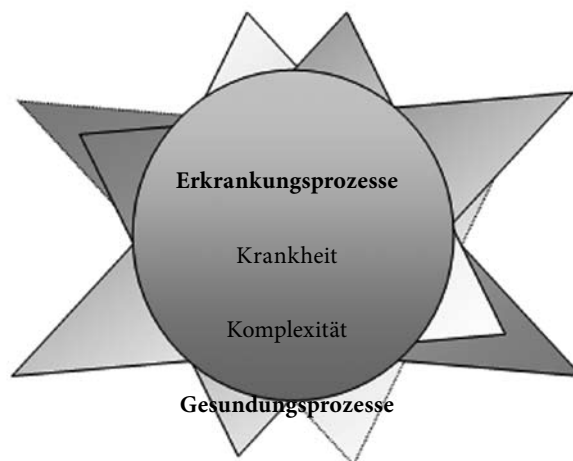


Abb. 4: Unterschiedliche paradigmatische Betrachtungsweisen in der Medizin.

Links: zwei Perspektiven, für die das Paradigma der Determination und auch das der Pathogenese leitend sind.

Rechts: zwei Perspektiven vor dem Hintergrund der Eigengesetzlichkeit bzw. der Autonomie des Individuums und auch der Salutogenese.

Unterschiedliche Perspektiven führen zu unterschiedlichen Vorstellungen der Verursachung von Krankheitsvorgängen und damit konsequenterweise zu unterschiedlichen Therapieoptionen.

zu erarbeiten, geht es nicht um die Artikulierung von althergebrachten Parteilichkeiten in dem Sinne, dass die eine Perspektive gut, die andere schlecht sei. Alle in Abb. 4 dargestellten Paradigmen haben ihre Berechtigung, aber eben jeweils nur eine Teil-Berechtigung. Es ist dann Aufgabe des Arztes, ein Urteil darüber zu fällen, welcher Ansatz in einer konkreten Krankheitssituation der je angemessene und Erfolg versprechende ist. Insofern geht es hier auch nicht um einen „Paradigmenwechsel“, wie dies gerne schlagwortartig formuliert wird, sondern um die Frage nach einer vernünftigen, den Perspektivitätsgedanken implizierenden Koexistenz von Paradigmen.

Natürlich hat das Paradigma der Heimsuchung (mit dem daraus abgeleiteten Therapieprinzip der Vertreibung (pathogener Noxen) seine (Teil-)Berechtigung. Das Problem ist nur, dass dieser Denk- und (Be-)Handlungsansatz auch dort zum Einsatz kommt, wo aus einer anderen Perspektive das Krankheitsgeschehen als eine aktive und eigengesetzliche Leistung des menschlichen Individuums bzw. Organismus erscheint. Bei einem einseitigen Festhalten an der Sichtweise Heimsuchung gibt es am Ende nur noch „äußere

Feinde wie böse Geister, Miasmen, Gifte, Bazillen, Zivilisationseinflüsse, autoritäre Eltern oder repressive soziale Verhältnisse“ [2], die als Krankheitsursache herhalten müssen und therapeutisch wie präventiv mit maximalen Mitteln im Sinne einer „Vertreibung“ bekämpft werden. Erkrankten und gesunden als ein passives, durch gegensinnige Kausalketten von außen erzwungenes krank und gesund Gemachtwerden. Ähnliches gilt für den ätiopathogenetischen Denkansatz der Entgleisung – und seiner logischen Konsequenz: Einer Therapie im Sinne der Korrektur. Auch er hat seine Teilberechtigung, dann nämlich, wenn therapeutisch stimulierbare autosalutogenetische Ressourcen nicht mehr wirksam sind. Stellen sich Krankheitssymptome aus Sicht der vorangehend genannten determinationsorientierten Paradigmen (Abb. 4, links) als Funktionsdefizite normabweichender Kausalabläufe dar, so erschließen sie sich einer Sichtweise, die nach der relativ autonomen Eigengesetzlichkeit organischer Ganzheiten Ausschau hält, als aktive, gelingend oder misslingend auf Selbsterhaltung und/oder Selbstheilung zielende Funktionsäußerungen. Das daraus resultierende Therapieprinzip ist dann eher dasjenige eines Dialoges,

Diagnostik

Determination/Pathogenese	Eigengesetzlichkeit/Salutogenese
Fokussiert auf krankmachende Determinanten und deren Eliminier-/Umkehrbarkeit	Fokussiert auf autoprotektive und salutogenetische Potenzen
Krankheit als passive Funktionsstörung	Krankheit als veränderte Gesamtleistung
Krankheitssymptome als Funktionsdefizite: „Woher resultieren die Symptome?“	Krankheit als aktive Funktionsäußerungen: „Worauf zielen die Symptome?“
Spontanremissionen begründungspflichtig	Ausbleibende Spontanremissionen begründungspflichtig
Erkranken und Gesunden als Ursache-Wirkungs-Beziehung	Erkranken und Gesunden als Reiz-Reaktions-Beziehung
Gesundheit und Krankheit als Dichotomie	Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum
Klassifizierende Diagnostik, Krankheitsmechanismen und Verläufe	Individualisierende Diagnostik, Kranken- und Lebensgeschichte
Registrierendes Beobachten	Partizipatives Anerkennen

Abb. 5: Unterschiedliche Aufmerksamkeitsfokussierung in der Diagnostik im Kontext unterschiedlicher Paradigmen

nicht nur auf verbaler, sondern auch auf somatischer Ebene mit der Symptomensprache des menschlichen Organismus[8; 19; 21; 23], wie dies in Abb. 4 rechts oben skizziert ist.

