

Interviews mit europäischen Zeitzeugen der Medizin des 20. Jahrhunderts

zum Komplementären in der Medizin -
Denkansätze über die Integration
konventioneller und komplementärer Heilmethoden
im Gesundheitssystem

Zarina Penner

Zarmina Penner

Dr. med., ausgebildete Medizin-Informatikerin,
MBA (Master of Business Administration),
Absolventin des Lehrganges für integrative Gesundheitsförderung zum MAS
(Master of Advanced Studies, college@inter-uni.net, Graz)
langjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen in diversen Rollen,
selbständige Unternehmensberaterin, Trainerin
und Management-Coach.

zpenner@web.de

zarmina.penner.master@inter-uni.net

Geleitwort

Im Gesundheitswesen bündeln sich wie in kaum einem anderen Gebiet medizinische und ethische, ökonomische, technische und soziale Fragen. Dies erklärt, warum es so schwierig ist, notwendige Reformen im Einvernehmen zwischen Schulmedizinern und Vertretern komplementärer Verfahren, zwischen Krankenkassen, Industrie und Verbrauchern umzusetzen. Der unmittelbar betroffene Verbraucher ist im Ernstfall der Patient, der hautnah und ganz persönlich von Krankheit betroffen ist und der nach Hilfe und Heilung verlangt.

In diesem Parallelogramm der Kräfte und Interessen scheint ein goldener Mittelweg kaum möglich. Nach der Lektüre der vorliegenden Ausarbeitung habe ich die Hoffnung, dass es ihn gibt: den Weg zu einem Gesundheitssystem, das alle Beteiligten nicht als ein Null-Summen-Spiel begreifen, sondern als ein Gebiet, auf dem alle gewinnen können und müssen.

Die Herangehensweise von Frau Dr. Penner ist originell und zukunftsweisend. Sie stellt den Menschen und nicht den Markt für Medizin und Medizintechnik in den Mittelpunkt. Sie arbeitet überzeugend heraus, warum sich mit einem gezielten Einsatz der komplementären Verfahren als zusätzlich ergänzende (additive) Medizin in der Hand des Arztes mehrere Ziele zugleich erreichen lassen:

- sanfte und nebenwirkungsarme Behandlung,
- Linderung und Beseitigung chronischer Leiden, denen mit schulmedizinischen Verfahren nicht beizukommen ist bzw. deren medikamentöse Dauerbehandlung den Patienten gesundheitlich belastet,
- Optimierung der Individualtherapie,
- aktive Einbindung des Patienten in die Vorbeugung (z.B. Ernährung).

Diese Verbesserungen für den Patienten und die dazu notwendige Reorganisation des Gesundheitswesens sind in der jetzigen Konstellation der am Gesundheitssystem Mitwirkenden offenbar nicht realisierbar. Daher benötigen wir nationale Institutionen, um ein System zu entwickeln, in dem die Integration von zusätzlichen, nicht schulmedizinisch anerkannten Verfahren, also additiven Verfahren, machbar und darstellbar werden. Dies ist eine primär politische Aufgabe, die eine klare Zielsetzung verlangt: den gesunden Menschen.

Auch hierfür liefert Frau Dr. Penner mit Ihrer systemischen Betrachtung eine gute und diskussionswürdige Basis.

Ich bin sicher, dass die Ausarbeitung von Frau Dr. Penner viele Diskussionsanstöße geben wird. Deshalb sollte Sie von vielen Interessierten und Betroffenen aus der Fachwelt, aber auch weit darüber hinaus, gelesen werden. Denn Gesundheit und damit auch das Gesundheitswesen geht uns alle an.

Dr. rer. pol. Peter J. Kracht

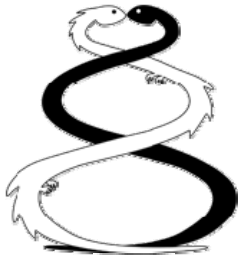
Unternehmensberater und Strategy Consultant im Gesundheitswesen

pjkracht@aol.com

Im Mai 2004

ZUSAMMENFASSUNG.....	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
EINLEITUNG	7
METHODIK.....	8
Literaturrecherche	8
Interviews.....	8
ERGEBNISSE	9
Literatur	9
Medizin und ihre Erklärungstheorien.....	9
Der Einfluss des Krieges	11
Abwanderung des Wissens im Krieg und in der Nachkriegszeit	11
Denk-Traditionen	12
Kulturelle Einflüsse und Gesellschaftssysteme.....	14
Die Spezialisierung der Medizin	15
Wirtschaftliche Einflüsse und Berufspolitik	15
Erfundene Krankheiten.....	15
Interviews.....	17
Interview 1 (30 Minuten, Deutschland, Onkologie und Sportmedizin)	17
Interview 2 (120 Minuten, Deutschland, Zahnmedizin und Lehre)	18
Interview 3 (180 Minuten, Deutschland, Kardiologie und Medizin-Philosophie)	18
Interview 4 (180 Minuten, Deutschland, Interne Medizin und Soziologie)	19
Interview 5 (120 Minuten, Belgien, Praktische Medizin)	20
Interview 6 (90 Minuten, Österreich, Chirurgie und Transplantationsmedizin)	21
Interview 7 (150 Minuten, Österreich, Hämatologie und Ganzheitsmedizin)	22
Interview 8 (40 Minuten, Österreich, Klinische Pharmakologie)	24
Interview 9 (60 Minuten, Die Niederlande, Innere Medizin und Zahnmedizin).....	25
Interview 10 (120 Minuten, Deutschland, Zahnmedizin, Medizin, Gesundheitsförderung).....	27
DISKUSSION	29
Aussagen der Zeitzeugen zum Komplementären in der Medizin	29
Humanwissenschaftliche Sicht.....	29
Systemische Sicht.....	30
Symbolische bzw. symbiotische Sicht	30
Vorgehen an den Grenzen der Schulmedizin	30
Fazit.....	31
Gründe für Auseinandersetzungen an der Schnittstelle zur medizinischen Konvention	31
Der Einfluss der Vergangenheit	31
Der Einfluss der Gegenwart	31
Fazit.....	31
Denkansätze für die Zukunft.....	31
Systemintegration.....	31
Krankheit.....	31
Gesundheit.....	31
Ein neues System	31
Implementierung	31
Fazit.....	31
QUELLENVERZEICHNIS	31

*Wir können unsere gegenwärtigen Probleme nicht
mit demselben Denkansatz lösen,
durch den sie entstanden sind.
Albert Einstein*



www.inter-uni.net > Forschung

**Zum „Komplementären“ in der Alltagsmedizin –
Eine Expertenbefragung von europäischen Zeitzeugen.
Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)**

Zarina Penner, mit Heinz Spranger und P. C. Endler
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2004

Einleitung

Heilmethoden und deren Güte sind oft Gegenstand von Diskussionen und Auseinandersetzungen. Heilmethoden werden üblicherweise in die Kategorien konventionell (sogenannte Schulmedizin) und nicht-konventionell (sogenannte komplementäre und alternative Medizin) eingeteilt.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Meinung von prominenten Zeitzeugen des 20. Jahrhunderts zum Verhältnis von Schul- und Komplementärmedizin, und zwar insbesondere durch den Blick auf das „Komplementäre“ in der von ihnen langjährig praktizierten Alltags-Medizin, zu dokumentieren. Eine Annahme, die zu überprüfen war, lautet dabei, dass es schon immer „komplementäre“ Einflüsse auf die sogenannte Schulmedizin gegeben hat und dass an dieser Schnittstelle fortlaufend eine fruchtbare Auseinandersetzung stattgefunden hat. Darüber hinaus wird in dieser Arbeit nach den Gründen für die Spannungen in der Auseinandersetzung zwischen den Vertretern der konventionellen und nicht-konventionellen Methoden gesucht. Hinter zum Teil emotional geführten Diskussionen verbergen sich möglicherweise wichtige Denkansätze für eine optimierte Medizin.

Methodik

Zunächst wurde anhand einer Literaturrecherche die geschichtliche Entwicklung der westlichen Medizin in den letzten 150 Jahren betrachtet. Ergänzt wurde das Literaturstudium durch semi-strukturierte Interviews mit Zeitzeugen der Medizin. Es wurden 10 MedizinerInnen (9 männlich, 1 weiblich) im Alter von 50-90 Jahren aus Deutschland, Österreich, Belgien und den Niederlanden befragt. Die Interviewdauer betrug zwischen 30 und 180 Minuten.

Ergebnisse und Diskussion

Diese Arbeit zeigt, dass zwar Elemente komplementärer Heilmethoden aufgrund unklarer Begrifflichkeit oft nicht als solche erkannt und benannt werden, dass sie aber zum Alltag eines erfahrenen Heilberufers bzw. Arztes gehören und in der Befragung anekdotisch Erwähnung finden. Zahlreiche Beispiele aus den Interviews belegen, dass konventionelle und nicht-konventionelle Heilmethoden einander seit je ständige Wegbegleiter sind. Zudem zeigt sich, dass der Weg nicht-konventioneller bzw. komplementärer Verfahren oft über eine Phase der Abwehr führt, die durch eine Phase der Auseinandersetzung und schließlich der Akzeptanz und Integration abgelöst wird.

Die Auseinandersetzung um konventionelle und nicht-konventionelle Methoden ist wiederum Symptom eines größeren, über Jahrhunderte gewachsenen Problemkomplexes. Ein Problemkomplex, der im Alltag durch Kommunikationsstörung, Mangel an Verständnis, Lücken in der Zusammenarbeit, Ressourcenknappheit und Kostenexplosion symptomatisch zum Ausdruck kommt. Ursachen dafür sind sowohl im Einfluss der Vergangenheit und als auch im Einfluss der Gegenwart auf die Medizin zu suchen. Der Einfluss der Vergangenheit besteht aus religiösen und kontra-religiös vernunftbetonten Bestrebungen. Der Einfluss der Gegenwart stellt sich vor allem ökonomisch- wirtschaftlich dar und führt zu Sachzwängen, zum systembedingt konditionierten Verhalten. Diese Einflüsse führen, sofern nicht „komplementäre“ Orientierungen eine mehr oder minder offen benannte Rolle spielen, gemeinsam zu einem oft einseitigen Denken und Handeln im medizinischen Alltag. Als Nebenprodukt der vorliegenden Analyse konnten auch weitere konstruktive Denkansätze für ein zukünftiges Gesundheitssystem gewonnen werden.

EINLEITUNG

Heilberuflichkeit wird in Europa üblicherweise in die Kategorien konventionell (sogenannte Schulmedizin) und nicht-konventionell (sogenannte komplementäre und alternative Medizin) eingeteilt. Konventionelle Methoden basieren auf einer systematischen Beweisführung (evidenzbasiert) und auf Ergebnissen, die reproduzierbar sind. Die Wirksamkeit von komplementären Methoden ist nicht derart belegbar. Sie beziehen sich auf einen Konsens zwischen den Ausübenden der jeweiligen Methode (konsensbasiert) oder auf Expertenmeinungen (expertenbasiert). Viele alternative Methoden haben ihren Ursprung in fernöstlichen Denksystemen. Diese Methoden sind ein Teil der dortigen Tradition, Kultur und Philosophie. Die Wirksamkeit gilt dort als erwiesen.

In Europa wird immer wieder eine rege Diskussion über die Güte der konventionellen und nicht-konventionellen Methoden geführt. Während die Schulmediziner im Streitfall sich auf beweisführende Studien beziehen können, beziehen sich die nicht-schulmedizinisch orientierten Heilberufler oft auf Erfahrungswerte. Hierdurch entstehen ein spürbares Machtgefälle und Unmut.

Unter den Schulmedizinern herrscht jedoch auch nicht immer Einigkeit. Beispielsweise gibt es Vertreter, die den Wert der nicht-konventionellen Methoden bei bestimmten Krankheitsformen durchaus anerkennen. Bestünde eine Möglichkeit der Finanzierung, würden sie eine ergänzende nicht-konventionelle Behandlung begrüßen. Was dem Patienten nützt und nicht schadet, sei erlaubt. Auch ist die Qualität der beweisführenden Studien nicht unumstritten. Die Motivation für die Durchführung der Studien wird angezweifelt: Inwieweit spielt die Beziehung der Studienverantwortlichen zur Wirtschaft, Politik und Berufspolitik eine Rolle?

Hinter diesen teils emotional geführten Diskussionen verbergen sich sinnvolle und wertneutrale Denkansätze für eine bessere und integriertere Medizin. Es ist leicht, diese zu übersehen bzw. sie fehl zu deuten. Dies ist umso leichter, je mehr Aspekte wie geschichtliche Gegebenheiten, wirtschaftliche Interessen, Denktheorien, politische und persönliche Ziele in der Auseinandersetzung vermischt werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es zunächst, die Meinung von Zeitzeugen zum Komplementären in der Medizin zu eruieren. Es wird angenommen, dass es schon immer komplementäre Heilmethoden in der Medizin und diesbezügliche Auseinandersetzungen gegeben hat. Gesucht werden auch die Gründe für die Auseinandersetzung zwischen den Vertretern der konventionellen und nicht-konventionellen Methoden.

Das Ergebnis der Analyse soll Klarheit über die Sichtweise der Medizin-Senioren auf die nicht-konventionellen Heilmethoden bzw. auf Komplementäres in der Medizin schaffen und die damit in Zusammenhang stehenden Themen beleuchten. Wertvolle Denkansätze zur Optimierung des europäischen Gesundheitssystems werden ebenfalls erwartet.

Der Lehrgangsinhalt „integrative Gesundheitsförderung“ und dessen didaktische Konzepte (31) bieten den allgemeinen wissenschaftlichen Hintergrund für diese Arbeit und gibt den aktuellen Stand des Wissens auf diesem Gebiet wider. Dies führte letztendlich zu der vorliegenden Fragestellung, die meines Wissens bisher nicht in dieser Form untersucht worden ist.

METHODIK

Für die nähere Untersuchung wurde Literatur zum Thema herangezogen. Unterstützt wurde das Literaturstudium durch Interviews.

Literaturrecherche

Zunächst ergab die Literatur eine Übersicht über die geschichtliche Entwicklung der Medizin in den letzten 100-150 Jahren. Insbesondere von Interesse waren hier die Meilensteine und Wendepunkte des letzten Jahrhunderts, wie z.B. die Kriegsjahre und maßgebliche Erfindungen.

Es wird untersucht, wie sich die Medizin an den westlichen und östlichen Denktraditionen orientiert hat. Äußere Einflüsse, wie kulturelle, wirtschaftliche und gesellschaftliche, wurden in die Betrachtung einbezogen. Dadurch kristallisierten sich Themenkreise heraus, die als Hintergrund für die vorliegende Fragestellung relevant erschienen und zum besseren Verständnis der Materie führten. Dieses wurde dann in die Gesamtbetrachtung einbezogen.

Interviews

Um weitere und individuelle Facetten aufzudecken, wurden semi-strukturierte Interviews mit Zeitzeugen der Medizin, die über einen großen Erfahrungsschatz verfügten, geführt (Anzahl der interviewten Personen = 10; Alter = 50-90 Jahre, aufgerundete Altersangabe). Die für die Untersuchung Interviewten wurden im ersten Schritt von Betreuern der Arbeit empfohlen. Weitere kamen durch Empfehlungen aus den ersten Interviews und aus dem eigenen Kontaktkreis hinzu.

Persönliche Erfahrungen in der Medizin, z.B.:

Wie begann Ihr Interesse für die Medizin? Welche Themen haben Sie besonders interessiert? Gab es Wendepunkte in Ihrer Praxis der Medizin? Was haben Sie auf dem Weg für sich entdeckt?

Persönliche Praxis der Medizin, z.B.:

Was ist Ihre bevorzugte Praxis in der Medizin? Nutzen Sie nicht-konventionelle Methoden in Ihrer Praxis? Was ist für Sie gute Medizin? Sehen Sie eine Grenze zwischen konventionellen und nicht-konventionellen Methoden?

Persönliche Sicht auf die Medizin, z.B.:

Wie hat sich Medizin aus Ihrer Sicht entwickelt? Was wird gut gemacht, was sollte sich ändern? Was könnte getan werden, um die konventionelle Medizin zu optimieren? Aus Ihrer Erfahrung heraus, was meinen Sie, was Mediziner anders tun sollten? Was ist heutzutage die größte Herausforderung der Medizin?

Andere Fragen, z.B.

Hat der Krieg einen Einfluss auf Ihre Medizin-Praxis gehabt? Gab es aus Ihre Sicht Anzeichen von Abwanderung während und nach dem Krieg? Was würden Sie jemandem empfehlen, der gerade mit dem Ausüben des medizinischen Berufes angefangen hat? Welche Lebensweisheiten haben Sie unterwegs gesammelt? Gibt es etwas, dass Sie erwähnen möchten, das nicht direkt angesprochen wurde?

Tabelle 1: Semistrukturierte Interviewfragen

Die Interviewten, Ärzte und Zahnärzte, berichteten aus der eigenen Erfahrung, kommentierten aktuelle Geschehnisse, relativierten Meinungen und schärfte den Blick für das aus ihrer Sicht Wesentliche. Die Interviewpartner (9 männlich, 1 weiblich) stammen aus Deutschland, Österreich, Belgien und den Niederlanden. Die Interviewdauer betrug zwischen 30 und 180 Minuten. Die Aufzeichnungen wurden per Hand ohne Zuhilfenahme technischer Hilfe vorgenommen, um die ungezwungene Atmosphäre des

Interviews zu unterstützen. Die Aufzeichnungen wurden im Anschluss strukturiert und überarbeitet. Die Interviews fanden in privaten und öffentlichen Räumen statt. Ein Interview wurde mit Hilfe einer dritten Person aus dem Französischen ins Englische übersetzt (Belgien).

Die Interviewinhalte wurden zunächst jeweils für den einzelnen Interviewten betrachtet, um die individuelle Aussagen zur Fragestellung zu betrachten. Nach der Ausführung der Interviewreihe wurden alle Interviews auf Aussagen untersucht, die einen bestimmten Themenkreis betrafen, um aufkommende Muster zu erkennen. Die für die Fragestellung relevant erscheinenden Muster wurden in die Diskussion übernommen und dort weiterverarbeitet.

Die Ergebnisdiskussion geschieht naturgemäß auch vor dem Hintergrund der eigenen langjährigen Erfahrungen und Eindrücke in diversen Rollen im Gesundheitswesen.

ERGEBNISSE

Literatur

Im folgenden werden die wesentlichen Aspekte der Auseinandersetzung um Heilmethoden aufgeführt und diskutiert.

Medizin und ihre Erklärungstheorien

400 vor Christus

Die Geschichte der Medizin (1) ist die Geschichte von Wissensdrang, Ideen, Anwendung und Erklärungstheorien. Theorien, die benötigt wurden, um das verfügbare Wissen besser ordnen und weitergeben zu können. Der Ursprung für die Medizin der Neuzeit findet sich im 4. Jahrhundert vor Christus im Gedankengut von Hippokrates.