Die Fähigkeit, aus eigener Kraft trotz ubiquitär vorhandener potentiell pathogener Einflüsse dennoch gesund zu bleiben und im Falle einer Erkrankung auch aus eigener Kraft wieder gesund zu werden, setzt auf verschiedenen Ebenen eine graduell unterschiedliche Autonomie voraus, die sich auf leiblicher und seelischer Ebene als Eigengesetzlichkeit bekundet und auf einer personal-geistigen Ebene als Autonomie im Sinne der Befähigung zu autonomer Lebenspraxis und (Selbst-) Verantwortung. Als Ergebnis dieser relativen Autonomie erweisen sich viele Einflüsse, die gemeinhin als „Ursachen“ gedeutet werden, nicht als Ursachen im strengen Sinne, mit einer Isomorphie zwischen Ursache und Wirkung, sondern als Bedingungen, auf die der Organismus eigengesetzlich und eigenaktiv antwortet. Diese eigenaktiven Leistungen der Gesunderhaltung und des spontanen Wiedergesundwerdens, die Antonovsky (wieder-)entdeckt hat und als Salutogenese be-

zeichnet hat, erfordern von Arzt und Therapeut die thematische Verfolgung der Frage, ob überhaupt, und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt eine therapeutische Intervention indiziert ist. Zu einer (auto-)salutogenetischen Leistungen berücksichtigenden Medizin gehört insofern auch die differenzierte Beachtung chronobiologischer Gesichtspunkte. Im Rahmen der Individuierung des organischen Geschehens erfährt auch die Zeit eine Autonomisierung: Gesundungs- und Erkrankungsprozesse haben ihre eigene „Zeitgestalt“, die es im Rahmen der diagnostisch-therapeutischen Betreuung eines Patienten zu berücksichtigen gilt. In dieser Hinsicht hat in der Vergangenheit die Dominanz einer einseitig pathogenetischen Denkweise dazu geführt, auch dort zu intervenieren, wo ein aufmerksames Abwarten und Begleiten einschließlich des durch ein Gewährwerden autoprotektiver oder spontan remissiver Prozesse begründeten Verzichts auf eine Intervention – nicht nur die angemessenere, weil physiologischere, sondern auch die kostengünstigere Alternative wäre. Sowohl spontane als auch therapeutisch angestoßene salutogenetische Reaktionen zeigen, dass dies durch die chronomedizinisch ausgerichtete Hygiogenese for-

Therapie

Determination/Pathogenese	Eigengesetzlichkeit/Salutogenese
Fokussiert auf Krankheits(symptom)-Beseitigungsstrategien	Fokussiert auf Unterstützung/Stimulation autoprotektiver und (auto-) salutogener Potenziale
Wirksam durch Korrektur krankhafter Veränderungen Passive Rolle des Patienten	Wirksam durch aktiv-richtunggebende Beteiligung des Organismus Aktive Rolle des Patienten
Zielt auf Direktwirkung Sekundäre Wirkung als unerwünschter Effekt	Zielt auf Sekundärwirkung Ggf. initiale Symptomverstärkung
Pathologische Physiologie/ Psychologie als Orientierungsrahmen	Therapeutische Physiologie/ Psychologie als Orientierungsrahmen
Beherrschbarmachende Praxis Intervention(ismus) Paternalismus/Fürsorge	Partnerschaftlich-aner kennende Praxis Befähigendes Begleiten Stärkung von Selbsthilfe
Indiziert, wo therapeutischer Appell an Selbstordnungsleistung nicht (mehr) Möglich	Indiziert, wo Selbstheilungsleistungen potenziell (noch) stimulierbar
Den Ertrinkenden retten	Zum Schwimmen befähigen

Abb. 6: Kontrastierung unterschiedlicher Therapieprinzipien im Kontext unterschiedlicher Paradigmen

sung vergleichsweise gut belegt, ihren je eigenen Zeitbedarf. Dessen Missachtung im Zuge vordergründiger, an raschestmöglicher Krankheits(symptom)-Beseitigung orientierter therapeutischer Praxis steht aber in der Gefahr, zwar die akute Symptomatik zu „normalisieren“, dadurch aber zugleich eine „Ausheilung“ zu erschweren oder zu verhindern und damit einer Chronifizierung des Krankheitsverlaufs Vorschub zu leisten. Damit drängt sich die Frage auf, inwieweit die stete Zunahme chronischer Krankheitszustände weniger etwas schicksalsergeben Hinzunehmendes ist als vielmehr etwas durch unseren Medizinbetrieb mit Hervorgebrachtes. Salutogenese hat auch in zeitlicher Hinsicht ihre Eigengesetzlichkeit [22].

Erst die Fähigkeit, ein und dieselbe Erscheinung aus unterschiedlichen Perspektiven verfolgen zu können, versetzt den Arzt in die Lage, in einer konkreten Situation ein eigenes Urteil über die je angemessene Sichtweise und die ihr entspringende Handlungsoption zu treffen.