„Die hippokratische Medizin beruht auf der Empirie am Krankenlager, die man mit naturphilosophischen Theorien verschmolz.. Sie ist der erste Versuch einer wissenschaftlichen Krankheitslehre und somit der Anfang einer wissenschaftlichen Medizin überhaupt. Der hippokratische Arzt war bei der Untersuchung seiner Kranken bestrebt möglichst viele Symptome zu erfassen, um aus ihrer Auswertung nicht die erwartete Diagnose, sondern die Prognose für das Schicksal des Patienten zu stellen. Das Ansehen des Arztes hing weitgehend von seiner prognostischen Kunst ab“. (2)

Das Auf und Ab einer medizinischen Erklärungstheorie wird anhand der Geschichte der Infektionen deutlich: Lange waren die Infektionskrankheiten in Form von Seuchen aller Art die größte Herausforderung der Medizin. Die griechische Medizin beruhte auf der Viersäftelehre (Humoralmedizin), bei der die vier Körpersäfte Schleim (Phlegma), Blut (Sanguis), Gelbe Galle (Chole) und schwarze Galle (Melaina chole) im Vordergrund standen. Nach ihrer Meinung erzeugte eine gute Mischung der vier Säfte einen Gleichgewichtszustand im Menschen, der sich als Gesundheit äußerte. Diese Theorie bot jedoch bei Massenerkrankungen keine ausreichende Erklärung, so dass die Aufmerksamkeit auf den Einfluss der Luft auf die Erkrankungen fiel. Man sprach von „miasmatischen“ Luftverunreinigungen, die aus Fäulnis und Verunreinigung zu entstehen schienen, und benutzte zu deren Bekämpfung eine Rite der Priestermedizin, die Räucherung. Eine anfängliche Kenntnis der Immunität entstand, als man entdeckte, dass eine Seuche nicht zweimal die gleiche Person ergriff. Die Idee, dass Mikroorganismen eine Infektionskrankheit hervorrufen können, war bereits in der Antike als Fortsetzung der „Miasma“-Theorie vermutet worden. Da eine optische Vergrößerung der bakteriellen Organismen zu dem Zeitpunkt technisch nicht möglich war, konnte dieser Gedankengang nicht fortgesetzt werden.

Der Weg zu fundierteren Erklärungstheorien für Infektionskrankheiten führte über die Anatomie, Physiologie und Pathologie. Es entstand eine beeindruckende Organlehre, die aber auch mangels konkretem Wissens auf wilden Spekulationen basierte. Galen war beispielsweise der Meinung, dass die Wundeiterung nichts weiter als ein wünschenswerter und natürlicher Reinigungsprozess sei, den der Arzt unterstützen sollte. Diese Theorie hinderte gedanklich bis ins 19. Jahrhundert eine aseptische Wundbehandlung. Solche und andere elegante Erklärungstheorien, die Wissenslücken überbrückten, prägten über Jahrhunderte die Geschichte der Medizin, da sie immer weiter von namhaften Autoritäten unangefochten übernommen wurden.

Ca. 1600

Um 1600 wurde durch Harvey der Blutkreislauf entdeckt, was die Viersäftelehre und die alten Auffassungen von Gesundheit und Krankheit ins Wanken brachte. Das führte zu einer großen Beunruhigung der Humoralmediziner, und besonders jener, die auf bisher angewandte lukrativen Methoden, wie z.B. Aderlässe, nicht verzichten wollten.

Ca. 1800

Mit der Entdeckung des Mikroskops entstand eine Technologie, die die Welt der Mikroorganismen zum Vorschein brachte. Mitte des 19. Jahrhunderts entdeckte Semmelweis durch tägliche Beobachtungen und logische Schlussfolgerungen auf seiner geburtshilflichen Station - sehr zur Missbilligung seines Vorgesetzten - die Asepsis und erntete zu Lebzeiten diesbezüglich Hohn, Spott und Missachtung seiner Kollegen, die weiterhin fest an die alten Lehren glaubten bzw. glauben wollten.

Die Pionierarbeit von Jenner bei der Entdeckung der Pockenimpfung setzte einen Grundstein für Impfverfahren. Durch die systematischen wissenschaftlichen Arbeiten von Pasteur und Lister an kontaminiertem Material entstanden Entkeimungs- und Desinfizierungsverfahren. So konnten Sterblichkeitsraten nach Operationen sensationell gesenkt werden. Der entscheidende Durchbruch in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten gelang Robert Koch in Zusammenhang mit Milzbrandbazillen. Damit war die Spezifität von Erregern erstmalig bewiesen. Kurz darauf gelang Pasteur die erste aktive Schutzimpfung gegen Geflügel-Cholera und wenig später der Nachweis der zwei gefürchtetsten Erreger der Zeit, Typhus und Diphtherie.

Ca. 1930

Der Durchbruch zu Heilmitteln, die auf diese Erreger einwirken sollten, ist erst Anfang der 1930er Jahre mit der Entdeckung der Sulfonamide gelungen. Es war dies das erste Chemotherapeutikum, das Streptokokken-, Staphylokokken- und Pneumokokken-Infektionen hemmte. Parallel dazu gelang es dem englischen Wissenschaftler Fleming durch einen versehentlichen Schimmelpilzbefall, das Wachstum einer Staphylokokkenkultur zu hemmen und er eröffnete damit die Penicillin-Ära. So gelang es der Medizin die Rätsel der Infektionskrankheiten zunächst einmal effektiv zu lösen.

Ca. 1980

Die AIDS-Epidemie, die in den achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts begann, darauf folgend BSE- und die vor kurzem aufgetretenen SARS-Infektionen stellen jedoch die heutige Medizin wieder vor neue Herausforderungen. Die Ära der Infektionsmedizin scheint zurückgekehrt zu sein. Köhnlein et al (3, 4, 5) vertritt jedoch eine andere Meinung. Seine Erklärungstheorie für die Seuchen unserer Zeit (AIDS, BSE, SARS) ist nicht-konventionell. Er sieht SARS als eine banale virale Pneumonie, die aufgrund einer vorliegenden Immunschwäche entstanden und durch ungünstige hochpotente Therapien zu einer vergleichbar höheren Letalität bei den Betroffenen geführt hat.

Seine Arbeiten über die Natur der Seuchen des 21. Jahrhunderts und seine kritische Sicht stößt nicht immer auf Gehör und Verständnis. Dies spiegelt auf plastische Weise die vielfachen Abwehrmechanismen der Konvention gegenüber nicht-konventionellen Meinungen wider. Hier wiederholt sich die Erfahrung all derer, die die Konvention infrage stellen. Schaefer et al gründeten

1983 (6) ein internationales Institut, das kontroverse und nicht-konventionelle wissenschaftliche Diskussionen, vornehmlich in der Kardiologie, ermöglicht und fördert.

„The aim of the institute is to create a forum for the examination of controversies in cardiology, with a special focus upon the philosophical and epistemological dimensions. In particular, we wonder whether certain controversies can be clarified by an evaluation of the axiomatic foundations underlying the disputes, and not solved by the perfunctionary acquisition of additional experimental results.“

Der Einfluss des Krieges

Die beiden Weltkriege raubten Europa mindestens 10 Jahre, die der Kultur und dem Fortschritt hätten gewidmet werden können. Sie stahlen dem europäischen Volk kulturelle Ressourcen, darunter auch medizinische Errungenschaften. Paradoxe Weise führte der Krieg aber auch zu Fortschritten, z.B. in der Chirurgie und in der Hirnforschung. Ein Zeitzeuge beschrieb eine bewegende Odyssee durch diverse europäische Lazarette teils als Arzt teils als Gefangener. Neben der vorwiegend chirurgischen Tätigkeit an den Verwundeten, musste er sein Leben und das seiner Patienten auf dramatische Weise verteidigen. Er berichtete über Fortschritte in der Gesichtschirurgie, die nach dem Krieg den vielen Patienten zugute kamen, die kriegs- und unfallsbedingte starke Gesichtsverletzungen aufwiesen. Ein weiterer antwortete auf die Frage, was er aus dem letzten Weltkrieg gelernt hätte, trocken: „Nichts.“

Abwanderung des Wissens im Krieg und in der Nachkriegszeit

Die Herrschaft der Nationalsozialisten und der zweite Weltkrieg führten neben einer gezielten Vernichtung jüdisch-stämmiger Wissenschaftler auch zur Flucht und Abwanderung anderer überragender Denker aus Europa (*brain drain*). So verlor Europa die Samen vieler späterer Entdeckungen und Entwicklungen, worauf ein Teil des technologischen Fortschritts in der Medizin einer Ära basiert, vornehmlich an die sogenannte Neue Welt, die USA.

Auch heute ist die Gefahr des *brain drains* nicht vorüber. Primäre Einwanderungsländer sind, neben den USA, Großbritannien, die Schweiz und Skandinavien. Ein umgekehrter brain drain – z.B. aus den USA nach Europa - wird nicht derart thematisiert. Der Sog der Angebote der sog. Weltmacht USA wird häufig in den Vordergrund gestellt.

Ein Interviewpartner formulierte es prägnant: *„hochintelligente Naturwissenschaftler in den USA und Therapeuten nach Norwegen“*. Die Motive für Abwanderung sind zu Friedenszeiten (7):

- Die Möglichkeit der Mitarbeit an einer renommierten Einrichtung
- Vertiefung von spezifischen Forschungsthemen
- Bessere Karrieremöglichkeiten
- Mangelnde berufliche Perspektiven im Ursprungsland

Eine Rolle spielt auch, insbesondere in bezug auf die USA, die größere Forschungsfreiheit und die oft lockerere und kollegiale Atmosphäre („anything goes“).

„1995 waren 100 000 Nicht-US-Studenten in wissenschaftlichen und technischen Fächern an amerikanischen Universitäten eingeschrieben. 1996 erhielten ca. 75 000 hochqualifizierte Wissenschaftler eine Daueraufenthaltsgenehmigung für die Staaten - 20 bis 30% davon kamen aus Europa. Rund 50% aller Europäer, die ihr PhD-Studium in den USA abschließen, bleiben anschließend für einige Jahre dort. Von den Europäern, die 1995 ihren PhD (alle Fächer) in den Vereinigten Staaten abgeschlossen haben, sind 19,5% amerikanische Staatsbürger geworden, weitere 13,3% haben dort ihren ständigen Wohnsitz. Von den ca. 7 500 EU-Fachleuten, die 1996 eine Daueraufenthaltsgenehmigung erhielten, waren 81% Führungskräfte und Manager, 15% Ingenieure und Wissenschaftler und 4% Ärzte“. (8)

Denk-Traditionen

Unsere Welt ist so wie wir sie uns erklären. Dies hat letztendlich nicht nur mit Erklärungstheorien, sondern immer auch mit individuellen und überlieferten Weltanschauungen und Erkenntnismethoden zu tun. Gegenwärtig herrscht in der Medizin ein „Weltanschauungsstreit“, der zu zwei konträren Positionen geführt hat: Die naturwissenschaftliche und die humanwissenschaftliche Medizin. Dabei ist es unschwer zu erkennen, dass die europäische Medizin historisch durch das naturwissenschaftliche Denken geprägt ist:

„...die sogenannte „Naturwissenschaftliche Medizin“, vor allem auf der Physik als Grundlagenwissenschaft aufbauend, leitet erfolgreich mit ihrem „Defekt/Reparaturmodell“ den klinischen Alltag und Notfall. Mit Ihrer Negativsetzung von Krankheit und Tod erzeugt sie aber, unbewusst, immer mehr Angst vor Krankheit und Tod und erzwingt dadurch einen Kulturpessimismus und eine exponentielle Kostenspirale. Demgegenüber verfolgt die sogenannte „Humanwissenschaftliche Medizin“, die Krankheit als „Werdenshemmung“ beschreibt, die Vision der Selbstheilung über persönliche Einsicht und Selbsterkenntnis.“(9).

LeShan (10) geht in ähnlicher Weise von „La Science de la Nature“ und „La Science de la Humanité » aus.

„La Science de la Humanité is the science of the behavior and consciousness of individuals. I can be empathetic with specific individuals who are in it. In La Science de la Nature, I do not seek to be empathetic, I seek to describe, to understand the parts of the entity I am studying and the relationship of these parts. I seek, by means of this, to be able to control the present and future actions of this entity and others of the same class.“

Pieringer (11) spricht von vier primären Erkenntnismethoden in der Medizin. Die naturwissenschaftliche und humanwissenschaftliche Medizin können ebenfalls in diese Viergliederung eingeordnet werden. Die „Naturwissenschaftliche Medizin“ orientiert sich an den empirisch-analytischen und dialektischen, die „Humanwissenschaftliche Medizin“ an den phänomenologischen und hermeneutischen Erkenntnismethoden.

Erkenntnismethode	Erkenntnisgegenstand	Dimension des Krankseins	Erkenntnisweg
1) Empirisch-analytisch (Naturwissenschaftliche Medizin; „systematische Sicht“ nach Kratky (26))	Zweck	Konstitution, Ökonomie, Arbeit	Spezifisch wissenschaftlich induktive oder deduktive Weg für die kritische Erfassung der „äußeren“ objektiven Form und Verfassung des Untersuchungsgegenstandes.
2) Dialektisch (Naturwissenschaftliche Medizin; „systemische Sicht“ nach Kratky (26))	Wert	Struktur, Ethik	Die wertende, hinterfragende und prüfende Auseinandersetzung. Krankheit als bio-psycho-soziale Krise.
3) Phänomenologisch (Humanwissenschaftliche Medizin; „symbolische Sicht“ nach Kratky (26))	Sinn	Existenz, Ästhetik	Vorurteilsfreies, synästhetisches, ganzheitliches „Schauen“ Das Vorgefundene in Ehrfurcht anschauen, auch wenn es uns ungewohnt, fremd, tragisch und widersinnig erscheint.
4) Hermeneutisch (Humanwissenschaftliche Medizin; „symbiotische Sicht nach Kratky (26)“)	Rolle	Funktion, Spiel	Mitspielende und situationspezifische Deutung, Auslegung und Interpretation von Aussagen (Zeichen, Symptome) über die Krankheit. Feinfühliges, zukunftsweisendes Auslegen des Zusammenspiels zwischen Existenz, Struktur und Konstitution.

Tabelle 2: Vier primäre Erkenntnismethoden

Die Naturwissenschaftliche Medizin definiert den Menschen als Objekt, die Humanwissenschaftliche Medizin konträr dazu als Subjekt. Beide wissenschaftliche Sichten bemühen sich um das Verstehen von Symptomen und das Gerechwerden einer krankheitsbedingten „Klage“. Die Würdigung und Zusammenführung der verschiedenen Perspektiven kommt in einer Arbeit von Pieringer und Fazekas (12) zum Ausdruck. Sie zeigen anhand der vier o.g. Erkenntnismethoden eine verbindende Krankheitsdifferenzierung, die natur- und humanwissenschaftliche Ansichten integriert und somit die Trennung des Menschen in Objekt und Subjekt aufhebt („Krankheitsdifferenzierung nach der Theoretischen Pathologie“):

Dimension des Krankseins Objektebene	Verantwortung Subjektebene	Definition	Beispiele
Funktion	Erotik und persönliche Rolle	Flüchtige situationsabhängige Funktionsänderungen , die meist gut sichtbar sind bzw. vegetative Ausdrucksänderungen des Menschen	Herz-Kreislaufsystem, z.B. Funktionelles Herzsyndrom Haut/Gesicht: Funktionelles Erröten oder Erblassen, Schwitzen und Ticks Muskelapparat: Tremor Psyche: Hysterisches Konversionssyndrom
Konstitution	Ökonomie und persönliche Arbeit	Schmerzhafte, mit Entzündung einhergehende Verfassungsänderung von Organen und Organsystemen bzw. chronische Verfassungsstörungen der persönlichen Autonomie	Herz-Kreislaufsystem, z.B. Hochdruck Magen-Darmtrakt: z.B. Obstipation oder Diarrhoe Muskel-Gelenksystem: z.B. Arthritis Sexualorgane: Impotenz Psyche: Phobisches Syndrom
Struktur	Ethik und persönlicher Wert	Strukturelle krankhafte Depolarisation von Organen, Organsystemen: Infarkte, Ulzera, entzündlich-degenerative Prozesse	Herz-Kreislaufsystem, z.B. Myokardinfarkt Magen-Darmtrakt: z.B. Magengeschwür, Kolitis ulzerosa Muskel-Gelenksystem: z.B. entzündlich-degenerative Erkrankungen Psyche: Depression
Existenz	Ästhetik und persönlicher Sinn	Akut lebensbedrohliche, krankhafte Erscheinungen. Auflösung vertrauter Strukturen bzw. Neubildung nichtvertrauter Strukturen: Karzinome, Organperforation, Psychosen	Herz-Kreislaufsystem, z.B. maligner Myokardinfarkt Magen-Darmtrakt: Magendurchbruch, -krebs. ZNS: Krebs verschiedener Hirnzellen, maligner zerebraler Insult Haut: Malignes Melanom Psyche: Schizophrenie

Tabelle 3: Krankheitsdifferenzierung nach der Theoretischen Pathologie

Jede Erkenntnismethode für sich allein würde ein Zerrbild der Realität zeichnen und lediglich auf unterschiedliche Ansichten der Wirklichkeit fokussieren. Dazu die Autoren Pieringer und Fazekas:

„Während die phänomenologische Erkenntnismethode uns Ansichten der Ganzheit eröffnet, denen es aber an realem Detail mangelt und die dialektische Methode die dynamische innere Wirklichkeit, die nie handhabbar wird, erhellt, zeigt der empirisch-analytische Weg nüchterne, reale, verlässliche und

überprüfbar Facetten der Welt, denen aber Sinn, Wert und Liebreiz fehlt. Erst die hermeneutische zusammenschauende Auslegung vermag, zeitgemäße wissenschaftliche Erkenntnis zu erschließen.“

Unter geeigneten Bedingungen in der Zusammenarbeit können Verfechter verschiedenster Methoden gemeinsame Erklärungen finden. Lohff, Schaeffer et al beschrieben 1998 (13, 14) z.B. autoprotektive Mechanismen - sogenannte Heat-shock proteins (HSP) oder stress-response proteins, auch chaperones genannt - auf der zellulären Ebene.

„When molecular geneticists or cardiologists talk about autoprotective or natural defense mechanisms, and physicians talk about salutogenesis, they all mean something very specific. The phenomenon seen here belongs to the body's own defense mechanisms which make it capable of reacting to harmful influences and allow it to stabilize a structure and/or function of the body for a certain period. Here we see a connecting link to the historically grounded term self-healing forces, which has challenged medical doctors in the different historical periods of medical science.“

Kulturelle Einflüsse und Gesellschaftssysteme

Der Duden (16) definiert Kultur „als die Gesamtheit der geistigen und künstlerischen Lebensäußerungen eines Volkes“. Das Wort Kultur ist an das Wort „cultura“ (Landbau, Pflege des Körpers und Geistes) angelehnt und heißt soviel wie „die Pflege der geistigen Güter“.

Die westliche Welt (15) hat in den letzten Jahrhunderten - einhergehend mit einer auffälligen Neigung zur Spaltung - ihre geistigen Güter verschiedenen Kulturzweigen zugeordnet. Die Medizin - basierend auf hippokratischen Überlieferungen - widmete sich dem Körper. Die Psychologie, die Philosophie und die Kunst widmeten sich dem Geist und die Religion der Seele. Der geistige Kulturzweig setzte sich in der Psychologie in erster Linie mit den Themen Angst und Verdrängung (Freud et al), in der Philosophie mit den Themen Vernunft und Staatsordnung (Plato, Descartes, Marx et al) und in der Kunst mit ästhetischen Ausdrucksformen (Michelangelo, Leonardo et al.) auseinander. Der mit der Seelenpflege betraute Kulturzweig, die Religion, beschäftigte sich mit dem Konzept der Sünde und wurde zwischen zwei Denkansätzen über die Natur Gottes hin- und hergerissen.

Einerseits vernahm man einen fordernden oft rachsüchtigen Gott und andererseits einen barmherzigen vergebenden Gott. Im Verlauf der religiös motivierten Spaltungen wurde der Gedanke an eine vereinende höhere Kraft, die allen Religionen innewohnt (Spiritualität), verdeckt. Aus diesen gedanklichen Konstrukten entstanden westliche Lebensphilosophien, Umgangsregeln und Erklärungstheorien, die wir heute noch - teils unbewusst - anwenden.

Die fernöstliche Tradition hat seit jeher konsequent die Einheit ihrer Kultur und die des Menschen gepflegt. Sie bevorzugt die Zusammenführung anstatt der Spaltung, das Begreifen anstatt der Analyse und die Erkennung von Mustern und die Herstellung von Ordnungen bei der Ausübung jeder geistigen Arbeit. Eine gedankliche Spaltung des Menschen in beispielsweise Körper, Geist und Seele wäre undenkbar gewesen. Sowohl die Medizin als auch die Philosophie und Tradition waren in einem einheitlichen logisch aufeinander aufgebauten Denksystem verbunden, in dem auch die Spiritualität einen eindeutigen Platz fand. Denker wie z.B. Confuzius und Buddha beschrieben Lebensphilosophien und Umgangsregeln, die unterschiedliche Aspekte des menschlichen Daseins vereinten. Aus dieser Sicht heraus entstanden diagnostisch die Lehre von Krankheitsmustern (z.B. Disharmoniemuster der TCM (17)) und therapeutisch non-invasive bzw. wenig invasive Stimulationsmethoden, die körpereigene Heilungsprozesse ganzheitlich anzuregen vermochten. So ist es in der östlichen Tradition leichter, über die Medizin den Zugang zur Kultur zu finden und nachzuvollziehen. Auch wenn die Globalisierung in den letzten Jahrzehnten die östliche und die westliche Denkweisen näher kommen ließ, ist die östliche Kultur und ihr traditionelles Gedankengut dank ihres festen und unerschütterlichen Fundaments weiterhin intakt.

Die Spezialisierung der Medizin

In der Medizin entstanden im letzten Jahrhundert aus den wissenschaftlichen Arbeiten von Koch, Head, Virchow, Pischinger (18,19) und anderen medizinischen Vorreitern eine Reihe von Forschungszweigen, die sich mit Themen wie Infektionen, Organsystemen, Zellsystemen und Sofortphänomenen des Körpers auseinandersetzen. In der letzten Dekade kamen die Errungenschaften der Molekularbiologie der Gene und die forschungs- und entwicklungsrelevante Genetik hinzu.

Diese Gruppen setzen je nach der jeweiligen Erkenntnismethode entweder invasive Reparaturmethoden oder non-invasive Stimulationsmethoden im Rahmen ihrer Heilarbeit ein. Ersteres findet in den europäischen naturwissenschaftlich geprägten Gesundheitssystemen den größeren Anklang. Die mit dem Spezialistentum einhergehende Kostenexplosion bei der Krankheitsbewältigung hat eine gewaltige Medizin-Verwaltung hervorgebracht, die das breit verzweigte Netz der Medizin der Heilmethoden kontrollieren soll. So wurde aus dem ursprünglichen Kulturgut einer Zivilisation eine hochspezialisierte Wissenschaft. Parallel dazu entstand eine zu verwaltende Institution, die sich von der ursprünglichen Idee der Heilung scheinbar immer weiter entfernt.

Der amerikanische Mediziner Weil (20), der zu den Urvätern einer neuartigen integrativen Medizin in den USA gezählt wird, definiert den Begriff „Integrative Medizin“ wie folgt:

“Integrative Medicine is a healing-oriented system of medicine that takes account of the whole person (body, mind and spirit), including all aspects of lifestyle. Emphasizing the therapeutic relationship, Integrative Medicine makes use of all appropriate therapies, both conventional and alternative.”

Wirtschaftliche Einflüsse und Berufspolitik

Am Beispiel der Alkohol- und Tabaksteuer wird die Verzahnung der Wirtschaft mit der Politik deutlich. Das Kurzfristige (Steuereinnahmen der Regierung) wird auf Kosten des Langfristigen (Gesundheit der Bevölkerung) erkaufte. Akute wirtschaftliche Zwänge haben Vorrang. Das Problem der langfristig auftretenden Krankheiten wird zunächst einmal ausgeblendet. Bis zum Auftreten der Krankheit in größerem Maße vergehen mehrere Legislaturperioden.

Der konventionelle Medizin-Markt wird definiert durch die Industrie, besonders die pharmazeutische Industrie. Diese schafft mit ihren Wirksamkeits- und Krankheitsdaten und deren statistischer Auslegung ein bestimmtes Bild vom medizinischem Geschehen und ist eng mit der Welt der Forschung verbunden. Das Ziel ist ein Wirtschaftliches, nämlich Märkte zu schaffen, die dem Absatz ihrer Produkte dienen.

„Angewandte Forschung“ hat den Erfordernissen des Marktes zu dienen, das heißt, sie ist genauso viel wert, wie ihre Ergebnisse monetarisierbar sind. Dementsprechend sieht der Wissenschaftsbegriff aus, der dahinter steht: Ausgehend von einem radikal materialistischen Weltbild wird Wissenschaft als Methode begriffen, jene Mechanismen zu erforschen, nach denen die „Maschine Welt“ funktioniert, um mit deren Kenntnis dann Produkte zu erzeugen, nach denen Nachfrage besteht (22).

Erfundene Krankheiten

In der populärwissenschaftlichen Literatur wird in den letzten Jahren immer wieder teils in amüsanter, teils in ernster Form gewissermaßen von „erfundenen“ Krankheiten berichtet.

Blech, ein Biologe, Biochemiker und Medizin-Journalist, der die Pharmaindustrie diesbezüglich fest im Visier hat, schreibt im Vorwort zu seinem Buch (24):

„Voltaire zufolge liegt die Kunst der Ärzte darin, den Patienten so lange zu amüsieren, bis die Natur ihn heilt. Heute wird die Erkenntnis des französischen Philosophen ins Gegenteil gekehrt: Die moderne Medizin redet dem Menschen ein, die Natur schlage ihn immer mit neuen Krankheiten, die nur von Ärzten geheilt werden können. Weil jede Kultur und jedes Volk ihre eigenen Leiden hervorbringen, galt Krankheit bis vor kurzem noch als ein soziales Phänomen. Hier berichte ich, wie sich das in Deutschland und in anderen Industriestaaten gewandelt hat: Heute erfinden pharmazeutische Firmen und medizinische Interessenverbände Leiden – Krankheit wird zum Industrieprodukt. Dazu münzen Firmen und Verbände normale Prozesse des Daseins um in medizinische Probleme, sie medikalisieren das Leben.“

Er berichtet über einen „Handel mit Krankheiten“, der auf den folgenden 5 Spielarten basiert:

1. Normale Prozesse des Lebens werden als medizinisches Problem verkauft (z.B. Haarausfall)
2. Persönliche und soziale Probleme werden als medizinisches Problem verkauft (z.B. Schüchternheit als soziale Phobie)
3. Risiken werden als Krankheit verkauft (z.B. Osteoporose)
4. Seltene Symptome werden als grassierende Seuchen verkauft (z.B. erektile Dysfunktion, Behandlung durch Viagra)
5. Leichte Symptome werden als Vorboten schwerer Leiden verkauft (z.B. Reizdarmsyndrom)

Zur Klärung der Wahrhaftigkeit einer Krankheit empfiehlt er einen Fragebogen des Instituts für Evidenzbasierte Medizin in Köln.

Die amüsantere Variante derartiger Bücher stammt von Barten (25), einem Arzt, Historiker und Medizin-Journalisten, der wiederum die Patienten als Quelle erfundener Krankheiten sieht:

„Krankheiten als Kulturtechniken sind lange Zeit unterschätzt worden. Doch welche Vielfalt an Symptomen und Beschwerden tut sich da auf! Zwar wurde schon früher schamhaft über die „Krankheit als Weg“ geschrieben, und auch ist der sekundäre Krankheitsgewinn den Medizinerinnen und Rentenanstalten durchaus vertraut. Aber welcher Nutzen hinter vielen Leiden und Symptomen steckt, wurde bisher meist verschwiegen...Es gibt die passenden Leiden für jede Lebenslage – ob bei der Partnerwahl, im Beruf, Hobby oder in der Familie.“

Dieses Feld bedarf sicherlich noch einer differenzierten wissenschaftlichen Abklärung.

Interviews

Die Interviews sind durchnummeriert worden. Die Reihenfolge der im folgenden wiedergegebenen Interviews ergab sich aus der chronologischen Reihenfolge der geführten Befragungen. Die Namen der Interviewpartner werden nicht genannt, sind aber den Betreuern der Arbeit bekannt. Das Alter der Interviewpartner wurde auf Dekaden auf-, bzw. abgerundet.

Interview 1 (30 Minuten, Deutschland, Onkologie und Sportmedizin)

Der erste Interviewpartner, männlich, ca. 50 Jahre, promovierter Internist und Sportmediziner in privater Praxis, stützt sich auf 20 Jahre Berufserfahrung in der Onkologie, Kardiologie und Mikrobiologie. Sein wissenschaftliches Interesse gilt den Seuchen unserer Zeit.

Er erlebte die stürmische Entwicklung der Medizintechnologie, besonders der bildgebenden Verfahren und der Mikrobiologie, während seiner Berufsausübung. Er warnte ausdrücklich vor Technologie-Missbrauch und den Grenzen der Technologie. Tests, z.B. in der Mikrobiologie, können je nach Motivation der Tester unterschiedlich gedeutet und verwendet werden. Die Interpretation von Testergebnissen, losgelöst von der Klinik, können zu gefährlichen Schlüssen und Fehlentwicklungen führen. Am Beispiel von AIDS kann aufgezeigt werden, wie sich anhand positiver Ergebnisse einiger lukrativer Tests aus einem erworbenen Immundefektsyndrom eine Schein-Epidemie entwickeln kann.

Auch seien Therapie-Richtlinien vieler Erkrankungen (Krebs, Hypertonie, Infektionen etc.) nicht eingehend genug qualitätsgesichert („*Es wird nicht immer streng wissenschaftlich gearbeitet.*“). Es gäbe offensichtliche Lücken in den Argumentationsketten vieler wissenschaftlicher Arbeiten. Testreihen werden aus wirtschaftlichen Gründen vorzeitig geschlossen, Medikamente zu früh auf den Markt gebracht bzw. zu hoch dosiert. Dies wollen jedoch Mediziner aus den eigenen Reihen und insbesondere die pharmazeutische Industrie nicht thematisiert wissen. Diejenigen, die es tun, spüren den Unmut deutlich.

Er ist dennoch davon überzeugt, dass hier etwas getan werden muss. Daher publizierte er trotz der Widerstände seine Arbeiten mit einem gleichgesinnten internationalen Kollegenkreis regelmäßig. Sein konkreter Vorschlag für die Eindämmung wirtschaftlicher Einflüsse auf wissenschaftliche Ergebnisse ist es, Forschungsgelder von einem von der Wirtschaft unabhängige Gremium, bestehend aus „*vertrauenswürdigen emeritierten Professoren*“ verteilen zu lassen.

Ein Bezug zu nicht-konventionellen Methoden konnte er in seiner Arbeit bisher nicht direkt herstellen. Zum klinischen Alltag sagte er hingegen: „*...hiermit kommen wir zum therapeutischen Dilemma unserer Zeit: Es wird heute zusehends schwieriger, neben einem schwerkranken Patienten zu stehen und therapeutischen Nihilismus zu vertreten, d.h. ausschließlich unterstützende Maßnahmen wie – im Falle einer Pneumonie – lediglich Sauerstoff und evt. Flüssigkeitsersatz anzubieten. Schnell wird der Ruf nach dem „wirksamen Mittel“ laut. Bei einer viralen Pneumonie heißt die alte therapeutische Grundsatz jedoch nihil facere – nichts tun. Zurückhaltung wird jedoch kaum honoriert. Aktionismus ist gefragt. Dazu kommt die rechtliche Situation: Selten kann man belangt werden, wenn man alles mögliche gemacht hat. Leicht dagegen, wenn man etwas unterlassen hat.*“

Sein Credo ist es, der Konvention gegenüber kritisch zu bleiben, Fragen zu stellen und zu verstehen zu versuchen („*Nicht alles, was in den Büchern steht, muss stimmen*“). Mit ausreichender klinischer Erfahrung ließe sich eine eigene Meinung bilden. Bei Unstimmigkeiten empfehle es sich, die „*Spur des Geldes*“ zu beachten und darauf zu achten, wer was warum sagt.

Interview 2 (120 Minuten, Deutschland, Zahnmedizin und Lehre)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 90 Jahre, habilitierter Zahnmediziner und Kieferchirurg, blickt auf eine ärztliche „Bilderbuchkarriere“ und 50 Jahre Berufserfahrung zurück. Zu seinem Lebensweg zählt eine fundierte praktische Ausbildung bei den großen Gesichts- und Kieferchirurgen der damaligen Zeit. Hier erfuhr er die Weitergabe von Wissen in Form einer Lehre. In der Medizin käme es auf die Lebensqualität des Patienten an („*Die Ästhetik ist dafür sehr wichtig.*“) und in der Zahnmedizin käme es auf die „Pulpa-Behandlung“ zur Vitalerhaltung der Zähne an.

Zur Zahnmedizin kam er per Zufall. Sein eigentliches Ziel war es, Marine-Arzt zu werden. Während einer Stadtmeisterschaft im Ruderrennen, das sein Team gewann, fiel er hochrangigen Zahnmedizinern auf und wurde in die Zahnmedizin weiterempfohlen. In den frühen Jahren seiner ärztlichen Karriere erlebte er den Krieg mit allen seinen Facetten hautnah. Der abenteuerliche Kriegeinsatz fand an diversen europäischen Standorten statt. Dazu gehörte auch das Erlebnis eines Konzentrationslagers für Kriegsgefangene. Nach dem Krieg folgten mehrere Stationen in leitender Tätigkeit in Krankenanstalten mittel- und norddeutscher Großstädte. Stets wurde er von seinen Vorgesetzten gefordert und gefördert („*schnell eine steile Karriere gemacht*“). Hier erfuhr er wiederholt den Wert von Gesichtsplastiken bei Kriegsverwundeten. Die Verletzten konnte, dank der Fortschritte in der Gesichts- und Oralchirurgie, ohne große Entstellung in ihr frühes Leben zurückkehren.

Die späteren Jahre seiner beruflichen Tätigkeit verbrachte er mit der Ausbildung junger Zahnmediziner. Eine gute Mischung aus Theorie und Praxis und die gründliche wissenschaftliche Nacharbeitung sei das beste Rezept für die Ausbildung.

Komplementäre Methoden seien zu jener Zeit nicht als solche bekannt gewesen. Höchstens könnte man die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit HNO-Ärzten bei Spaltoperationen (Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Gesichtsspalten) dazu zählen. Später hätte er viel mit Akupunktur gearbeitet („*viele Studenten veräppelten mich.*“). Seiner Meinung nach müsste man in der Medizin die Psychosomatik mehr betonen und mehr Zeit für das Gespräch geben. Die Ursache vieler Erkrankungen sei dort zu finden. („*In der Ehe kriselt es, Gelenkproblem, Knacken, Entzündung, Bewegung eingeschränkt.*“). Von der „sanften Medizin“ hält er viel.

In der Medizin und im Leben sei die Disziplin am wichtigsten. Die Familie sei die ursprüngliche Quelle einer Nation. Was dort nicht gelehrt wird, ist später schwer nachzuholen. Jugendliche müssen stärker geführt werden, um den eigenen Weg besser finden zu können. In der Medizin müsse mehr auf die Heilarbeit konzentriert werden, anstatt auf das Alltägliche, die Routine und den Verdienst („*man braucht in der Medizin ein gutes finanzielles Polster, um nicht auf Abwege zu kommen. Im schlimmsten Fall nützt man sonst den Patienten aus.*“).

Interview 3 (180 Minuten, Deutschland, Kardiologie und Medizin-Philosophie)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 70 Jahre, habilitierter Internist und Kardiologe bezieht sich auf ca. 40 Jahre Berufserfahrung in der Pathologie, Pharmakologie, Herzchirurgie und Kardiologie. Sein Hauptinteressensgebiet sind biologische Systeme, wie z.B. das Blutkreislaufsystem.

Die Geburtstunde des Herzkatheters erlebte er auf eindrucksvolle Weise in den USA und spürte „*die Verführung, mit physikalisch-technischen Methoden biologische Inhalte zu beschreiben*“. Messverfahren unter der Nutzung der Hilfswissenschaften Physik, Mathematik und Chemie wurden angewandt, um eine bessere diagnostische Aussage zu bekommen. Die Erfahrung einer Dekade lehrte

jedoch, dass technische Verfahren nur ungenügende Antworten auf biologische Fragen geben können („*der Mensch ist so komplex.*“).

Diese Eindrücke erschienen ihm sehr wesentlich („*innerlich gewachsen trat ich in einen Gegensatz zu den Kollegen.*“) und er versuchte mit guten sachlichen Argumenten seine Beobachtungen zu untermauern, um in fachlichen Diskussionen überzeugen zu können. Dies gelang ihm, führte aber nicht zum Ziel einer grundlegenden fachlichen Auseinandersetzung in den eigenen Reihen. Dies war seiner Karriere nicht förderlich und erschwerte das berufliche Weiterkommen erheblich („*Macht, Geld und unterschiedliche Interessenslagen*“). Der Preis war die Isolation.

Diese Erlebnisse führten zu einer tiefen Faszination für Wissenschaftsphilosophie und –theorie und zur Gründung eines internationalen Instituts mit gleichgesinnten Wissenschaftlern. In diesem Wissensgebiet fand er Denkstrukturen, in denen Standpunkte eingehender dargestellt und diskutiert werden konnten. Das Ergebnis dieser Auseinandersetzung sind viele Publikationen und eine lange Reihe von Symposien, in denen kontrovers über kardiologie-bezogene Themen, wie z.B. die Chronobiologie, theoretisch und philosophisch diskutiert werden kann und darf.