Dort, wo eine Erkrankung nicht nur als normabweichender biologischer Vorgang interpretiert wird, sondern darüber hinaus auch das vom Patienten erlebte und gelebte Krank-Sein verfolgt wird, erschließt sich als eine weitere Perspektive diejenige in Abb. 4 rechts unten. Über die bisher skizzierten Aspekte hinausweisend zeigt sich hier, dass beim Durchmachen und der Überwindung einer Krankheit nicht nur der Bios der Biologie, sondern darüber hi-

naus auch derjenige der Biografie eines jeden Menschen beteiligt ist. In dieser Hinsicht imponiert eine Erkrankung als biographisch-existenzielle Krise. In methodischer Hinsicht erfordert dies, das Krankheitsgeschehen in die Krankengeschichte und sodann in die Lebensgeschichte eines Menschen einzubetten. Es zeigt sich dann, dass eine Erkrankung zu einem biographischen Einbruch führt, dass damit zugleich aber auch ein biographischer Aufbruch verbunden sein kann. Verfolgt man das Erkrankungs- und Gesundungsgeschehen vor dem Hintergrund dieses Paradigmas, dann zeigt sich im Rückblick nicht selten zweierlei: Dass nämlich der prämorbid Lebensabschnitt zwar durch eine vordergründige „Normalität“ gekennzeichnet sein kann, aber nicht eigentlich durch Gesundheit; der Betroffene hat zwar, wie rückblickend deutlich wird, vor Ausbruch der Erkrankung noch „funktioniert“, aber auch nicht mehr. Zudem kann sich zeigen, dass Gesundwerden durchaus nicht das Auftreten eines status quo ante bedeutet. Was aus dem Durchmachen einer und der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung als Ergebnis hervorgeht, ist nicht die alte, sondern eine neue Gesundheit. Verfolgt man unter diesem Aspekt Krankheitsverläufe im biographischen Kontext, so erscheint das Krankheitsereignis rückblickend oftmals nicht nur als Einbruch, sondern zugleich auch als lebensgeschichtlicher Aufbruch, als Nadelöhr zu einer höheren Gesundheit, die ohne das Durchmachen der jeweiligen Erkrankung nicht ohne weiteres möglich gewesen wäre. Die Termini Rekonvaleszenz und Restitution fördern mit ihrem Präfix „Re“ leicht das Missverständnis der Wiederherstellung

Gefahren der Vereinseitigung

Determination/Pathogenese	Eigengesetzlichkeit/Salutogenese
Verkennung salutogener Potenziale/Prozesse im Krankheitsgeschehen	Verkennung des pathogenen Potenzials misslingender Gesundungsprozesse
Vorschnelle Bekämpfung von Krankheitssymptomen	Vorschnelle Verbündung mit Krankheitssymptomen
Unterforderung organismus-/ individuumeigener Ressourcen	Überforderung organismus-/individuumeigener Ressourcen
Viktimisierung des Patienten/Bürgers durch zu geringe Autonomiezuschreibung	Schuldzuweisung an Patienten/Bürger durch zu hohe Autonomiezuschreibung
Pathogener Interventionismus	Unterlassung notwendiger Hilfestellung
Wirklichkeitsferner Reduktionismus	Unkritischer Holismus

Abb. 7: Eine einseitige, monoparadigmatische Sichtweise kann dazu führen, gewichtige Merkmale eines Problembereichs zu übersehen bzw. schlicht zu verkennen.

eines früheren Zustands und verlegen so den Blick dafür, dass es sich bei der Genesung um die Genesis einer neuen Gesundheit handelt [6].

Die nachfolgenden Abbildungen (5–9) kontrastieren zwei Paradigmen miteinander, nämlich den gegenwärtig vorherrschenden Denkansatz der Determination, der eng mit der Frage nach der Pathogenese verknüpft ist, und den Denkansatz der Autonomie des Individuums bzw. der Eigengesetzlichkeit des Organismus, der eng mit dem Konzept der Salutogenese verschwistert ist. Die Darstellungen sind so gehalten, dass sie weitgehend für sich selbst sprechen und keiner darüber hinausgehenden Kommentierung bedürfen. Wie unschwer zu erkennen ist, findet sich das Paradigma der Determination und der Pathogenese vorrangig in der Mainstream-Medizin beheimatet, während das Paradigma der Eigengesetzlichkeit und der Salutogenese schwerpunkthaft

verschiedenen komplementärmedizinischen Ansätzen zugrunde liegt. Aber dies gilt keineswegs durchgehend, und zudem gilt auch hier: Beiden Paradigmen kommt eine Teilberechtigung zu, entscheidend ist die Herausarbeitung valider differential-indikatorischer Kriterien dafür, wann im konkreten Fall ein Handeln nach dem einen und wann nach dem anderen Paradigma indiziert ist. Freilich handelt es sich beim Determinations-Paradigma um einen etablierten und dementsprechend gut elaborierten Ansatz, während der Denkansatz, der Therapie als Förderung bzw. Stimulation individuumeigener Selbstheilungsressourcen begreift, im etablierten Wissenschaftsbetrieb eher marginal repräsentiert ist. Um zu verdeutlichen, wie sehr die Vertreter unterschiedlicher Paradigmen dann, wenn sie unter Wissenschaftlichkeit ein Gelöbnis zur Standpunktinvarianz verstehen, aneinander vorbeireden können, seien einige Problempunkte herausgegriffen (s. Abb. 5 und Abb. 6).