Seiner Meinung nach müsse das Denken an sich verbessert werden. Auch eine gesunde Selbstkritik sei förderlich. Auf die Qualität der Fragen, die man stellt, käme es an. Die grundlegendsten Fragen ergäben die exaktesten Antworten („*Wissenschaftler müssen verlässliche Voraussagen machen können.*“). Theorien dürfen sich nicht trotz Gegenbeweise etablieren lassen können.

Sein Bezug zu nicht-konventionellen Methoden kommt über den Aspekt der Selbstheilungskräfte. Diese seien auf der molekularbiologischen Ebene starke Verbündete in der Gesunderhaltung („*das ist reine Naturwissenschaft außerhalb der Schulmedizin.*“). Zu guter Medizin gehören gute Vermittler, Ärzte, die sich problem- und systemspezifisch auskennen. Alle Medizinarten, ob europäisch oder fernöstlich, seien nebeneinander gleich wertvoll.

Die Fähigkeit offen zu bleiben, zu fragen und alles infrage zu stellen sei das Wichtigste in der Wissenschaft. Es wird eine „*Entschleunigung*“ benötigt, um sich mit ausreichend Zeit den wichtigsten Fragen zu widmen. So etwas wie Weisheit gäbe nicht, nur die Einsicht, problem- und kontextbezogen.

Interview 4 (180 Minuten, Deutschland, Interne Medizin und Soziologie)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 50 Jahre, promovierter Internist, Soziologe und Publizist arbeitet als medizinischer Vorstand eines bekannten sozialmedizinischen Netzwerkes. Sein berufspolitisches Interesse gilt der Sicherung von Diagnose und Therapie („*diagnostic reasoning*“) und einem Kulturwandel in der Medizin. Untermauert ist diese wissenschaftliche Ausrichtung durch eine langjährige Auseinandersetzung mit historischen und kulturellen Einflüssen auf die Medizin.

Seine Beobachtungen, gepaart mit assoziativen Einfällen in den frühen Jahren seiner ärztlichen Laufbahn, brachten ihn zu der Überzeugung, dass Medizin den Anspruch der Naturwissenschaft nicht erfüllt („*Medizin ist eine wesentliche Domäne, in der Handeln unter Unschärfe notwendig ist.*“). Eine publizierte Metaanalyse veröffentlichter Studien aus den 50er Jahren sagte aus, dass mehr als 50% keine zulässigen Statistiken enthielten und bestenfalls zweitklassige Referenzen darstellten. Eine eigene Medienanalyse ergab, dass sich ca. 90% der Forschungsgelder mit Problemen von 0,5% der Population beschäftigen. Sein Fazit ist, dass die Medizin schwerwiegende Probleme hat, und dass diese ca. 150 Jahre zurückreichen. Geprägt sei die Medizin von der Philosophie der europäischen Aufklärung (um 1800) und der Vernunft gesteuerten Erkenntnis. Die Medizin sei nicht wissenschaftlich getrieben.

Trotz der Unmengen an Subspezialitäten, allein 28 in der Inneren Medizin, gäbe es eine Unterversorgung der Kranken. Systemwissenschaftliches Denken (Taylorism/Fließbandarbeit) behindere das Denken in Erkrankungskategorien, z.B. beim Diabetes. Aus der Entwicklung seien 3 Arten von Medizin hervorgegangen: Die Heilkunde („Übergeber von zweckdienlichen Antworten an schlaue Patienten“), die Labormedizin und das medizinische Ingenieurwesen („Mechanik von pathologischen Systemen“).

Seit ca. 15 Jahren erfolge eine Herabstufung der Heilkunde in eine Art administrativer Assistenz, die zur Existenzberechtigung anderer benötigt werden. Während immer mehr Abstriche in der Behandlung gemacht werden, steigt der Verbrauch finanzieller Ressourcen. Als Beispiel sei die „Lasermmedizin“ genannt, die dem Quartalsgeschehen der amerikanischen Marktwirtschaft unterläge und nicht evaluierte Verfahren in den Markt absetze. Cholesterin- und Anti-Aging-Kampagne etc. seien weitere Beispiele dafür. Medizin-Marketing ist allgegenwärtig („Was kommt dabei raus?“).

Die Medizin sei dominiert von der Apparatemedizin. 70% der Leiter der Landesvertretungen seien Labormediziner oder Medizin-Ingenieure („Hier werden keine medizinischen Behandlungsfälle diskutiert“). Das Selbstbewusstsein der Kliniker bzw. der Behandler nehme stetig ab, da sie in den eigenen Reihen keine Lobby haben. Die niedergelassene Praxis wird durch das Gebührensystem beherrscht. Das reine Prozessmanagement nütze nicht dem Patienten, sondern den Geldverdienern („Ein krankes System und eine kranke Medizin.“). In Bezug auf nicht-konventionelle Methoden „sei es unter allen diesen Störungen die Verpflichtung des Profis, Moderation zu betreiben und sich zu fragen, was die beste Behandlung für diesen Patienten sei.“

Es ist an der Zeit, mit Hilfe systematischer Basisarbeit das Selbstbewusstsein der Behandler zu stärken („sie müssen sich aber selbst emanzipieren“), die Qualität der Kataloge für Diagnose und Therapie und das Kompetenz-Profil der Behandler zu optimieren. Darüber hinaus bedarf „eine präzise Diagnostik oft eine teilnehmende Beobachtung im System“. Das Konzept des Krankenhauses als „pit stop“ sei veraltet. Es bedürfe einer „heilkundlichen Behandlungsführung“ der Patienten durch das System. Auch die Patienten müssten anders einbezogen werden. 2/3 der Patienten besuchten die Praxen aus Unterhaltungsgründen und auf der Suche nach dem sekundären Krankheitsgewinn. Die europäische medizinische Forschung muss sich gegenüber der USA neu definieren. Seine Aufgabe sei dafür zu sorgen, dass ein anderes System mit einer Kultur der Beobachtung entsteht, in dem eine gute Behandlung zustande kommen kann. Dafür würde eine neue Magna Charta der Medizin benötigt, die definiert, was Behandlung sei. Dabei wären die wesentlichen Fragen: Wie lange? Welche Medikamente? Welches Ergebnis?

Interview 5 (120 Minuten, Belgien, Praktische Medizin)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 90 Jahre, niedergelassener praktischer Arzt und Kieferchirurg, blickt auf ca. 40 Jahre Praxiserfahrung zurück. Sein Fokus gilt dem Alltag in der Praxis im Umfeld der lokalen Arbeiterklasse und der kontinuierlichen Optimierung der Patientenbehandlung. Er hat keine wissenschaftliche Laufbahn absolviert.

Zu seinen bemerkenswertesten Erlebnissen gehörte die Entdeckung und Einführung der Sulfonamide in den 40er Jahren. Die Behandlung von Infektionen wurde dadurch schlagartig erleichtert. Mit der Zeit wurde auch die Dosierung der neuen Medikamente verbessert. Das war zu der damaligen Zeit „wie eine Offenbarung“ für die Ärzte. Gegen Ende der 40er brachte die Einführung von Impfvorfahren und später die Entdeckung von Anästhetika weitere Erleichterungen in der Patientenbehandlung. Der Krieg stoppte den Fortschritt der Wissenschaft spürbar. 10 Jahre vergingen, bevor die Wissenschaft sich von den Kriegsstrapazen erholen konnte. Die 70er brachten die ökonomische Krise in Europa und damit Suchterkrankungen hervor („Ich musste zum ersten Mal den Medikamentenschrank abschließen.“). Ein weiterer Meilenstein war die Entdeckung der Ursache für

Magenulcera in den 80-igern und das Vorhandensein wirksamer Medikamente für die Magenulcusbehandlung („*allesamt Wunder*“).

Das Spektrum der Erkrankungen seiner Patienten ändert sich mit dem Einzug neuer Medikamentenarten. Einige weit verbreitete Erkrankungen wie etwa Appendizitis und Magenulcera verschwanden. Sein aus der Arbeiterklasse stammendes Klientel war immer in Eile. Man konnte sich eine Erkrankung nicht leisten. Es musste alles schnell gehen. So brachte die tägliche Arbeit immer neue Herausforderungen, die Patienten trotz der Barrieren gezielt zu behandeln und den Alltag so gut wie möglich zu gestalten. Dazu gehörte schnell erkennen zu lernen, was im Patientenfall wesentlich war und was nicht. Eine weitere Erkenntnis kam mit zunehmender Erfahrung: „*dem eigenen Denken mehr Beachtung schenken als den Testresultaten*“.

„Der Arzt als Placebo“ spielte in den Behandlungen eine wichtige Rolle. Mit einer überzeugten Stimme verkündete er unzählige Male: „*Nehmen Sie das. Das wird Ihnen ganz bestimmt helfen.*“ und übergab dem Patienten ein sehr schwachdosiertes individuell zubereitetes Medikament. Das wirkte oft Wunder. Gute Medizin sei „*dem Patienten gut zuhören, sich in dessen Schuhe zu stellen, dem Patienten nicht zu schaden und nicht zu lügen. Das ist jedoch nicht immer einfach.*“ Sein Rezept für ein erfülltes und erfolgreiches Leben war Gelassenheit, Akzeptanz und Optimismus. Mangel an Autorität sei die Ursache vieler Probleme der heutigen Zeit.

Interview 6 (90 Minuten, Österreich, Chirurgie und Transplantationsmedizin)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 70 Jahre, habilitierter Chirurg blickt auf ein erfülltes 40-jähriges, berufliches Leben zurück. Geprägt ist sein Leben durch eine starke Faszination für Menschen und das Fach Chirurgie. Seine künstlerische Begabung findet Ausdruck in der Malerei. Daneben ist er als Supervisor für medizinischorientierte Fernsehsendungen im Rahmen einer Fernsehuniversität tätig.

Vom Krieg blieb er als Schüler verschont. Sein Gymnasium wurde in ein Lager verlagert. Dort hatte er Zugang zu „*ausgezeichneten*“ humanistischorientierten Professoren, die das Kriegsgeschehen wertneutral kommentierten und erklärten („*welcher Wahnsinn...*“). Das Medizinstudium absolvierte er schon mit 24 Jahren in einem Rausch der Begeisterung für medizinische Inhalte. Ein weltberühmter Anatom, der in den frühen Jahren der Berufstätigkeit sein Mentor war, gab ihm den Rat sich in der Medizin anstatt der Morphologie der Funktion zu widmen. Das sei die Zukunft. Dem folgten 3 Dekaden chirurgischer Tätigkeit in der Unfallchirurgie, Abdominalchirurgie und Herz- und Thoraxchirurgie. Ende der 60er führte er eine der ersten Nierentransplantationen seines Landes durch. Sein Interesse für die Transplantationschirurgie und Immunologie wuchs. Weitere Arten der Organtransplantation gehörten bald zu seinen Leistungen. Es folgten weitere leitende Tätigkeiten, u.a. auch in der Funktion als medizinischer Leiter von 22 regionalen Krankenhäusern, die eine enge politische Arbeit mit der Landesregierung forderte.

In seiner Berufstätigkeit beschäftigte ihn durchweg der Gedanke, „*wie kann ich es besser am Patienten machen?*“ Die klinische Erforschung von Patienten und für den Patienten war sein Leitbild. Aus der klinischen Arbeit kam immer wieder die Notwendigkeit zur näheren Betrachtung („*habe immer geschaut, was ist die Zukunft?*“). Das Literaturstudium und, wenn notwendig, eigene wissenschaftliche Recherchen rundeten das Bild ab („*man darf keiner wissenschaftlichen Arbeit trauen.*“), woraus neue Erkenntnisse entstanden, die in die Praxis umgesetzt werden konnten. Colitis ulcerosa sei jetzt ein solch spannendes Thema. In der Medizin sei Forschung und Engagement Selbstwillen. Es ginge um den Patienten. Als behandelnder Arzt hätte man die volle Verantwortung zu übernehmen, um den Patienten die Sorgen zu nehmen („*Ich habe Angst, Herr Doktor. Lieber Herr Patient, schlafen Sie ruhig, ich arbeite, und wenn Sie wieder wach sind, ist alles fertig. Ich übernehme die Verantwortung.*“). Der Arzt als Droge bzw. Placebo ist ein wesentliches Konzept der Heilung. 15-20% der heilberuflichen Arbeit gehe darauf zurück. Hier ist die Spiritualität am Werk („*ein bisschen an den Zauberer denken*“).

Eine Gesamtsicht auf den Patienten prägte u.a. das klinische Bild des schweren renalen Hochdrucks im Rahmen von Nierentransplantationen. Hier war die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Chirurgen, Internisten, Endokrinologen und Immunologen notwendig. Eine isolierte Sicht reichte nicht aus. Das Gerede um Ganzheitsmedizin erübrige sich. Selbstverständlich sei der Mensch eine Gesamtheit. Nur das Wissen des Arztes sei beschränkt. Eine ganzheitliche Behandlung könne man höchstens anstreben, kein Arzt aber besäße alles notwendige Wissen. Das eigene Handwerk gut zu meistern und psychische Unterstützung zu geben sei schon sehr viel. Wenn nicht-konventionelle Methode auch nur ein wenig helfen können und keinen Schaden anrichten, seien sie erlaubt. Was als konventionell oder nicht-konventionell erachtet wird sei nur eine Frage der Zeit. Wird ein berühmtes Institut auf eine Methode aufmerksam, die Potential zeigt, wird sie mit einigen Publikationen und Studien hoffähig gemacht. Die Grenzen verschwimmen dann schnell.

Der Abgrund zeige sich, wenn der Mensch in den Aberglauben falle. Dagegen hätte die Medizin so arg über Jahrzehnte gekämpft. Heute jedoch seien wir dem wissenschaftlichen Aberglauben verfallen. Täglich verspricht der Arzt dem Patienten, dass er die Krankheit beherrschen würde. Mit den Attrappen der Macht („*Halbgott mit Aeskulap, Stab und Schlange*“) versprechen wir ewiges Leben. Das sei ein wissenschaftlicher Aberglaube. Der Laie glaube, mit Wissenschaft und Geld könne alles ermöglicht werden („*es ist nichts tabu, nicht mal der Tod*“). Wenn das nicht ermöglicht wird, schreie man nach mehr Geld, Krankenhäusern und Technik. Aber es sterben immer noch so viele wie früher. Die Schuldigen seien die Ärzte. Die Ärzte schieben den schwarzen Peter auf das Management, das versagt haben soll. Fazit ist, die Medizin stehe auf dem falschen Fuß. Die Suche nach dem Schuldigen bringe uns nicht weiter. Eine Reform sei dringend notwendig.

Eine Reform müsse verschiedene Aspekte berücksichtigen:

- Humanismus: „*ohne Herz keine Zukunft*“. Unsere heutigen Fehler gingen auf das Altertum zurück. Eine Reform müsse für eine philosophische Betrachtung und für Herzensbildung („*was Du nicht möchtest, dass Dir andere antun, das tue anderen nicht an.*“) sorgen. Der Blick müsse zurück zum Patienten gerichtet werden. Es müsse dem Studierenden klar gemacht werden, wofür er Medizin studiert („*mit Elend konfrontieren*“).
- Standards: Die Medizin brauche handfeste hochqualitative Standards um Diagnose und Therapie zu sichern.
- Ausbildung: Die Studenten müssten möglichst rasch in die Spezialisierung in erstklassigen international geführten forschungsermächtigten Instituten gehen. Je höher die Spezialisierung und je besser die Qualität der Spezialisierung, desto einfacher ist es andere Arten von Medizin zu verstehen („*von der Spitze der Schulmedizin herumschauen*“)

Da die Zeit dränge, solle man nicht primär Neues aufbauen, sondern vor Ort das Vorhandene sorgfältig ausbauen. Würde man erstklassige Ärzte gewinnen, würde das weitere gute Leute anziehen („*wie das Licht die Motten*“). Erstklassige Ärzte seien nicht dogmatisch, stets offen, hinterfragen sich, lieben die schönen Künste und sind humorvoll. Ohne das sei Wissen gefährlich („*nicht Gott und nicht Halbgott*“).

Interview 7 (150 Minuten, Österreich, Hämatologie und Ganzheitsmedizin)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 80 Jahre, ist habilitierter Internist mit einer 50-jährigen Berufserfahrung. Er ist einer der Urväter der Ganzheitsmedizin in seinem Land. Sein Lebenswerk führte zu einer deutlichen Integration und Kooperation verschiedener Medizinrichtungen. Er gehört auch zu den herausragenden ärztlichen Persönlichkeiten in der Politik und Gewerkschaft seines Landes.

Schon mit 14 Jahren war er durch den frühen Tod des Vaters und die harte Berufstätigkeit der Mutter auf sich gestellt. Glück, ein starker Willen und Organisationstalent waren durchgehende Lebensmotive. Mehrmals entkam er knapp dem Tode. Während des Krieges kam er in Kontakt mit der Medizin und mit Ärzten, die ihm auf beeindruckende Art und Weise mehrmals das Leben retteten. Im April 1945 wurde er in Vincenza schwer verwundet, von den Kameraden aus dem Graben herausgezogen und in ein nah gelegenes Lazarett in die Obhut deutscher Ärzte gebracht. Im halb-bewussten Zustand hörte er die Ärzte sagen: „*Der da macht es nicht.*“ Das machte ihn innerlich „*hysterisch*“ und zugleich wütend: „*Nein, nicht ich, ich will leben.*“ In seiner späteren ärztlichen Tätigkeit vergaß er diese Episode nie („*was die Patienten alles aufnehmen können...*“).

Er wurde in ein amerikanisches Lazarett verlegt und anschließend wegen der Schwere des Befundes – eine kontaminierte Verletzung großer Muskelpartien- in ein weiteres amerikanisches Lazarett mit hervorragender Pflege und Verpflegung („*ein Schlaraffenland*“) in Florenz gebracht. Es folgten eine intensive Therapie mit hohem Standard. Es kam jedoch immer wieder zu Komplikationen. Die Hautverletzung heilte nicht ab. Eines Tages kam der Chef des Lazaretts zur Visite und hatte den plötzlichen Einfall, etwas Ungewöhnliches auszuprobieren („*Leinentuch und immer wieder Vollbäder*“). Die Wunde heilte („*eine maßlose Freude, dass diese absonderliche Therapieidee funktionieren konnte*“). Ende 1948 lag er mit einem Erysipel ein zweites Mal „im Sterbebett“ in Göppingen. Auch hier hielt sein Glück. Einem ausgezeichneten Chirurg gelang dort die Behandlung, ein einjähriges Martyrium für den jungen Patienten, der das Gehen mit zwei stark geschädigten Knien erneut lernen musste. Die Kriegsverletzung kostete ihn insgesamt 2 Jahre seines Lebens („*ein irrsinniges Glück gehabt*“).