Patho-/Salutologie der Determination-Autonomie-Relationals Indikationsgrundlage von Wirkprinzipien

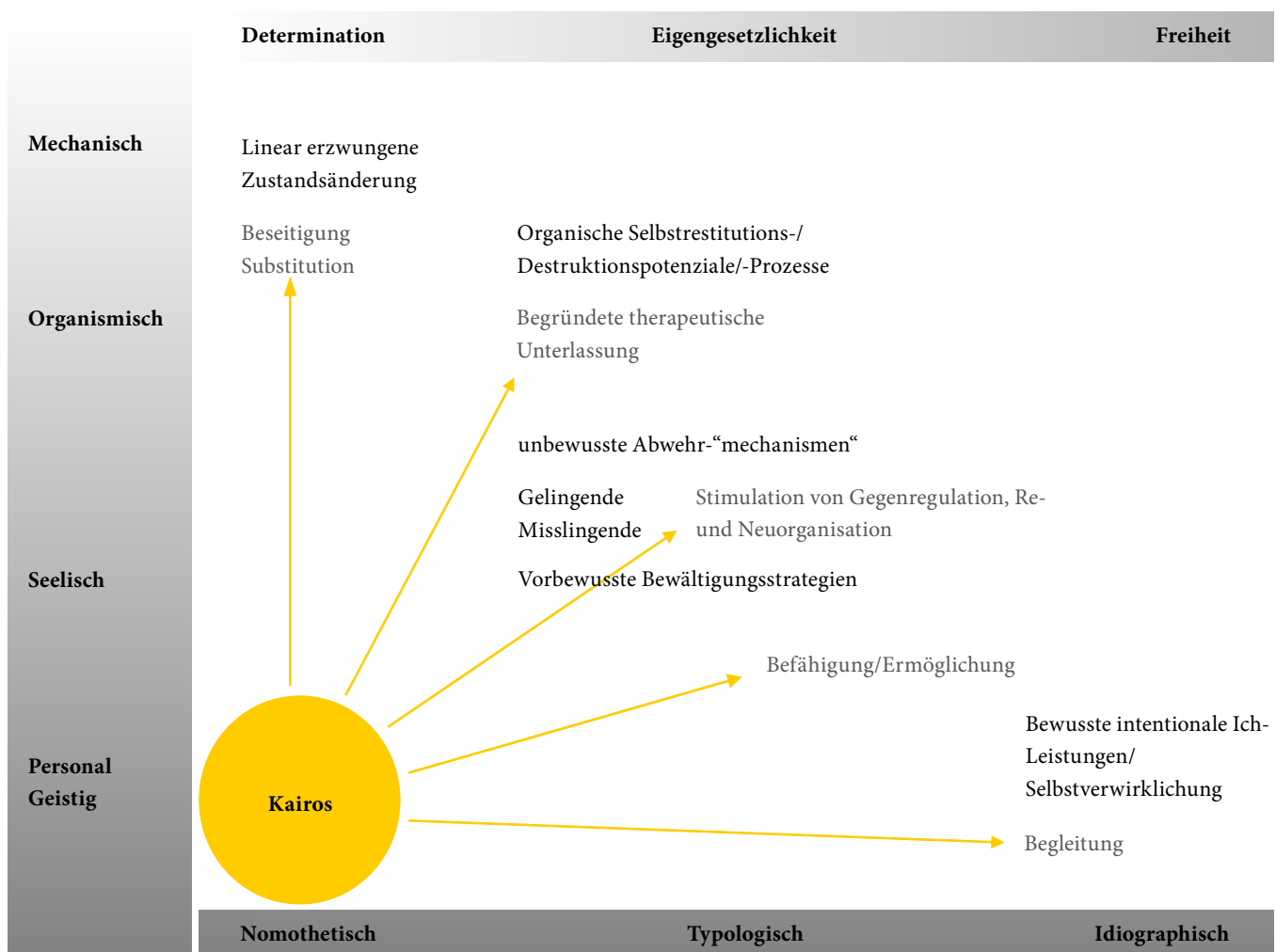


Abb. 8

In der klassischen Pharmakotherapie (Abb. 6) ist das Ziel eine reizarme Direktwirkung. Sekundäreffekte, die der Organismus bei genauerem Hinsehen und hinreichend langer Beobachtungszeit immer hervorbringt, imponieren bei dieser Sichtweise als unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Aus Sicht des Eigengesetzlichkeits-Paradigmas ist dies genau umgekehrt: Das therapeutische Ziel ist hier der vom Organismus hervorgebrachte Sekundäreffekt; eine unter Therapie auftretende Zunahme der Krankheitssymptome wird dabei in Kauf genommen.

„Den Ertrinkenden retten“ ist gewiss ein wichtiges Therapieprinzip. Das Problem ist hier eher, dass dieses Prinzip im Rahmen unserer gegenwärtigen „Hochleistungsmedizin“ auch dort zum Einsatz kommt, wo es der Sache nach darum geht, den Hilfsbedürftigen das Schwimmen beizubringen (s. Abb. 6).

In Abbildung 8 finden sich unterschiedliche therapeutische Wirkprinzipien nach Maßgabe der in einer Krankheitssituation je existierenden Determination-Autonomie-Relation geordnet. Wie

ersichtlich, lässt sich daraus ein Ordnungsrahmen für differentialtherapeutische Indikationsstellungen ableiten. Dabei zeigt sich, dass die unterschiedlichen Grade an Un-/Freiheit in einem proportionalen Verhältnis zu den einzelnen ontologischen Schichten der menschlichen Existenz stehen. Was sich zudem zeigt, hier jedoch nicht im Einzelnen ausgeführt werden soll, ist der Umstand, dass unterschiedliche Determinations-Autonomie-Relationen unterschiedliche Methoden der Erkenntnisgewinnung nahelegen.

Auch das Gesundheitswesen kann als systemische Ganzheit, als ein sozialer Organismus aufgefasst werden. Die Dominanz eines determinationsorientierten Denkansatzes hat zu einem Umgang und zu einer Ausformung des Gesundheitswesens geführt, wie es sich in Abb. 8 in der linken Spalte darstellt. Das Gedeihen eines partizipativen, bürgerorientierten, salutogeneseorientierten Gesundheitswesens erfordert aber ein Denken, das die Eigengesetzlichkeit, die Autonomie nicht nur der einzelnen Akteure, sondern des Gesundheitswesens als Ganzes nicht nur erkennt, sondern sodann auch anerkennt. Da gilt es z. B., den bisherigen unilater-

Gesundheitswesen

Determination/Pathogenese	Eigengesetzlichkeit/Salutogenese
Vormundschaftliches, expertendominiertes Gesundheitswesen	Partizipatives, bürgerorientiertes Gesundheitswesen
Unidirektionales Informationswesen	Bidirektionales Informationswesen
Ausweitung und Spezialisierung professioneller Leistungsangebote	Entmythologisierung der professionellen Leistungsangebote der Medizin
„Jeder Bürger braucht Gesundheitsleistungen“	“Soweit als möglich sein eigener Arzt sein“
Rastloser, sozialtechnologischer Interventionismus an einem unter Überregulierung kränkelnden Gesundheitswesen	Schaffung von Deregulierung ermöglichenden Rahmenbedingungen für die Entfaltung gesundheitssystem-immanenter salutogener Potenziale
Vermarktung von Gesundheitsprodukten/ Leistungen	Ökonomie/Honorierung als Ermöglichung von Gesundheitsleistungen
Kontrolle	Vertrauen

Abb. 9: Anwendung des determinationsorientierten und des eigengesetzlichkeitsorientierten Paradigmas auf das Gesundheitswesen als ein Ganzes. Auch hier zeigt sich, dass unterschiedliche Denkansätze mit unterschiedlichen Handlungsfunktionen einhergehen.

len Informationsfluss vom Gesundheitsexperten zum Bürger um ein bidirektionales Informationswesen, bei dem auch die Erfahrungen des Bürgers ernst genommen und entsprechend publik gemacht werden, zu erweitern. Der Bürger ist zwar kein Experte auf dem Feld der Krankheiten, wohl aber verfügt er über eine umfangreiche Expertise auf der Ebene des gelebten und erlebten Krankseins. Wie sich ein Bürger gesund gehalten hat, bei welchen gesundheitlichen Problemen er sich selbst geholfen hat, bei welchen Gesundheitsproblemen er auf professionelle Hilfe angewiesen war, welche Therapieverfahren ihm geholfen haben, welche Einrichtungen für ihn hilfreich waren und welche nicht usw., alle diese Informationen sollten, so meine ich, Bestandteil eines bidirektionalen Informationsflusses in unserem Gesundheits-bezogenen Gemeinwesen sein.

Der Satz: "Jeder Bürger braucht Gesundheitsleistungen" (Abb. 8, linke Spalte), wurde im Zuge des Aufkommens des Salutogenese-Ansatzes von Antonovsky [25] von einer Gruppe von Ärzten in guter Absicht geprägt und auch publiziert. Er entspringt indessen einem grundlegenden Missverständnis. Gerade die (Wieder-) Entdeckung der Salutogenese durch Antonovsky ist geeignet, uns daran zu erinnern, dass wir als Arzt zwar gewichtige Helfer beim Gesundbleiben und beim Gesundwerden sein können, dass der eigentliche Leistungsträger jedoch der sich gesund erhaltende Bürger bzw. der genesende Patient ist [6; 8; 19; 22].

Was die wirtschaftliche Seite des Gesundheitswesens betrifft, so erweist sich die gegenwärtige Tendenz einer ungebremsten Merkantilisierung aller medizinischen Leistungen als Folge eines einseitig auf heteronome Verfügbarmachung orientierten Denkens mit dem Ziel, diese Leistungen zu ökonomischen Größen und damit vermarktungsfähig zu machen. Empathische Anteilnahme, diagnostische Treffsicherheit und therapeutische Phantasie aber sind keine ökonomisierbaren Größen. Aus der Perspektive der Eigengesetzlichkeit angesehen erweisen sich die legitimen Begriffe der Ökonomie nicht ohne weiteres extrapolierbar auf die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen. Vielmehr kommt der Wirtschaft als Ganzes hier die Aufgabe zu, das Gesundheitswesen als einen Teil unseres Kulturlebens materiell zu ermöglichen.

Grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis zwischen Medizin und Ökonomie sowie meine über 20-jährige Tätigkeit als Leitender Arzt an einem Krankenhaus, bei dem auch die Leitenden Ärzte ein Gehalt nicht als monetäres Äquivalent ihrer ärztlichen Tätigkeit beziehen, sondern als Ermöglichung ihrer aus der Begegnung mit dem Kranken motivierten ärztlichen Tätigkeit, bestärken mich in meiner Suche nach ärztlichen Honorierungsformen, die eine an den Bedürfnissen des aktuellen oder potentiellen Patienten sich orientierende Praxis ermöglichen.