Danach absolvierte er - von seinen Kriegserfahrungen motiviert - das Medizinstudium mit hohem Tempo. 1952 begann seine medizinische Karriere zunächst in der Pathologie und dann in der Chirurgie. Seine Neigung den Diagnosen auf den Grund zu gehen, brachten ihm viele Erkenntnisse. Seine Chefs ertrugen die Nachfragerei des jungen Mediziners mit Geduld. Ein namhafter Internist und führender Hämatologe des Landes bot ihm eine Facharztstätigkeit an. Wenig später kam erneut der Schock eines potentiellen Todesurteils. Diesmal erkrankte er an einer abszedierenden tuberkulösen Pneumonie, die weitere 7 Monate Genesungszeit benötigte. Dabei lernte er eine Menge über die Pneumologie, da er auf der Station zugleich Patient und Arzt war („*machte kleine Erledigungen für die überlasteten Kollegen*“). Während der Facharzt Ausbildung erlebte er in der Obhut seines genialen und delegierfreudigen Vorgesetzten die Entwicklung der Hämatologie hautnah. Dabei wurden sehr oft komplementäre Methoden angewandt („*Neuraltherapie, Wickel, Essigbad, Eigenblut etc.*“). Erst später in den 60ern kam die Spezialisierung des Gebietes Hämatologie.

Wissenschaftlich geforscht wurde indes in verschiedene Richtungen, z.B. die Wirkung der Neuraltherapie bzw. Akupunktur auf das Regulationssystem, Knochenmarkstransplantationen etc. Diese Methoden galten noch als außerhalb der Schulmedizin („*von allen angegriffen*“). Später kam die Leukämie-Forschung hinzu, mit einer Möglichkeit Forschung mit Diagnose und Therapie zu verknüpfen. Aus der gelungenen Symbiose und in guter Zusammenarbeit mit den Kassen entstanden viele neue Erkenntnisse, eine gute internationale Zusammenarbeit und eine neue Klassifikation leukämischer Erkrankungen. („*für das, was ich machen will, muss ich selbst die Möglichkeiten organisieren*“). Jahre politischen Engagements in hoher Stellung neben der leitenden ärztlichen Tätigkeit folgten. Er machte in den 70-ern die Entstehung eines für die damalige Zeit hochmodernen Klinikum möglich, erlebte das Auf und Ab in der Politik und durchlebte sogar die Aufregung eines Mordskandals in einer Klinik seiner Stadt („*habe gelernt, jede Sitzung gut zu protokollieren*“). Anfang der Neunziger fertigte er trotz heftiger politischer Turbulenzen den Zielplan für die kommenden Jahre in Rekordzeit, stellte ihn vor und trat von seiner Position in der Politik zurück.

Sein Engagement für die komplementäre Medizin (Ganzheitsmedizin/Regulationsmedizin) baute auf die Jahre der Forschung in der Hämatologie und Inneren Medizin auf und beschäftigte sich mit der Frage, „*weshalb soviel in der Medizin schief läuft*“. Besonders relevant erschienen ihm die Möglichkeiten der Komplementärmedizin in Zusammenhang mit der Änderung der

Bevölkerungsstruktur: älter, chronischer, und multifaktorieller. Eine kausale Therapie war durch die Komplexität des klinischen Bildes nicht mehr möglich. Die komplementäre Medizin sei genau für diese Fälle („*hier habe ich ja Zeit*“) hervorragend geeignet und ermögliche Langzeittherapie meist ohne Nebenwirkungen oder Toxizität. Daher erschien es sinnvoll zwischen der Schulmedizin und den komplementären Verfahren (in Deutschland Naturheilkunde genannt) Brücken zu bauen und Toleranz zu schaffen („*das Beste aus beiden Welten nutzen ohne Konkurrenzdenken*“). Nicht alles, was man nicht kenne, sei falsch oder schlecht. Es gäbe keine Alternativmedizin („*kein Entweder-Oder*“), sondern nur eine Ganzheitsmedizin („*der Arzt behandelt nicht die Krankheit, sondern den kranken Menschen*“). Jede Methode müsse vom Arzt gut beherrscht werden. Die Qualität der Anwendung und die Qualifikation der Ärzte seien sehr wichtig. Eine Heilpraktikerausbildung, wie es sie in Deutschland gibt, reiche dafür nicht aus.

Es wäre nun an der Zeit ein Gesundheitszentrum zu schaffen, in dem alle Methoden gleichrangig angewendet werden könnten und das Ergebnis der Behandlung wissenschaftlich beurteilt werden würde. Auch wäre es an der Zeit eine systematische Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Praxen zu schaffen. In der Medizin seien die größten Herausforderungen folgende:

- Die Fortentwicklung der Akutmedizin, Schwerkranke in das normale Leben zurück zu führen
- Möglichst alle Regulationssysteme zu erforschen, um bei chronisch Kranken die Vorteile der Schulmedizin und von komplementären Methoden gezielt anwenden zu können.
- Dabei die psychische Situation des Patienten besser zu berücksichtigen.

Junge Mediziner sollten sich nicht primär spezialisieren, sondern erst einmal auf breiter Basis Erfahrung sammeln und jeden Patienten genauer untersuchen „*zu lernen mit den Händen zu erkennen, dass der Patient Störungen hat*“. Anschließend kann die Technik zur Vertiefung benutzt werden („*brauche keinen Doktor der Medizin, sondern einen Arzt*“). Ein wichtige Erkenntnis sei, Aussagen nicht primär zu Kenntnis zu nehmen, sondern kritisch zu prüfen. Man sollte auch unter der Gefahr eigener Schwierigkeiten und gegen übliche Meinungen („*keine Literaturgläubigkeit*“), das tun, was man für richtig hält.

Interview 8 (40 Minuten, Österreich, Klinische Pharmakologie)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 70 Jahre, ein habilitierter Internist mit 40-jähriger Berufserfahrung gehört zu den bekannten Klinischen Pharmakologen seines Landes.

Fasziniert vom Theater war es zunächst sein Ziel, Germanistik zu studieren, er entschied sich jedoch für die Medizin „*uninteressante Germanistik-Dissertationen in der Universitätsbibliothek gesehen*“.

Von den medizinischen Fächern sprach ihn die Onkologie, und hier besonderes die Leukämie, an. Während der internistischen Facharztausbildung kam er häufig in Kontakt mit Bluthochdruckerkrankungen, die ihn ebenfalls sehr interessierten. Er nahm an Forschungsprojekten teil. In den 60-igern gehörte er zu den Pionieren des neuen Faches Klinische Pharmakologie. Nach einer einjährigen Studienreise in die USA und nach Groß-Britannien übernahm er die Leitung einer Abteilung für Klinische Pharmakologie in seiner Heimatstadt. Dem folgte die Habilitation in der Inneren Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Pharmakokinetik.

Das Interesse für das Theater ließ auch über die Jahre nicht nach. Seit 1977 spielt er mit guten Freunden aus der Jugendzeit eine Rolle in einem Theaterstück, das 30-40 mal im Jahr durch das Land tourt. Erlöse werden für humanitäre Zwecke (z.B. Krankenhausbau) in Rumänien gespendet. Sein größter Wunsch, der bisher nicht Erfüllung gegangen ist, wäre an der Forschung von Heilmethoden für Krebserkrankungen zu arbeiten. Der Krebs hat ihm nahestehende Personen aus dem Leben gerissen.

Die Zusammenarbeit mit einem der führenden Homöopathen des Landes Ende der 70er Jahre brachte ihn in Kontakt mit nicht-konventionellen Methoden. In einer gemeinsamen Studie („*sehr gut angelegt und mehrfachblind*“) verglichen die beiden bei Bluthochdruckpatienten homöopathische mit pharmakologischen Arzneien. Das Studienergebnis für homöopathische Methoden war negativ: keine nachweisbare Wirkung bei Bluthochdruck. Trotzdem fühlten sich die Patienten erheblich besser, ihre Lebensqualität stieg eindeutig („*Man darf nicht von vorne herein sagen, etwas wirke nicht. Man muss es sich genau anschauen.*“). Der Aspekt Lebensqualität war jedoch in der Studie kein Prüfgegenstand. Um dies zu prüfen, wurde eine zweite Studie aus ganzheitlicher Sicht durchgeführt. Diese zeigte jedoch erneut ein negatives Ergebnis. In einer dritten Doppelblind-Studie wurden homöopathische Arzneimittel als Fertigarznei verabreicht und nicht nach den Hahnemann'schen Regeln individuell zubereitet. Hier wurde die Wirkung des Homöopathikums im Vergleich mit einem Placebo verglichen. Es konnte jedoch wieder mit den angewandten Nachweismethoden kein Wirkungsnachweis erzielt werden. Die Fertigarzneimittel blieben im Handel, da man auch keine Argumentation für ein Verbot hatte.

Dass die Medizin nur eine Ganzheitsmedizin sein kann, sei klar. Die Entwicklung in der Medizin sei negativ. Sie zersplitterte sich in Unmengen an Unterfächern. Wer könne da den Überblick halten? Eine neue Ausrichtung müsse bei der Politik anfangen. Es reiche nicht, im Rahmen von Präventionsarbeit zu sagen „lebt gesunder, baut Stress ab, nimmt ab“, sondern man müsse auch zeigen, *wie* das geschehen könne. Viele Ratschläge seien für die Patienten aus dem sozialen Kontext heraus einfach nicht durchführbar. Eine berufstätige Frau, die Vollzeit tätig sei, anschließend 3 Kinder und einen Haushalt zu versorgen hätte, könne am Abend nicht zum Sport gehen. Da reiche die Kraft nicht aus.

Medizinische Therapien per Rezept monatlich einmal wäre nicht ausreichend. Es müsse dafür gesorgt werden, dass eine Infrastruktur vor und nach dem Krankenhausaufenthalt die Patientenbedürfnisse auffängt.

Das Curriculum der Studierenden fokussiere zu sehr auf die technische Medizin. Die Probleme der meisten Patienten seien jedoch ganzheitlich zu betrachten („*der Patient will einen Arzt sehen, nicht einen Apparat*“). Da sei es kein Wunder, dass die Homöopathie eine positive Wirkung auf den Patienten hätte. Jemand hört mal dem Patienten gründlich zu und berät ihn. Für über 70% der Leiden brauche man gute psychologische Kenntnisse und gutes Zuhören und nur bei 20-30% die Apparatemedizin. Ein guter Arzt wisse diese beiden Leidensarten zu unterscheiden.

Interview 9 (60 Minuten, Die Niederlande, Innere Medizin und Zahnmedizin)

Die einzige Frau unter den Interviewten, ca. 60 Jahre alt, ist eine habilitierte Internistin und Forscherin mit 40-jähriger Erfahrung. Sie war viele Jahre Konsiliarärztin für die zahnmedizinischen Einrichtungen ihrer Universität.

In der Jugend verbrachte sie viel Zeit in der Natur („*Klettern*“) und in der Fabrik Ihres Vaters „*ich hätte ein Junge sein sollen*“. Ihre Neigung für männlich geprägte Tätigkeiten erweckte in ihr den Wunsch, Ingenieur zu werden. Ein Lehrer in der Abschlussklasse riet ihr jedoch davon ab: Das sei zu technisch, tue es nicht! Der Karriereberater in der Schule riet ihr aufgrund ihrer Begabung für Mathematik entweder Betriebswirtschaft, Medizin oder Ingenieurwesen zu studieren. Sie entschied sich für die Medizin und schloss das Studium 1964 ab. Im Studium sprach sie die Innere Medizin sehr an. Da jedoch die Innere Medizin eine unregelmäßige Zeitbindung und lange Arbeitsstunden bedeutete, entschied sie sich aus familiären Gründen zunächst für die Pathologie. Nach ein paar Jahren war sie erneut bereit die Innere Medizin anzugehen („*war doch interessanter*“). Eine Ausbildungsstelle zu finden, erwies sich als schwierig. Auch wenn es ihr gelang eine Stelle anzutreten, war die erste Zeit mit den männlichen Kollegen nicht einfach. Später erkannten die Kollegen, dass ihre Vorurteile grundlos waren, und so blieb sie dort mehrere Jahre.

In den 70ern fand sie eine Anstellung in der Inneren Medizin, die sie nach der Geburt ihres 2. Kindes antrat. Hier fand sie eine kollegiale Atmosphäre, in der sie Familie und Beruf gut verbinden konnte. Während dieser Zeit führte sie vornehmlich konsiliarische Tätigkeiten für benachbarte Abteilungen (Psychiatrie, Neurologie, Gynäkologie etc.) aus und genoss diese interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr. Das passte zu ihrem Temperament und Arbeitsstil („kurze interessante immer neue Patientenarbeit, schnell denken, schnell handeln“). Bald darauf schloss ihre Abteilung ein Abkommen mit der zahnmedizinischen Abteilung, bei dem medizinische Vorlesungen für die Zahnmediziner gehalten werden sollten. Mit der Zeit entstand daraus eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Internisten und den Zahnmedizinern, in der sie eine zentrale Rolle spielte.

Mitte der 80er Jahre übernahm sie die Leitung einer Abteilung in der Zahnmedizinischen Fakultät und eine Professur. Es folgten Jahre, in denen drei Aspekte der Arbeit im Vordergrund standen: Forschung, Patientenbehandlung und medizinische Ausbildung. Mit den Jahren änderten sich die Strukturen an der Universität. Innerhalb von 10 Jahren wuchs das Managementteam der Zahnmedizinischen Fakultät von einem Direktor zu 3 Rektoren, 2 Professoren und 5 Direktoren. Jeder besaß eine eigene Infrastruktur und ein eigenes Sekretariat. Auch das Verhältnis der Anzahl der Studierenden zu den Professoren änderte sich: aus 5 zu 1 wurde 20 zu 1. Das wirkte sich eindeutig negativ auf das Wissen der Studierenden aus. Ende der 90er im Rahmen von Sanierungsmaßnahmen wurde von den Behörden vor Gericht die Auflösung ihrer Abteilung in der Zahnmedizinischen Fakultät erstritten. Heute genießt sie ihre Pension neben weiterführenden Forschungsarbeiten und einer sporadischen konsiliarischen Tätigkeit.

Die Erfahrung der Jahre zeigte, worauf es für sie in der Medizin ankomme: 1. Patienten, 2. Studenten und 3. Forschung. Die integrative Zusammenarbeit zwischen der Medizin und der Zahnmedizin mache viel Sinn („kein Forschungsprojekt, sondern eine vereinte Zusammenarbeit in der Routine“). Leider seien dort oft unüberwindliche finanzielle Barrieren gewesen. Es sei enttäuschend zu beobachten, dass die Mediziner sich wenig für die zahnmedizinische Arbeit interessierten. Mit einer immer älter werdenden Population würde die Frage der Prävention immer wichtiger werden. Ärzte seien nicht ausreichend psychologisch ausgebildet worden. Kaum einer kann eine vernünftige medizinische Anamnese erheben.

Nicht-konventionelle Methoden hätte sie nicht ausgeübt. Es sei Herausforderung genug gewesen, in der eigenen Profession auf dem Laufenden zu bleiben. Die Akupunktur sei eine ganz neue Profession, die man nicht einfach so parallel durchführen könne. Es könnte sein, dass die meisten nicht-konventionellen Methoden eine reine Placebowirkung darstellen, solange sie aber nicht schaden, könne das nützlich sein. Die Medizin sei genau genommen ebenfalls ein Placebo. Auch wir versuchten das Wohlfühlen der Patienten zu steigern.

Die Entwicklungen in der Medizin seien wellenförmig. Vor 30 Jahren stünden die Patienten eindeutig im Mittelpunkt der Medizin, bis die technische Medizin aus den USA nach Europa kam. Es sei nur eine Frage der Zeit, bevor die Medizin den Patienten wieder entdecke („das hoffe ich zumindest“). Das könne noch 10-15 Jahre dauern. Die Studenten hätten sich ebenfalls geändert. Sie seien nicht mehr neugierig („ich brauche kein Stethoskop, sagte ein Student“) und würde dem Patienten kaum zuhören. Die Zeit zum Zuhören wurde systematisch reduziert. Finanziert würden dort nur 15 Minuten pro Patient, eine Stunde würde jedoch tatsächlich benötigt.

Die Erfahrung und das Wissen der Medizin-Senioren sei wertvoll, aber der Student müsse auch die Möglichkeit haben, eigene Beobachtungen und Ideen zu erforschen. Das würde in der heutigen Zeit zu sehr unterdrückt. Das Interessanteste sei der Patient. Immer eine neue Herausforderung. Die Basis für eine gute ärztliche Arbeit sei die Neugier auf Menschen.

Interview 10 (120 Minuten, Deutschland, Zahnmedizin, Medizin, Gesundheitsförderung)

Der Interviewpartner, männlich, ca. 60 Jahre, ist ein habilitierter Zahnmediziner und Mediziner mit einer über 30-jährigen Berufserfahrung. Er ist ein anerkannter Wissenschaftler u.a. in der Nosologie Orale Medizin, Naturheilverfahren und Parodontologie. Sein fachliches Interesse gilt der theoretischen Medizin, Biologie, Pathologie und den neuen medizinischen Bereichen. Er begeistert sich für Literaturwissenschaften und Geschichte.

Mit der Konstellation seines Elternhauses – Vater Pathologe und Mutter Zahnärztin – und einem neugierigen Interesse an Biologie lag es für ihn nahe, eine medizinisch orientierte Laufbahn einzuschlagen. Diese umfasste die Zahnmedizin und später die Medizin. Beim Studium der Zahnmedizin fiel ihm auf, dass wesentliche Teilgebiete im Studium fehlten, die bereits Anfang des 20. Jahrhunderts aus Deutschland heraus aufgebaut worden waren: Die Parodontologie und die Orale Medizin. Ab dann orientierte sich sein fachliches Bestreben nach diesen „abhanden gekommenen“ Teilgebieten. In Boston fand er, was er gesucht hatte. Zwei namhafte eingewanderte deutsch-österreichische Wissenschaftler wurden seine Lehrer. Mit der Förderung seines Klinikchefs gelang es ihm, die Methodologie und die Behandlungskompetenz zurück nach Deutschland zu bringen. Daraus resultierten eine Promotion, wissenschaftliche Publikationen und eine Abteilung der Parodontologie samt Labor. Eine universitäre Laufbahn war damit vorprogrammiert.

Während seines Literaturwissenschaftstudiums lernte er eine weitere beeindruckende Persönlichkeit kennen, die ihn zur Habilitation ermutigte. Mit seinen zwölfjährigen Forschungsarbeiten wurde er Mitbegründer der Ultraschalldiagnostik in der Medizin. Mit einem Standortwechsel kam er durch Zufall zum Aspekt der Prothetik in der Zahnheilkunde. Diese Erfahrung verhalf ihm im weiteren die Gesamtfunktion des muskulo-ossären Bewegungsapparates besser zu verstehen. Weitere Standortwechsel folgten. Sehr schnell gelang es ihm, eine ihm unterstellte Abteilung der Parodontologie mithilfe der Erkenntnisse in der Oralen Medizin international bekannt zu machen („*die Innere in der Mundhöhle*“). Eine Schule für den Aufbau von Hilfsberufen (Fachhelferinnen) und über 100 Publikationen waren ebenfalls Resultate seiner Arbeit.

Es folgten eine Reihe internationaler epidemiologischer Untersuchungen u.a. für die WHO unter dem von ihm geprägten Obergriff „*Behandlungsbedarf*“. Daneben betrieb er zusammen mit seiner Frau eine „Lehrpraxis“. Zwischen 1980 und 1989 baute er in Deutschland eine Privatuniversität und eine eigene Fakultät mit besonderer Richtung anthroposophischer Zahnheilkunde auf. Er fungierte dort in zwei Legislaturperioden als Dekan. Später leitete er eine wissenschaftliche Akademie einer Zahnärztekammer. Mitte der Neunziger eröffnete er erneut eine Zahnarztpraxis mit dem fachlichen Schwerpunkt Parodontologie, die er bis heute in Betrieb hat.

Er sei ein Verfechter der Theorie, „*dass es seit Menschengedenken bereits das „Medizinen“ gegeben haben wird, wie das Gesellschaftsbild der Religion auch*“. Ohne diese könne niemand auskommen. Die westliche europäische Medizin habe sich aus einer Notwendigkeit heraus entwickelt und habe ihren Ursprung in der „*Nachbarschaftlichkeit*“. Aus Lebens- und Überlebensregeln und „*Hilfeleistungen in schicksalhafter Verquickung*“ (Geburten, Infektionsbekämpfung etc.) ist die Medizin als Teil des Alltags neben anderen Wissenschaften entstanden. Das Grundverständnis war, die Gemeinschaft müsse erhalten werden. Dieses Denken sei ganz besonders durch die Religionen geprägt worden, Heilungs- und Linderungsmedizin auf spiritueller Grundlage. Dies unterscheide sich von den östlichen Philosophien (z.B. in China), die Erhaltung von Gesundheit in den Vordergrund stellten. Es gäbe nur eine Medizin, sie entspräche jedoch der Logik des geführten Lebens und den jeweiligen gesellschaftlich akzeptierten Entfaltungsmöglichkeiten. Aus der Hilfe für den Nächsten, gepaart mit einer stetigen Wissensverdichtung („*Leibniz sei einer der letzten Universalgelehrten*“) über die *Maximen des Handelns* (Kant), entstand hierzulande das „Arztum“: Der Arzt wurde vor diesem Hintergrund zum „*Handlungsführer*“.

Der Ursprung der Palliativmedizin sei bei den Dakota-Indianern zu finden. Dort wurden die alten Angehörigen ausgesiedelt und regelmäßig gepflegt, um sie auf den bevorstehenden Tod vorbereiten zu können. Die Nahua-Indianer hätten bereits über 1000 Jahren vor Christus Pflegezentren gebildet, in denen es eine hohe Konzentration von Medizinern gab. Die ersten Krankenhäuser in Europa sind zur Isolierung der Kranken entstanden („*der Arzt wurde gleich mit eingesperrt.*“). Mit Florence Nightingale, die sich als „*Schwester*“ aller Kranken und Leidenden sah, begann die Ur-Pflege in den Londoner Anstalten. Damit trat der Gedanke der „Keimverunreinigung“ in die Medizin ein.

Die Grundlage der Medizin sei die Physiologie, aus der das Verständnis für die Mikro-Morphologie entstanden ist. Die steigende Wissensverdichtung in der Medizin kam mit dem Einfluss der Hygiene, der Mikrobiologie und später der Virenforschung, der Immunologie und der Toxikologie gefolgt von der Molekularbiologie und der angewandten Genetik. Die Medizin der Zukunft sei der „*Humanökologischen Medizin*“ zuzuordnen, in der sich unterschiedliche Wissenszweige wieder zusammenfinden.

Der Baum der europäischen Medizin habe also seine Wurzeln sowohl im Nahen Osten, als auch im Mittelmeerraum und darüber hinaus. Er bestehe aus vier vertikalen „*Lianensträngen*“:

1. Ein Strang ist die Akut-Medizin zum Lebenserhalt oder –wiedergewinn,
2. Ein Strang ist die heilende Medizin,
3. Ein Strang ist Medizin, um im Sinne der Prävention zu schützen und um Leiden zu lindern,
4. Ein Strang ist die Palliativmedizin.

Diese Stränge hätten sich nach dem Stand des jeweiligen Wissens aufgebaut und wurden konventionell, also konsensual, um gelehrt werden zu können. Die Basis bliebe das Prinzip der Behandlungsführung durch den Arzt. Es gäbe also keine longitudinalen Grenzen zwischen der konventionellen und der komplementären Medizin; die Grenzen seien ausschließlich zwischen diesen beiden willkürlichen Einteilungen und insofern nur im Querschnitt zum jeweiligen Stand des allgemeinen Wissens beschreibbar: „*Konventionelle Medizin optimiere sich selbst; in der semantischen Definition der Konvention steckt die Begründung: Werden Verfahren oder/und Mittel reproduzierbar anwendbar, wird sich Konvention einstellen.*“

Er gehe davon aus, dass alle Entscheidungsbereiche - in der Medizin bzw. in der Behandlungsführung oder gar im Leben - in drei Kategorien einteilbar seien:

- Probleme, deren Verursachung einfach, nachvollziehbar und homolog ist. In der Medizin wäre die heilberufliche Aufgabe, die ätiologischen Faktoren zu eliminieren.
- Probleme, deren Verursachung unbekannt oder heterolog ist und ihr Verlauf als sequentiell bekannt vorausgesetzt werden kann. Die heilberufliche Aufgabe wäre, die Sequenz auszubremsen.
- Probleme, die höchste Komplexität aufweisen und bei denen sowohl Ätiologie als auch Genese der Sequenz unbekannt sind. Die heilberufliche Aufgabe wäre, in der Komplexität Muster zu erkennen und diese zu analysieren. Darin befinden sich möglicherweise isolierte „Mosaiksteine“, die wiederum den o.g. Kategorien zuzuordnen wären.

„Für sich“ entdeckt habe er „*konsequentes, literaturbasiertes Arbeiten in Relation zum Wissensstand in allen Wissensbereichen, die einem allgemeinebildeten Arzt und Mediziner bekannt sein müssen.*“

Die größte Herausforderung der Medizin sei, „*die Kongruenz der Medizin zu geistes-, sozial- und naturwissenschaftlichem Denken zu erkennen und den Medizinbedarf an den Bedürfnissen der Gesellschaften zu ordnen.*“

DISKUSSION

Aus den obigen Ausführungen werden einerseits die Sichtweise der Zeitzeugen bzw. der „Medizin-Senioren“ auf Komplementäres in der Medizin und andererseits die Gründe für die Auseinandersetzungen zwischen den Vertretern der konventionellen und nicht-konventionellen Heilmethoden fassbar.

Aussagen der Zeitzeugen zum Komplementären in der Medizin

Komplementäres aus dem medizinischen Alltag kommt in den Interviews oft nicht auf dem ersten Blick zum Ausdruck. Erst beim zweiten Durchgang der Interviewinhalte treten Formulierungen hervor, die zwar nicht primär vom Interviewpartner dem Komplementären zugeordnet werden, jedoch eine komplementäre Vorgehensweise bzw. Sichtweise im Sinne dieser Arbeit eindeutig beschreiben. Beispiele dafür werden weiter unten diskutiert.

Dies mag auch daran liegen, dass der Begriff „komplementär“ während der Interviewzeit primär unterschiedlich belegt war.

In Deutschland und in den Niederlanden werden komplementäre Verfahren mit naturheilkundlichen Verfahren, die längst der Schulmedizin zugerechnet werden, gleich gestellt. Hatte der Interviewpartner keine ausdrückliche Ausbildung in Naturheilverfahren vorzuweisen, so wurde die Anwendung solcher Verfahren - trotz der gegenteiligen anekdotischen Hinweise - verneint. Unter „komplementär“ wurde auch teils „interdisziplinär“ verstanden.

In Österreich ist der Begriff „komplementär“ geläufiger und weiter gefasst. Überlappend wurde dafür auch der Begriff „Ganzheitsmedizin“ verwendet. Hier kamen komplementäre Verfahren öfter und eindeutiger zum Ausdruck. In Belgien war die Verständigung durch die sprachliche Übersetzung (Deutsch-Englisch-Französisch) zusätzlich erschwert. Auch hier kam trotz des im Interview vertretenen streng schulmedizinischen Blickwinkels die „komplementäre Sichtweise“ zum Ausdruck.

Diese „komplementäre Sichtweise“ der Interviewten kann wie folgt gruppiert werden:

Humanwissenschaftliche Sicht

Interviewpartner 3 erkennt mit zunehmender Erfahrung die Grenzen der Naturwissenschaft und technischer Verfahren. Diese scheinen ihm „*nur ungenügende Antworten auf biologische Fragen geben zu können.*“ Die Suche nach einer besseren Verständigung zwischen den Welten der Natur- und Humanwissenschaft führt zu der Erkenntnis, dass humanwissenschaftlich erfassbare Phänomene - wie z.B. Selbstheilungskräfte - durchaus ein naturwissenschaftliches Pendant auf molekularbiologischer Ebene haben können.

Interviewpartner 4 erkennt ebenfalls das Dilemma der Medizin als Naturwissenschaft („*Medizin ist eine wesentliche Domäne, in der Handeln unter Unschärfe notwendig ist.*“).

Interviewpartner 5 weist auf die Bedeutung der eigenen Schlussfolgerung bei der Patientenbehandlung trotz zur Verfügung stehender Testresultate hin.

Interviewpartner 6 fordert eine humanistisch orientierte Mediziner-Ausbildung.

Systemische Sicht

Interviewpartner 1 warnt davor, die Interpretation von Testergebnissen, losgelöst von der Klinik, zu tätigen, da dies zu Fehldeutungen führen kann. Außerdem wird auf das „*therapeutische Dilemma*“ hingewiesen, d.h. unter dem Erwartungs- und rechtlichem Druck der Umwelt nicht in der Lage sein zu können, z.B. einem schwerkranken Pneumonie-Patienten „*ausschließlich unterstützende Maßnahmen wie lediglich Sauerstoff und evt. Flüssigkeitsersatz anzubieten.*“

Interviewpartner 5 unterstreicht die Rolle der Behandler bzw. Kliniker im Gesundheitssystem: „*...sei es ...die Verpflichtung des Profis, Moderation zu betreiben und sich zu fragen, was die beste Behandlung für diesen Patienten sei.*“.

Interviewpartner 2 weist ausdrücklich auf die systemische „Pulpa-Behandlung“ zur Vitalerhaltung der Zähne hin. Außerdem unterstreicht er wie auch Interviewpartner 8 die Bedeutung der Psychosomatik in der Medizin.

Interviewpartner 6 erwähnt die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit beim klinischen Bild der schweren renalen Hypertonie bei Nierentransplantationen.

Interviewpartner 9 hebt ebenfalls den Wert einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit - in diesem Fall zwischen der Zahn- und der Inneren Medizin - und der vorausschauenden Prävention hervor.

Interviewpartner 10 bringt die Bedeutung der systemischen Sicht bei der Patientenbehandlung auf den Punkt: „*die Innere(Medizin) in der Mundhöhle*“.

Symbolische bzw. symbiotische Sicht

Die Wirkung des „Arztes als Placebo“ und die Bedeutung des Arztes im Rahmen der Behandlung findet mehrmals Erwähnung (Interview 5, 6, 8, 9).

Interviewpartner 10 stellt die übergreifende Bedeutung des „Arztums“ soziologisch und historisch dar.

Vorgehen an den Grenzen der Schulmedizin

Interviewpartner 7 erfährt während des Krieges die Grenzen der Schulmedizin und die heilende Wirkung komplementärer Verfahren am eigenen Leibe. Beim Aufbau des damals neuen Feldes „Hämatologie“ in den 60-iger Jahren erlebt er die erfolgreiche Anwendung komplementärer Methoden aus Mangel an schulmedizinischen Alternativen. Mit zunehmender Patienten-Alterung und Chronifizierung der Erkrankungsprofile werden seiner Meinung nach die Möglichkeiten komplementärer Verfahren immer bedeutender.

Zur Rolle nicht-konventioneller Verfahren sagt Interviewpartner 10: „*Konventionelle Medizin optimiere sich selbst; in der semantischen Definition der Konvention steckt die Begründung: Werden Verfahren oder/und Mittel reproduzierbar anwendbar, wird sich Konvention einstellen.*“

Fazit

Alle Interviews belegen, dass reife und erfahrene Ärzte auf natürliche Weise „komplementär“ (im Sinne der vorliegenden Arbeit und der im Lehrgang (www.inter-uni.net) vertretenen Meinung) denken. Sie unterschätzen z.B. nicht den Wert natürlicher Selbstheilungskräfte und der eigenen Erfahrung bzw. ihrer Intuition. Sie verstehen, dass der Arzt selbst ein Teil der heilenden Wirkung, ein Teil der Medizin, ist. Sie lassen nicht-konventionelle Methoden im Rahmen der Behandlung als dankbare Ergänzung zu, solange sie keinen Schaden anrichten und sie als Ärzte weiterhin dafür die Verantwortung tragen können. Es scheint, als wäre eine offene Einstellung bzw. eine umfassende Wertschätzung und Würdigung unterschiedlicher Heilmethoden Ausdruck ärztlicher, handwerklicher und menschlicher Reife.

Gründe für Auseinandersetzungen an der Schnittstelle zur medizinischen Konvention

Die Gründe sind einerseits ursächlich und andererseits entwicklungsgeschichtlich nachvollziehbar. Darüber hinaus ergeben sich mehrere Ergebnis-Muster, die komplexerer Natur sind und sich auf diese Weise nicht einordnen lassen. Diese Ergebnismuster dieser Arbeit lassen sich unter den Oberbegriffen Einfluss der Vergangenheit und Einfluss der Gegenwart darstellen.

Die in diesem Zusammenhang erwähnten Ansätze für die Zukunft sind das Nebenprodukt dieser Analyse.

Der Einfluss der Vergangenheit

Die Medizin ist ein untrennbar Teil der Lebenslogik. Gewachsen aus der „Nächstenliebe“ entwickelten sich seit je her Ansätze für die akute lebenserhaltende, die heilende, die präventive und die palliative Medizin. Die Medizin steht unter dem starken Einfluss vergangener Tage und ist über Jahre durch religiöse und „kontra-religiöse“ vernunftbetonte Einflüsse geformt worden (Interview 4 und 10).

Aus dem Drang heraus, die Qualität der medizinischen Kunst zu optimieren, sich gegen Aberglauben und Quacksalberei zu schützen und das wachsende Wissen pädagogisch lehrbar zu gestalten, hat sich die Schulmedizin entwickelt. Hippokrates strebte nach verlässlichen Prognosen. Zu Infektionszeiten strebte man nach gesicherten Kausalitäten. So entwickelte sich der Fokus auf Krankheit bzw. auf das, was im Organismus scheinbar nicht stimmte. Aus anfänglichen Erklärungsversuchen entstanden Wissenschaftszweige, die durch den fortwährenden Technologiefortschritt zu einer immer höheren Verdichtung und Spezialisierung des medizinischen Wissens führten.

Aus dem Drang heraus sich - in den letzten 150-200 Jahren - von der Kirche zu emanzipieren und den Glauben in seiner Mächtigkeit zu relativieren, entstanden vernunftbetonte Denktraditionen (Descartes, Kant, Marx usw.). So entwickelte sich der Fokus auf den Geist unter Ausschluss des Körperlichen und Seelischen. Aus anfänglichen Emanzipationsversuchen entstanden prägende Denkmuster, die mithilfe von Ein- und Ausschlusskriterien eine hohe Neigung zur Trennung und zum Entweder-Oder-Denken aufwiesen. Das, was sichtbar, erfassbar, messbar und beweisbar war, hatte eine höhere Priorität. So auch in der Medizin.

Am Beispiel der Infektionsmedizin wird verständlich, weshalb die Beweisbarkeit solch einen großen Stellenwert hat:

1. Allgemein akzeptierte Erklärungstheorien hielten sich hartnäckig über Jahrhunderte und wurden zum „state-of-the-art“ erklärt, auch wenn sie aufgrund der Erkenntnis bereits damals grundsätzlich falsch waren.

2. Diejenigen, die sich durch sie im Vorteil sahen und marktorientiert handelten, verteidigten sie konsequent und entschieden für gewöhnlich über die Güte einer Heilmethode mit.
3. Autoritätsgläubigkeit und unkritisches Denken unterstützten wirksam falsche Theorien.
4. So lange, bis Erklärungstheorien in die Konvention gelangten, durchquerten sie verschiedene Akzeptanzstufen. Sie stießen zunächst immer auf eine starke Abwehr der zu diesem Zeitpunkt herrschenden Konvention.
5. Eine strenge Überwachung des Eintritts von neuen Theorien in die medizinische Konvention hatte Vorteile und Nachteile. Sie schützte zwar vor „Kurpfuscherei“, gleichzeitig schützte sie aber auch Theorien, die veraltet, falsch oder schädlich waren. Das hemmte den Fortschritt neuer Theorien, die aus dem nicht-konventionellen Bereich heraus in die Konvention hineintreten wollten.

Die heutige Wissenschaft, darunter auch die Schulmedizin, ist von diesen vergangenen Stimmungen stark geprägt worden. Gerade in der Diskussion über konventionelle und nicht-konventionelle Methoden werden die Polaritäten und das einseitige Denken spürbar: Naturwissenschaft vs. Humanwissenschaft, Krankheit vs. Gesundheit, Objekt vs. Subjekt usw.

Lösungs- und Denkansätze der Vergangenheit führen zu Problemen der Gegenwart, z.B.:

- Während in vergangenen Zeiten die Kirche „ewiges Leben“ versprach, verspricht dies heute die Medizin. Ein neuer wissenschaftlicher Aberglaube ist entstanden (Interview 6).
- Medizin erfüllt nicht den Anspruch der Naturwissenschaft, da dort ein „Handeln unter Unschärfe“ immer wieder notwendig wird (Interview 4).
- In der Infektionsmedizin, die lange Jahre gute Heilungserfolge zu verzeichnen hatte (Interview 5), führt das einseitige Denken und die Technologiegläubigkeit zu Fehlschlüssen bei der Behandlung neuer Krankheitsmuster wie AIDS, BSE, SARS etc. (Interview 1 und 3).

Der Einfluss der Gegenwart

Ökonomisch-wirtschaftliche Einflüsse wirken sich auf die Gesellschaftssysteme und die Wissenschaft aus. So auch auf das Gesundheitssystem und die Schulmedizin. Die Auswirkungen sind jedoch in der Medizin weitreichender als bei anderen Wissenschaften, da sie über Lebensschicksale entscheiden. Das gilt vor allem, wenn lukrative Entscheidungen dem ethischen Handeln verlockend gegenüber stehen (Interview 1 und 3). Das führt beispielsweise zu einer ungerechten Verteilung von Forschungsgeldern und zu fragwürdigen und teuren Heilmethoden (24). Auch hier wirkt sich die Dominanz der Apparatemedizin aus (Interview 1 und 4).