Nomothetik	Kasuistik	Idiographik
	Als Ausgangsort für	
Generalisierende Forschung		Radikal-idiographische Forschung
Allgemeine Regeln, Evidence based Medicine	Typologien Phänomenologie	Einzigkeit, Narrative based Medicine
	Im Spannungsfeld zwischen	
Biometrischem Erklären		Hermeneutischem Verstehen
Ahistorisch-iterative, apersonal-wertneutrale Abläufe	Ärztlicher Übersetzungsauftrag	Historisch-unwiederholbare, personal-wertende Ereignisse
p-Werte	Personen	Persönlichkeiten

Abb. 10: Unterschiedliche Strategien der Erkenntnisgewinnung in der Medizin. Dabei ist zu beachten, dass Kasuistik nicht vorgefundene Singularität beschreibt, sondern Krankheits- und Krankheitsverlaufs-Typologien herausarbeitet, also ein Allgemeines im besonderen Fall. Darauf beruht die potenzielle Verallgemeinerungsfähigkeit einer jeden guten Kasuistik.

Zuletzt noch eine Gegenüberstellung unterschiedlicher Paradigmen zur Methodik medizinischer Erkenntnisgewinnung (Abb. 10). Ausgangspunkt aller medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis ist der Einzelfall; und der Endpunkt ärztlichen Handelns ist wiederum der einzelne Fall. Vom Fall aus, von kasuistischer Forschung also geht nomothetisch ausgerichtete Forschung ihren Weg zur Suche nach allgemeinen Regeln. Es ist dies der gegenwärtig nahezu monopolisierte Weg bei der Evaluation der therapeutischen Wirksamkeit eines diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens. Er ist eng verknüpft mit dem, was heute als Evidence based Medicine (EbM) in aller Munde ist. Ein anderer Forschungsansatz, der ebenfalls vom Einzelfall seinen Ausgang nimmt, ist die idiographische Forschung mit dem Ziel, EbM durch eine Narrative based Medicine zu ergänzen [26; 28], mit deren Hilfe entweder das Einzelfallverständnis durch Herausarbeitung von Typologien vertieft wird, oder aber – wenn Idiographik radikal getrieben wird – Individuelles im Sinne von Einzigartigkeit charakterisiert und damit – da ja Einzigartigkeit mit wissenschaftlichen Methoden nicht fassbar ist – das wissenschaftliche Terrain zu Gunsten – wiewohl in sich kongruenter – künstlerischer Beschreibungen verlässt.

Gerade das Vorgehen, den Krankheitsprozess eines Patienten nicht nur als Fall für sich, sondern als Fall einer allgemein-nosologischen Gesetz- bzw. Regelmäßigkeit zu begreifen, macht einen wesentlichen Teil ärztlicher Professionalität aus. Und gerade darauf beruht ja das – freilich stets mit Vorsicht zu verfolgende – Generalisierungspotenzial einer jeden guten Kasuistik. Der Einzelfall charakterisiert sich so durch seine Janusgesichtigkeit: In der Herausarbeitung von Typologien wird er zum Sprungbrett für generalisierende Forschung, zugleich ist er aber auch Ausgangspunkt für ein idiographisches Vorgehen, das über die (biologische wie psychologische) Eigengesetzlichkeit von Krankheitsverläufen hinaus nach der geschichtlichen Dimension des Menschen in Gesundheit und Krankheit fragt, worunter sich der Blick auf die Krankheits„Geschichte“ um denjenigen auf die Krankengeschichte und darüber hinaus auf die Lebensgeschichte eines Menschen erweitert. Ein solches Vorgehen scheint insbesondere dort unverzichtbar, wo es darum geht, im Zuge der Wiederentdeckung des Phänomens Salutogenese ein einseitig pathogenetisch orientiertes Denken um einen diagnostischen Blick zu erweitern, der Gesundbleiben als eine aktive Leistung begreift und versucht, im Krankheitsgeschehen ein bereits vorhandenes oder zu stimulierendes Gesundheitspotential zu erkennen und für die Therapie fruchtbar zu machen.

Insofern also der Patient nie nur ein biomedizinisch zugängliches Objekt ist, sondern stets auch ein geschichtliches Subjekt, kann kaum ernsthaft das Erfordernis in Frage gestellt werden, einer zählenden eine erzählende Medizin an die Seite zu stellen bzw. die Schiefelage einer einseitig biowissenschaftlich ausgerichteten Medizin durch ergänzende In-Dienst-Stellung hermeneutischer Erkenntnis- und Verstehensansätze auszutariieren.

Beide Aspekte, der biomedizinisch-nomothetische und der idiographisch-narrativ-hermeneutische lassen sich in der Praxis nicht getrennt voneinander verfolgen; sie sind unaufhebbar aufeinander bezogen. Und im Zueinander-In-Beziehung-Setzen, im wechselseitigen Übersetzen der patientenseitigen Perspektive des erlebten und gelebten Erkrankens und Gesundens zur eigenen, durch Wissenschaft und professionelle Kompetenz gestützten Perspektive besteht ja im Besonderen der ärztliche Auftrag und die ärztliche Leistung. Die gute Kasuistik scheint mir ein unverzichtbares Instrument und auch ein wieder zu entdeckendes Werkzeug zu sein, den Patienten in seiner Verflechtung von regelhaften und individuellen, austauschbaren und unaustauschbaren, biologischen und biographischen, ahistorischen und geschichtlichen Kategorien differenziert in den Blick zu nehmen [6; 28].

Was sich als Aufgabe stellt, ist die Überwindung obsoleter Grabenkämpfe zwischen Mainstream- und Komplementärmedizin und die Weiterentwicklung eines derzeit noch willkürlich und irrational erscheinenden medizinischen Pluralismus hin zu einer nachvollziehbaren, begründbaren Pluralität sich ergänzender Richtungen und Ansätze innerhalb der Medizin als einem sinnvollen Ganzen. Dieses in sich differenzierte Ganze wird seiner Zielrichtung im Sinne einer Individualmedizin um so gerechter werden, je besser es ihr gelingt, den Menschen in Gesundheit, Krankheit und Heilung als vielschichtige, geistig-seelische wie leiblich-materielle Individualität zu begreifen, die in lebensgeschichtlicher Einmaligkeit um Gesundheit und Höherentwicklung ringt.

Dass ein gedankengetragener, gleichwohl undogmatischer Blick auf die im Menschen in Gesundheit und Krankheit erkennbaren salutogenetischen Potentiale zu einer gewichtigen Blickfelderweiterung führen kann, mögen abschließend zwei Zitate verdeutlichen, mit denen Goethe in „Dichtung und Wahrheit“ rückblickend seinen gesundheitlichen Zusammenbruch während seiner anfänglichen Studentenzeit in Leipzig, aber auch seine Erfahrungen an Kranken beschreibt, die er während seines nachfolgenden Jurastudiums in Straßburg in der medizinischen Fakultät gastweise miterlebt hat:

„Ich hatte meinen Organismus derart verhetzt, dass die darin enthaltenen Systeme in eine Art Aufruhr geraten mussten, um das Ganze zu retten“.

„Meine Abscheu gegen die Kranken nahm immer mehr ab, je mehr ich diese Zustände in Begriffe verwandeln lernte, durch welche die Heilung, die Wiederherstellung menschlicher Gestalt und Wesen möglich erschien“. ■

Prof. Dr. med.**Peter F. Matthiessen,**

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Emeritierter Inhaber des Gerhard-Kienle-Stiftungslehrstuhls für Medizintechnik und Komplementärmedizin, ehemaliger Leitender Arzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychiatrischen Abteilung für Jugendliche und junge Erwachsene.

Geboren 25.05.1944 in Calw. 1964 bis 1971 Studium der Medizin an der Philipps-Universität Marburg und der Washington State University St.

Louis, USA. 1971 Medizinisches Staats-examen, 1972 Promotion zum Dr. med. 1973 Approbation als Arzt. 1975 bis 1980 Weiterbildung zum Arzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (PD Dr. G. Kienle) und am Westfälischen Landeskrankenhaus Dortmund-Aplerbeck (Dr. Leonhardt). 1980 bis 1982 Oberarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Philipps-Universität Marburg (Prof. Dr. W. Blankenburg). 1983 Mitbegründung der Privaten Universität Witten/Herdecke.

1983 bis 2003 Leitender Arzt der Psychiatrischen Modellabteilung für Jugendliche und junge Erwachsene sowie von 1998 bis 2003 Leitender Arzt der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Abteilung am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. 1982 bis 1984 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Forschungsprojektes „Die Bedeutung der Arbeit für die Rehabilitation psychiatrisch kranker Jugendlicher“ im Rahmen des BMFT-Projektes „Humanisierung des Arbeitslebens“. 1984 bis 1987 Vorstandsmitglied des Universitätsvereins Witten/Herdecke. 1987 bis 1993 Vorstandsmitglied der Freien Europäischen Akademie der Wissenschaften (FEAW). 1986 bis 1996 Aufbau und Leitung der beiden Forschungsförderprojekte „Unkonventionelle Methoden der Krebsbekämpfung“ (UMK) und „Unkonventionelle medizinische Richtungen“ (UMR) an der Privaten Universität Witten/Herdecke im Auftrag des Bundesforschungsministeriums (BMBF, ehemals BMFT) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). 1992 Habilitation an der Privaten Universität Witten/Herdecke. 1994 bis 1995 Sachverständigenmitglied des Instituts „Arzneimittel in der Krankenversicherung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen („Positivliste“). 1996 Ernennung zum Professor für Medizintechnik, Paradigmenforschung und Komplementärmedizin an der Privaten Universität Witten/Herdecke, 1998 Berufung auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Medizintechnik und Komplementärmedizin an der Privaten Universität Witten/Herdecke. 2002 bis 2009 Inhaber des Gerhard-Kienle-Stiftungslehrstuhls für Medizintechnik und Komplementärmedizin an der Privaten Universität Witten/Herdecke. Seit 2002: Mitglied des „Dialogforum Pluralismus in der Medizin“.

Herausgeber der Schriftenreihe „Perspektiven – Schriften zur Pluralität in der Medizin“ beim Verlag für Akademische Schriften (VAS), Frankfurt. Zahlreiche Veröffentlichungen mit Schwerpunkt Komplementärmedizin, Theoriebildung, Wissenschafts- und Paradigmenpluralismus in der Medizin. Durchführung zahlreicher nationaler und internationaler Workshops und Kongresse. Sachverständigenmitglied in zahlreichen wissenschaftlichen Gremien.