Die EBM (Evidenzbasierte Medizin), eine Medizin, die mit objektiven Beweisen, ihre Wirksamkeit effektiv demonstriert, ist zum Wächter der medizinischen Konvention erklärt worden. Was als Studie publiziert wird, ist evidenzbasiert und hat Wahrheitscharakter. Vor einer Literaturgläubigkeit wird jedoch gewarnt (Interview 3, 4, 5, 6 7). Theoretisch zwar liegt der Vorteil der EBM auf der Hand. Nur das, was wirkt und dem Patienten hilft, wird angewandt. Dadurch werden nur die Kosten erzeugt, die wirklich notwendig sind. Praktisch sind wir jedoch weit davon entfernt. Die konventionelle Medizin gehört seit jeher zu den größten und lukrativsten, aber auch teuersten Zweigen der Wirtschaft.

Die Vertreter des Gesundheitssystems haben Mechanismen zur Systemsteuerung entwickelt und setzen diese konsequent ein:

- Die Forschung und Lehre steuert ihre Standesangehörigen im Markt über die Verteilung von Forschungsbudgets und über die Gestaltung von wissenschaftlichen Karrierelaufbahnen.
- Die Versicherer (Kranken- und sogenannte Gesundheitskassen) bestimmen mit ihren Zahlungsbestimmungen die Abläufe, den Geldfluss und damit auch die Gewinner und Verlierer im Markt.

- Die Politik nutzt das medizinische Geschehen für ihre politische Arbeit und beeinflusst damit das Wahlverhalten und das Verhalten der Wähler bzw. Patienten.

Die wirtschaftliche Orientierung konditioniert Verhaltensweisen, die nicht immer das Gemeinwohl vor Augen haben. Ein kompliziertes politisch und wirtschaftlich motiviertes Netz an Beziehungen, Seilschaften und Lobbyarbeit verdeckt, verzerrt und verunstaltet die originäre Absicht der EBM trotz der oft fundierten wissenschaftlichen Arbeit an der Basis (Interview 3).

Auf politischer Ebene wird die Konvention monetär begünstigt. Die Geldströme beeinflussen zu einem gewissen Grad heilkundliche Entscheidungen im wirtschaftlichen Sinne (Interview 1 und 4). Eine Nicht-Beachtung der Geldströme kann für eine heilkundliche Institution den wirtschaftlichen Ruin bedeuten. Eine Nicht-Beachtung der Konvention kann für den einzelnen Mediziner den Ausschluss aus der medizinischen Gemeinschaft bedeuten (Sammelweis, Interview 1 und 3).

Dazu Fiala (21), ein HIV/AIDS-Forscher aus Wien:

„zur Entwicklung der Medizin in Europa muss man wohl sagen, dass sie sich weiterentwickelt hat trotz des starken Widerstandes Neuerungen anzuerkennen und umzusetzen. Semmelweis ist ein sehr gutes Beispiel. Die Medizin hat sich weiterentwickelt, obwohl Irrwege immer wieder große Aufmerksamkeit und finanzielle Mittel bekommen haben und von wirklich wichtigen Dingen abgelenkt haben. Auch war und ist der Kampf gegen äußere Feinde sehr populär: Viren, Bakterien etc. Das Engagement für eine weniger schädliche Lebensweise wird hingegen nicht konsequent unterstützt: Alkohol, Rauchen, Übergewicht etc.“

Dem gegenüber steht das Konsumverhalten, das für sich die nicht-konventionelle Medizin entdeckt hat. Die Konsumenten spüren die wohltuende Wirkung der sanfteren Methoden, agieren auf eigene Faust und erzeugen neue nicht zu unterschätzende Geldströme, die die Aufmerksamkeit der Konvention auf sich zieht. Die Chancen stehen gut, dass die Konvention nicht-konventionelle Methoden mit der Zeit über den Weg der wissenschaftlichen Publikation - eventuell unter einer anderen Bezeichnung - integriert (Interview 6). Mitunter wird dies, wenn aus Marktgründen erforderlich, auch an den Regeln der EBM vorbei geschehen. Viele nicht akut erkrankte Patienten nutzen das Gesundheitssystem zum sekundären Krankheitsgewinn und zur Eigenbeschäftigung. Sie erkaufen sich Aufmerksamkeit in der Hoffnung, eine Linderung ihrer chronischen Befindlichkeitsstörungen zu erfahren (25, Interview 4).

Fazit

Komplementäres gehört seit je her zum medizinischen Alltag. Der Weg nicht-konventioneller bzw. komplementärer Verfahren führt oft über die Abwehr durch die Konvention in die Auseinandersetzung und schließlich in die Akzeptanz und Integration.

Die Auseinandersetzung um konventionelle und nicht-konventionelle Methoden ist aber auch Symptom eines größeren über Jahrhunderte gewachsenen Problemkomplexes. Ein Problemkomplex, das im Alltag durch Kommunikationsstörung, Mangel an Verständnis, Zusammenarbeitslücken, Ressourcenknappheit und Kostenexplosion symptomatisch zum Ausdruck kommt. Ursachen dafür sind sowohl im Einfluss der Vergangenheit und als auch im Einfluss der Gegenwart auf die Medizin zu suchen. Der Einfluss der Vergangenheit besteht aus religiösen und „kontra-religiösen“ vernunftbetonten Bestrebungen. Der Einfluss der Gegenwart wirkt sich vor allem ökonomisch-wirtschaftlich aus und führt zum systembedingten konditionierten Verhalten. Diese Einflüsse führen gemeinsam zu einem einseitigen Denken und Handeln im medizinischen Alltag. Es liegen sowohl aus der Vergangenheit und als auch in der Gegenwart genügend Daten, Informationen und Ansätze vor, um das System zu optimieren. Diese Arbeit bietet dazu einen Beitrag.

Denkansätze für die Zukunft

Eine wichtige Erkenntnis aus den Interviews und der Literaturübersicht war, dass die heutige Schulmedizin „auf dem falschen Fuß stehe“ (Interview 4, 6, 7). Dabei ist jedoch wichtig, das Erreichte nicht zu verwerfen oder zu verkennen, sondern an der Stelle weiterzumachen, an der die Medizin heute steht. So soll das Beste aus beiden Welten - konventionell und nicht-konventionell - gleichzeitig verwendet werden (13, 20, 21; Interview 7). Ein Umdenken bzw. ein Kulturwandel ist notwendig, um dem einseitigen Denken entgegenzuwirken (Interview 4, 6, 7). Der Fokus muss sowohl auf die Krankheit als auch auf die Gesundheit gelenkt werden (20). Für die Neuausrichtung ist die Politik gefragt: die Geldströme müssen umgelenkt werden (Interview 1, 7 und 8). Gleichzeitig muss einer Überregulierung des medizinischen Systems und einer einseitigen Förderung medizinischer Teilbereiche entgegengewirkt werden (Interview 1, 4 und 9). Die Beforschung aller Regulationssysteme im menschlichen Organismus soll in den Vordergrund gestellt und gefördert werden, um Behandlungsvorschläge für langwierige und chronische Krankheiten machen zu können (Interview 7).

Für das Umdenken werden neue Ausbildungskonzepte benötigt, die medizinisches Verständnis in Form einer Lehre in der richtigen Mischung aus Theorie und Praxis durch „erstklassige Ärzte“ (Interview 7) weitergeben. Die Basis für das medizinische Bestreben bildet der Humanismus (Interview 2, 4 und 6). Psychologie, Psychosomatik, ärztliche Gesprächsführung (Anamneseerhebung) und subtile manuelle Untersuchungskunst sollen wichtige Bestandteile der neuen Ausbildungsform sein (Interview 2, 7 und 9). Die Qualität des Denkens und des Fragens muss verbessert werden (Interview 1, 3 und 8). Auf die Lehrqualität muss Acht gegeben werden (Interview 9). Aus den spezialisierten Wissensbereichen muss integrierter und in sich schlüssiger Lehrstoff und Standards zur Verfügung stehen, die den Auszubildenden die Gesamtsicht auf den Patienten vermitteln (Interview 4, 6, 7 und 9). Herausragenden Denkern muss eine Perspektive aufgezeigt werden, um sie für das europäische System langfristig zu gewinnen (Interview 6 und 10). Kontroverse fachliche Diskussionen sollen ohne die Befürchtung persönlicher Folgen möglich sein (Interview 1, 3 und 4).

Systemintegration

Der über Jahrhunderte gewachsene Problemkomplex, der den Gesundheitssystemen zu Grunde liegt, führt zu Kommunikationsstörungen, Mangel an Verständnis, Zusammenarbeitslücken, Ressourcenknappheit und Kostenexplosion im medizinischem Alltag. Ursachen hierfür sind oben ausführlich beschrieben. Die aus der vorliegenden Arbeit als Nebenprodukt gewonnen Erkenntnisse und Denkansätze werden im folgenden vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen im europäischen Gesundheitssystem in einem Fahrplan verarbeitet. Dieser würdigt die Vorzüge des heutigen Gesundheitssystems und setzt gleichzeitig einen breiteren und integrativen Fokus für ein zukünftiges Gesundheitssystem.

Krankheit

Das heutige europäische Gesundheitssystem verwaltet Krankheiten, ist also ein „Krankheitssystem“. Sie werden erforscht, beschrieben, geregelt und bepreist. Die vielen Schattierungen des Krankseins, besonders die weitverbreiteten weniger ausgeprägten Formen, die sich in Befindlichkeitsstörungen ausdrücken, finden sich im System nicht wieder. Derartig Kranke suchen nach Heilmethoden und finden sie am ehesten unter den nicht-konventionellen Methoden. Patienten und Heilberufler müssen einer Reihe von Kriterienkatalogen (der Konvention) genügen, um in den Genuss der Leistungen des

Systems zu kommen. Je kranker der Patient und je spezialisierter der Heilberufler, desto einfacher ist der Zugang zum System. Damit ist das Belohnungssystem definiert und das Ergebnis vorprogrammiert: viele kranke Patienten und zahlreiche Spezialisten. Krankheiten stehen im Brennpunkt des Geschehens und der Aufmerksamkeit. Sie ziehen und binden Ressourcen. Was im Mittelpunkt steht, wächst naturgemäß. Was monetär belohnt wird, wächst umso mehr.

Zu Friedenszeiten führte die krankheitsbezogene Aufmerksamkeit indirekt zu technologischen Fortschritten in der Medizin. Außerdem führte der medizinische Fortschritt zu einer erfreulichen Erhöhung der Lebenserwartung und obwohl der technologische Fortschritt zu punktuellen Durchbrüchen in der Krankheitslandschaft geführt hat, die Masse der Bevölkerung ist aber dadurch nicht weniger krank geworden. Im Gegenteil. Die sehr schnell wachsende prozentuale Überalterung aufgrund der nun höheren Lebenserwartung und der damit größer werdende Anteil an chronischen Erkrankungen erweitern die Krankheitslandschaft zusätzlich.

Die Ansätze zur Neuausrichtung des Gesundheitswesens, die bisher politisch angeboten wurden, sind in Wirklichkeit keine Lösungen, sondern eher eine verfeinere und präzisere Verwaltung des Bestehenden. Die Krankheiten werden noch intensiver und genauer erforscht, beschrieben, geregelt und bepreist. Ein überblähtes und ineffizientes System sei das, meinen viele Kritiker. Eine typische kulturpsychologische Erscheinung von Kontrollzwang und faktischer Ineffektivität. Die vorhandenen Problemherde spitzen sich in Krisen zu. Die Stimmen, die dies zu Recht kritisieren und Lösungen aufzeigen, gehen im Wirrwarr der politisch, wirtschaftlich und persönlich motivierten Diskussionen unter. Dennoch gibt es erfreulicherweise Gruppierungen, die sich leise, beharrlich und zielstrebig der Thematik stellen. Geschichtlich betrachtet ist eine solche Gegenbewegung nicht überraschend, sondern natürlich und eine Grundvoraussetzung für einen gesellschaftlichen Wandel, einen Wandel der Kultur und damit auch der Medizin.

Die Diskussionsdiskussion müsste sich der Aufgabe widmen, wie dieser Wandel wäre. Wie könnte ein anders ausgerichtetes System aussehen?

Gesundheit

Was wäre, wenn im Fokus des Gesundheitssystems Gesundheit anstatt Krankheit stünde?

Die WHO (27) definiert Gesundheit als ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Freisein von Krankheit und Gebrechen (*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The Definition has not been amended since 1948.*) Genauer gesagt beinhaltet Gesundheit laut WHO ein stabiles Selbstwertgefühl, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper, Freundschaft und soziale Beziehungen, eine intakte Umwelt, sinnvolle Arbeit und gesunde Arbeitsbedingungen, Gesundheitswissen und Zugang zur Gesundheitsversorgung, eine lebenswerte Gegenwart und begründete Hoffnung auf eine lebenswerte Zukunft.

Diese Definition erscheint für den ersten Schritt zunächst ausreichend, denn ein System, das diese Definition zum erklärten und ernstgemeinten Ziel hat, macht einen wesentlichen Schritt in Richtung eines ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitssystems. Eine weitergehende Definition von Gesundheit wird im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Diskussion um das im Entstehen befindliche Leben des Kindes im Mutterleib zukünftig sicherlich benötigt. Dies wird ethische Fragen und gesundheitsrelevante Fragen über die Bedeutung der Achtsamkeit vor der Menschenwürde aufwerfen.

Was im Mittelpunkt steht, wächst naturgemäß. Was monetär belohnt wird, wächst umso mehr. Eine wachsende Gesundheit der europäischen Bevölkerung wäre eine erfreuliche, lohnende und reizvolle Vision.

Da die absolute Betonung von Gesundheit und die Diskriminierung „Nicht-Gesunder“ bittere Erinnerungen an die Kriegsjahre weckt, kann dies nicht der Weg sein. Außerdem ist Krankheit ein nicht zu vernachlässigender Aspekt der Realität. Die Vision muss daher einen eindeutigen Platz für beide Pole bieten. Wesentlich ist das Gleichgewicht zwischen den beiden Polen: Gesundheit und Krankheit. Geht man davon aus, dass jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt anteilmäßig sowohl gesund als auch krank ist, ist das Zusammenführen der Begriffe nicht schwer.

Wie könnte das Gesundheitswesen mehr an der „Gesundheit“ ausgerichtet werden, ohne die Vorteile in der Krankheitsversorgung zu verlieren?

Ein neues System

Das Ziel des neuen Systems ist ein optimierter Grad an Gesundheit in einem System, das sowohl die Gesundheit als auch die Krankheit kennt und mit beiden auf adäquate Weise umgehen kann.

Eine Neuausrichtung eines jeden Systems - wie auch des Gesundheitssystems - muss einerseits die Geldströme und andererseits die Belohnungssysteme berücksichtigen und anpassen, um effektiv zu sein.

Der Geldfluss ist und bleibt der strukturgebende Faktor eines jeden Systems. Eine Ausrichtung des Systems nach „Gesundheit“ bedeutet, dass der Zustand „Gesundheit“ genauso viele oder mehr monetäre Vorteile für die Systemnutzer, d.h. Patient und Heilberufler, haben muss, wie der Zustand „Krankheit“. Es gäbe Vorteile wie mehr Lebensqualität für den Einzelnen und mehr Produktivität für die Gesellschaft als natürliche Nebenprodukte des neuen Systems.

Die Belohnungsregelung wird über den Erfolg bzw. Misserfolg des Systems entscheiden. Sie definiert wie primäre (Geld im Metasystem) und sekundäre Systemressourcen (Mensch, Raum, Material und Maschine im Versorgungssystem) freigesetzt werden dürfen, um das Systemergebnis (optimierter Grad an Gesundheit im Patientensystem) zu erzeugen.

Das System wird auf der Metaebene durch die Krankenversicherungspflicht unterhalten. Ein Teil der

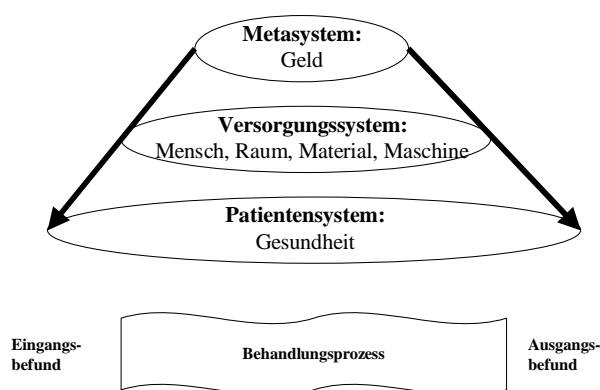


Diagramm 1: Verbindung zwischen den 3 Systemen

Krankenversicherungseinnahmen werden für die Solidargemeinschaft verwendet. Der Rest steht für den Versicherten selbst („Gesundheitskonto“) zur Verfügung. Psychische und physische „Gesundheitsmesskriterien“ werden dadurch einen hohen Stellenwert bekommen. Je gesundheitsorientierter sich der Versicherte verhält desto weniger muss er einzahlen. Verhält sich der Versicherte auffallend gesundheitsorientiert, so steht ihm ein Bonus zu.

Die noch zu führende Diskussion um geeignete „Gesundheitsmesskriterien“, die Faktoren wie das Alter, das Geschlecht, das familiäre, soziale und berufliche Umfeld, Lebensstil etc. ausreichend berücksichtigen, wird keine einfache sein. Derartige Diskussionen werden bereits z.B. im deutschen Krankenversicherungsumfeld vermehrt geführt. Hier ist die Verbindung zwischen Gesundheit und dem monetären Aufwand der Krankenversicherungsgesellschaft am transparentesten.

Es gibt jedoch für den Anfang genügend gute theoretische und praktische Ansätze bzw. Erfahrungen, die in die Arbeit einer dafür gewählten Expertenkommission hineinfließen könnten, wie z.B.

- Die Definition der Gesundheit durch die WHO (27)
- Die Definition von Gesundheitsförderung durch die Ottawa Charta (28)
- Die Definition des Sense of Coherence (SOC) durch Antonovsky (29)
- Die Laborparameter der Schulmediziner (Normbereiche)
- Die Aufnahmeparameter der Krankenversicherer
- Die Erkenntnisse von Gesundheitssystemforschern wie Ann Bowling (30)
- Die Erkenntnisse von Krankheitssystemforschern mit dem Aufbau der DRGs (diagnosis-related groups) und andere Punktzahlssystemen wie z.B. EBM
- Etc.