Leiter des Arbeitsbereiches

Methodenpluralität in der Medizin

Private Universität Witten/

Herdecke gGmbH

Gerhard-Kienle-Weg 6

D-58313 Herdecke

Tel.: 02330-62-3935; -38 90

E-Mail: peter.matthiessen@uni-wh.de



Kunst in der Therapie. VAS, Frankfurt/M. 2006

7 Wieland W: Medizin als praktische Wissenschaft - Die Frage nach ihrem Menschenbild; in Girke M., Hoppe H-D, Matthiessen PF, Willich SN (Hrsg.) Medizin und Menschenbild: Das Verständnis des Menschen in Schul- und Komplementärmedizin. Dargestellt vom Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 2006

8 Matthiessen PF: Befund und Befinden und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie. Themen 2, Schwerpunkt Medizin. Universität Witten/Herdecke, 1984

9 Hensel H: Allgemeine Sinnesphysiologie. Hautsinne, Geschmack, Geruch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1966

10 Plessner H: Philosophische Anthropologie. Frankfurt/M. 1970. Fischer

11 Scheurle H-J: Überwindung der Subjekt-Objekt-Spaltung in der Sinneslehre, Stuttgart 1977, Thieme-Copythek

12 Husserl E: Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie, Husserliana, Bd. 3, Haag 1950. Nijhoff

13 Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1965

14 Steiner, R: Gesamtausgabe Bd. 34, Dornach: R-Steiner-Nachlassverwaltung, 1968

15 Blankenburg W: Perspektivität und Wahn; in Blankenburg W (Hrsg.): Wahn und Perspektivität. Stuttgart, Enke, 1991

16 Spinner HF: Pluralismus als Erkenntnismodell, Surkamp, Frankfurt/M. 1974

17 Fleck: Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Surkamp 1980 (Der Text ist identisch mit der Erstausgabe bei Benno Schwabe & Co. von 1935)

18 Th. Kuhn: Die Entstehung des Neuen, Surkamp Frankfurt /M. 1977

19 Matthiessen PF: Der Organismusbegriff und seine Bedeutung für die Onkologie, in: Ders.-Tautz (Hrsg.) Onkologie im Spannungsfeld konventioneller und ganzheitlicher Betrachtung. Theorie in der Erkenntnisbildung in der Onkologie, Reihe Aktuelle Onkologie, Bd. 48, Zugschwert München 1988

20 Matthiessen PF, Rosslenbroich B, Schmidt S, Unkonventionelle medizinische Richtungen. Bestandsaufnahme zur Forschungssituation in: Materialien zur Gesundheitsforschung, Bd. 21, Bonn 1992

21 Matthiessen PF: Perspektivität und Paradigmenpluralismus in der Medizin; in Fuchs B, Kobler-Fumasoli N (Hrsg.): Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin. Münster, Lit, 2002

22 Matthiessen PF: Das Phänomen Komplementärmedizin: Verwilderung oder Bereicherung ärztlichen Handelns? Z med Ethik 2004; 50: 351-363

23 Matthiessen PF: Grundzüge einer salutogenetischen Medizin. www.Hauptstadtkongress.de/2002/Referate/Matthiessen.PDF

24 Kalitzkus V, Wilm S, Matthiessen PF: Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? Z Allg Med 2009; 85, S. 60-66

25 Antonovsky A: Unrevealing the mystery of health: How people manage stress and staywell, San Francisco 1987

26 Greenhalgh, Hurwitz B (Hrsg): Narrative based medicine, Sprechende Medizin. Bern, Huber, 2005

27 Matthiessen PF: Die Therapieentscheidung des Arztes. Z Ärztl. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen 2005; 99: 269-273

28 Matthiessen PF: Ärztliche Praxis und wissenschaftlicher Status der Medizin. ForschKomplementMed; 13:136-139

Literatur

1 Bahrs, O., Matthiessen, P. F. (Hrsg), Gesundheitsfördernde Praxen. Die Chance einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Huber Verlag, Bern, 2007

2 Hensel H: zur Problematik des Wissenschaftsbegriffs in der Medizin; in Büttner G., Hensel H. (Hrsg.): Biologische Medizin, Grundlagen ihrer Wirksamkeit. Heidelberg, Dr. Ewald Fischer, 1977

3 Kienle G.: Die Paradigmen in der Medizin. In: G.A. Neuhaus (Hrsg). Pluralität in der Medizin. Der geistige und methodische Hintergrund. Symposiumsbericht der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V., 24.-26.5.1979 in Titisee. 1980

4 Matthiessen PF: Der diagnostisch-therapeutische Prozesse als Problem der Einzelfallforschung; in Ostemann T, Matthiessen PF (Hrsg): Einzelfallforschung in der Medizin. Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen. Frankfurt, VAS, 2003, pp 31-59

5 Wieland W: Diagnose. Überlegungen zur Medizintechnik. Johannes G. Hoof, Warendorf, 2004

6 Matthiessen PF: Der diagnostisch-therapeutische Prozess im interprofessionellen Dialog. In: P. F. Matthiessen und D. Wohler (Hrsg). Die schöpferische Dimension der