Es wäre wichtig, sich dieser Diskussion zu stellen und es wäre sinnvoll, die Diskussion zunächst außerhalb des monetär-motivierten Bereiches z.B. in einem Expertengremium der WHO zu führen, um eine Grundsatzklärung für die weitere Vorgehensweise zu formulieren und den groben Rahmen vorzugeben. Die Diskussionsdiskussion kann auf europäischer Ebene fortgesetzt und verfeinert werden. Die konkrete Diskussion und Umsetzung in den einzelnen europäischen Ländern mit den Involvierten kann im weiteren Verlauf erfolgen. Schon allein durch die Diskussion um Gesundheit wird sich das Bewusstsein im Gesundheitssystem vermutlich nachhaltig beeinflussen lassen. Es ist eine erste starke Ablehnung und eine darauffolgende hitzige Auseinandersetzung zu erwarten. Es ist aber auch zu erwarten, dass es mit der Zeit eine Akzeptanz und Integration des neuen Gedanken durch die Konvention geben wird, solange die Diskussion um Krankheit einen mindestens genau so großen Stellenwert beibehält und Diskriminierungen vermieden werden.

Allerdings muss in dieser Diskussion klargestellt werden, dass es keine allumfassende Lösung für die Gesundheitsbeurteilung durch „Gesundheitsmesskriterien“ geben kann. Es werden immer Fälle auftreten, die sich dem allgemeinen Regelwerk des Gesundheitswesens entziehen und im Einzelfall entschieden werden müssen. Auch hier - so wie in jedem anderen System - werden Fälle von Missbrauch zu erwarten sein. Außerhalb der allgemeinen Systemrichtlinien liegt auch der Bereich der Selbstverantwortung, die nicht zu systematisieren ist bzw. systematisiert werden sollte. Gesundheit ist und bleibt zunächst etwas ganz persönliches.

Im Metasystem sind die Parteien, die mit den primären Systemressourcen (Geld) in Berührung kommen, die folgenden:

- Versicherte, die Geld ins System (Budgets) einzahlen,
- Politiker, die Budgets einteilen und das Belohnungssystem steuern,
- Kassen, die Budgets austeilten und das Belohnungssystem verwalten,
- Heilberufler, die Budgets nutzen und sich gemäß dem Belohnungssystem verhalten,
- Patienten, die mithilfe der Budgets Leistungen in Anspruch nehmen

Die Verbindung zum Versorgungssystem und den sekundären Systemressourcen (Mensch, Raum, Material und Maschine) schaffen die Heilberufler. Der Begriff Heilberufler umfasst alle, die im Versorgungssystem eingebunden sind. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Ärzteschaft als Behandlungsführer in der Heilberuflergruppe. Die Heilberufler erfüllen neben den fachlichen Ausrichtungen im wesentlichen vier Funktionen:

- Funktioneller Schwerpunkt „Behandlung“
- Funktioneller Schwerpunkt „Technik“
- Funktioneller Schwerpunkt „Forschung“
- Funktioneller Schwerpunkt „System“

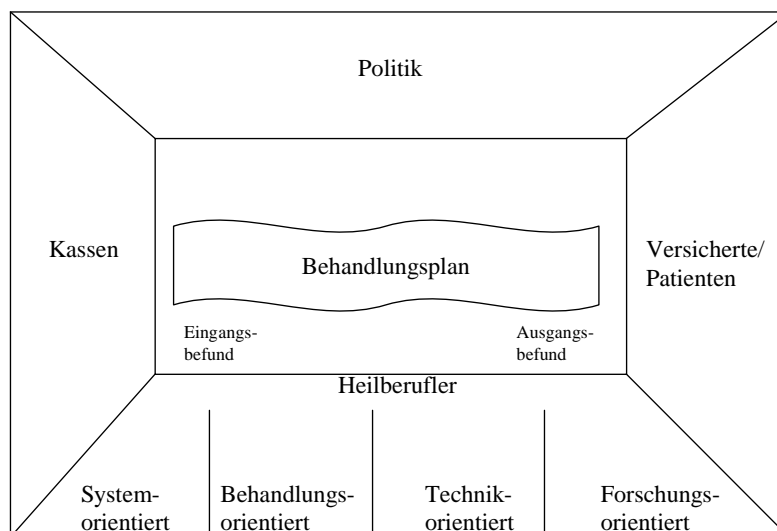


Diagramm 2: Übersicht über die Involvierten im System

Übertragen auf das heutige System lassen sich folgende Analogien herstellen:

Heilberufler mit	Typische Fachrichtungen	Typische Industrien	Typische Krankenhausbereiche
Schwerpunkt „Behandlung“	Allgemeinmediziner, Internisten etc.	Praxen Krankenhäuser	Krankenhaus-Stationen
Schwerpunkt „Technik“	Chirurgen, Radiologen etc.	Medizin-Geräte-Industrie, IT-Industrie	Funktionsabteilungen
Schwerpunkt „Forschung“	Physiologen, Anatomen, Pathologen etc.	Pharmazeutische Industrie, Biotechnologie Forschung und Lehre	Laborabteilungen
Schwerpunkt „System“	Medizin-Controller, Qualitätsmanager, Direktoren etc.	Krankenhaus-Industrie, Berater-Industrie	Krankenhaus-Verwaltung

Tabelle 4: Analogien

Während im heutigen System der Praxisbesuch und der stationären Aufenthalt in Krankenanstalten unabhängig voneinander im Vordergrund stehen, ist im neuen System der Gesundheitsprozess (als ein Teil des Lebensprozesses) des Einzelnen der Mittelpunkt. Das System kennt 5 Episodenarten bzw. Zustände von Gesundheit und Krankheit (s. Tabelle 5), in denen es mit dem Gesundheitsprozess des Einzelnen in Berührung kommt.

Episode	Zustand	Gesund	Krank	Fokus	Leistungen	In % aller Erkrankungen (geschätzt)
A	Keine Erkrankung	Ja	Nein	Gesundheitsförderung, Förderung von Gesundheit	z.B. Lebensumfeldanalysen, Checkupprogramme, Komplementäre Methoden,	30%
B	Potentielle Erkrankung	Ja	Potentiell	Prävention	z.B. Unterstützungsprogramme Komplementäre Methoden	
C	Akute Erkrankung	Nein	Ja	Akute Behandlung	z.B. konservative, operative Behandlungen	20%
D	Chronische Erkrankung	Ja und Nein	Ja	Heilung	z.B. Komplementäre Verfahren, Selbsthilfe-Programme, Rehabilitation	50%
E	Degenerative Erkrankung	Nein	Ja	Palliativpflege	Z.B. Krankheitseindämmung	

Tabelle 5: Episodenarten, angelehnt an Kratky (26)

Im Lauf des Lebens wird der Einzelne mehrere Episodenarten durchlaufen. Für jede Episodenart gibt es im System die dazu passende Anlaufstelle inklusive Leistungsangebot. Im Laufe des Lebens durchläuft der Einzelne sogenannte Checkpunkte (s. Diagramm 3), an denen der aktuelle Gesundheitszustand nach definierten Kriterien erhoben wird. Die Informationen, die aus den Erhebungen entstehen sind durch sogenannte „Trust Center“ geschützt, um Missbrauch vorzubeugen (Datenschutz). Die Informationen werden in elektronischen Patientenakten (EPA) abgelegt, die ein Leben lang den Einzelnen begleiten. Hier sind die Informationen kontexttreu und sicher aufgehoben.

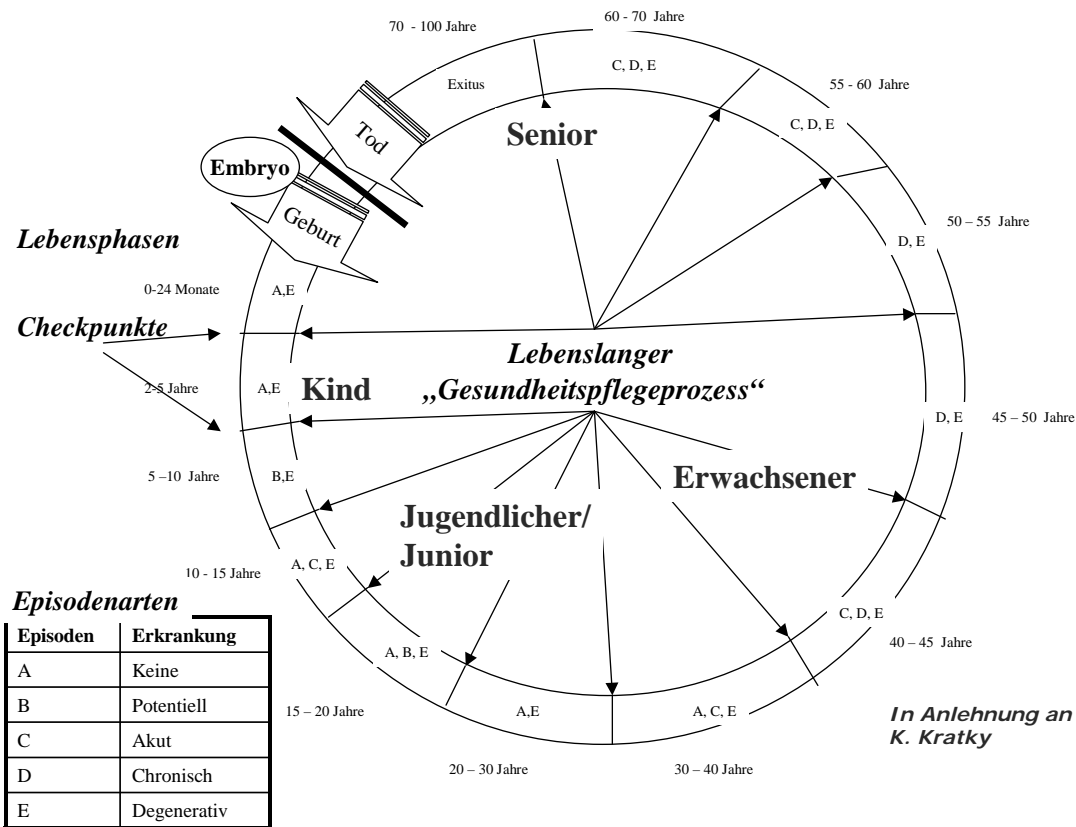
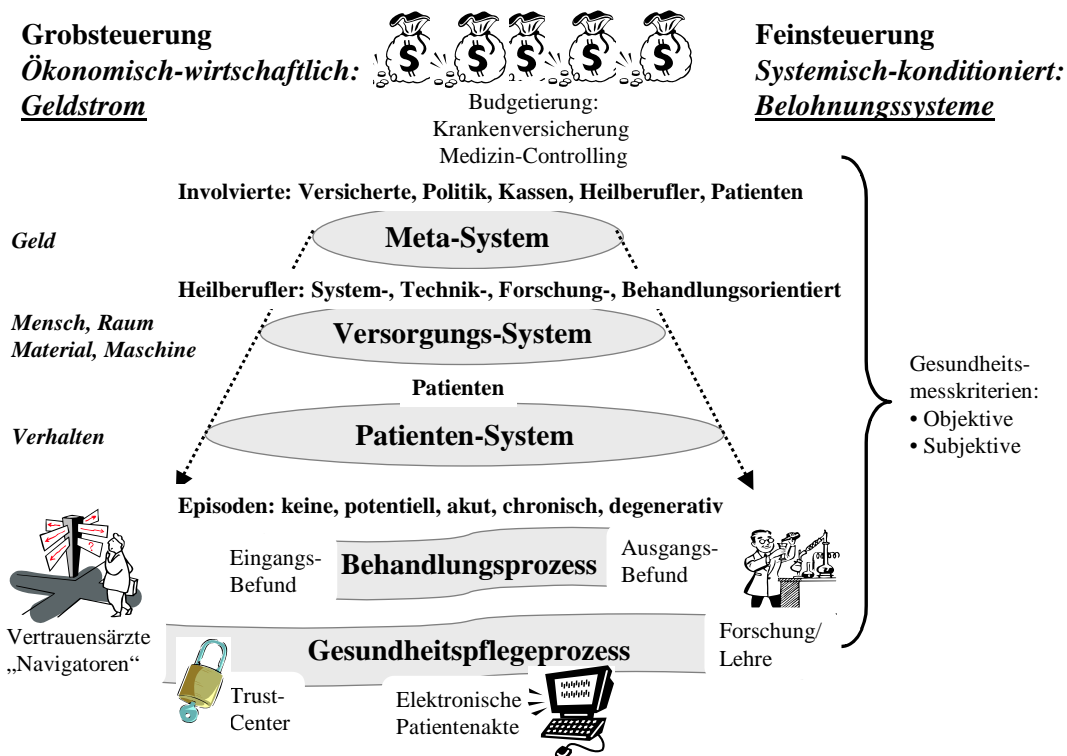


Diagramm 3: Episodenarten angelehnt an Kratky (26)

Für die Abrechnung der Leistungen in den einzelnen Episoden müssen neben den bereits bestehenden ähnlich gelagerten Budgets für die Episoden C (Akute Erkrankung), D (Chronische Erkrankung) und E (Degenerative Erkrankungen) weitere Budgets definiert werden. Diese sind zwei weiteren Episoden zuzuordnen: Nicht-Kranke (Episode A) und Potentiell-Kranke (Episode B). Auch diese beiden Gruppen kommen in den Genuss des Systems für Leistungen wie z.B. allgemeine Lebens- und Gesundheitsberatung, Checkups und Präventionsprogramme.

Das System trennt zwecks eines besseren Überblicks chronische Erkrankungen von degenerativen Erkrankungen. Degenerative Erkrankungen (Episode E) beinhaltet Behandlungsprogramme z.B. für seltene genetische und onkologische Erkrankungen oder langwierige und schwere Erkrankungen wie z.B. Alzheimer. Damit wird ein spezieller Fokus auf Erkrankungen gelegt, die monetäre Ressourcen überproportional binden, um mittels gezielter Forschungsprojekte diese anzugehen. Außerdem wird mit den Episoden A und B ein definierter Platz für Nicht-Kranke und Potentiell-Kranke geschaffen. Hier werden verschiedene Schattierungen von „Befindlichkeitsstörungen“ anzusiedeln sein. Das Ziel ist, sie bereits an dieser Stelle wahrzunehmen, bevor sie sich zu einer Erkrankung entwickeln.

Diagramm 4: Rückübersetzung des neuen Systems in die Konvention



Damit das System nicht missbraucht wird bzw. adäquat genutzt werden kann, wird der Systemzugang durch „Vertrauensärzte“ mit funktionellem Schwerpunkt „System“ sichergestellt (die Navigatoren).

Während im heutigen System der Zugang zu den primären Systemressourcen (Geld) ausschließlich mit der Ausübung von Leistungen geschieht und der Blick auf Prozessoptimierung gerichtet ist, wird im neuen System ein Teil der Ressourcenausüttung auch vom Ergebnis der Episode abhängen. Das Ergebnis der Behandlung rückt damit ebenfalls in den Mittelpunkt der Belohnungsregelung (s. oben).

Je höher der Anstieg des Gesundheitszustandes des Patienten - gemessen an den objektiven und subjektiven „Gesundheitsmesskriterien“ - am Ende der Episode, desto größer die Ausschüttung bzw. der „Bonus“ des Falles für die Heilberufler. Durch die Einbindung im lebenslangen Gesundheitsprozess können auch mittel- und langfristige Behandlungsergebnisse systemisch berücksichtigt werden.

Auch die Patienten erhalten damit eine neue und bessere Ausgangsposition. Durch ihre subjektive Einschätzung des Endergebnisses („der gefühlte Gesundheitszustand“) wird die monetäre Ausschüttung beeinflusst. Dadurch wird sich die Systemqualität auch in bezug auf das Service verbessern. „Operation gelungen, Patient tot“ wird der Vergangenheit angehören.

Die Preiszuweisung für die Episoden und die behandelten Erkrankungen kann bis auf weiteres an den DRGs (diagnosis-related groups) angelehnt werden, damit auch hier „Fall- und Episodenpreise“ generiert werden können. Die Episodenarten A (nicht-krank) und B (potentiell-krank) sind dort hinzuzufügen, die Episodenart E eindeutiger herauszuarbeiten.

Eine Institution, die heilberufliche Leistungen anbieten möchte (Praxis, Krankenhaus und sonstige Anstalten), kann sich auf eine oder mehrere Episodenarten spezialisieren. Innerhalb der Institutionen kann die Ausrichtung der Arbeit nach den vier funktionellen Schwerpunkten („Behandlung“, „Technik“, „Forschung“ und „System“) langjährigen Konflikten gegenüber Abhilfe schaffen. Damit lösen sich Kommunikationsbarrieren systembedingt, da die Angehörigen der jeweiligen Funktionsgruppe auf einer ähnlichen Wellenlänge kommunizieren können:

- Die Aufnahme geschieht durch Heilberufler mit funktionellem Schwerpunkt „System“: Mediziner, die zusätzlich systemisch ausgebildet sind und den Weg des Patienten durch die Institution maßgeblich bestimmen.
- Die Stationen werden von Heilberuflern mit Schwerpunkt „Behandlung“ geführt: Mediziner, die für eine gute Vorbereitung, Beobachtung und Nachbereitung des Falles mit Hilfe eines Heilberuflerteams gewährleisten (Bezugsperson des Patienten).
- Die Operationssäle und die Funktionsabteilungen sind durch Heilberufler mit Schwerpunkt „Technik“ besetzt: Mediziner, die sich auf Erkennung und Beseitigung von krankhaften Prozessen mit Hilfe technischer Mittel spezialisiert haben.
- Das Labor wird von Heilberuflern mit Schwerpunkt „Forschung“ gesteuert: Mediziner, die Eingangs-, Durchgangs- bzw. Fallparameter und Ausgangsparameter bestimmen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Behandlungspläne werden in den Vordergrund rücken, da der Behandlungsprozess ohne sie nicht zu bewältigen wäre. Die integrierte Versorgung ist ebenfalls Systembestandteil und kein parallel zu erreichendes Ziel mehr. Die Einteilung in die 4 o.g. Funktionsgruppen wird zur besseren Nutzung persönlicher Begabungen und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen.

Zu Führungszwecken werden interdisziplinäre Gremien aus allen vier Funktionsgruppen („Behandlung“, „Technik“, „Forschung“ und „System“) notwendig sein. Die „Personalschlüssel“ (Anzahl der zugelassenen Arbeitskräfte eines Bereiches) für die unterschiedlichen Bereiche sind dem neuen System angepasst. Die Aufbaustruktur wird neben prozessorientierten Kreisen (Center) verschiedene Ebenen von regelmäßig kommunizierenden Gremien, eine Entscheidungskaskade und einen Eskalationspfad vorsehen. Das Einsetzen von qualifizierten Führungskräften in Kernpositionen wird für den Betrieb des Systems entscheidend sein. Die vertraglichen Verpflichtungen der Führungsmannschaft müssen mit dem Belohnungssystem verknüpft werden. Genauer gesagt muss es allen Involvierten im System um eins gehen: Mehr Gesundheit für den Patienten.

Implementierung

Die wesentliche Barriere für die Implementierung eines solchen Systems ist nicht der Mangel an Ressourcen oder Möglichkeiten. Sie ist das derzeit vorherrschende Denken. Durch das Denken schaffen wir uns unsere Welt.

Wird Medizin mit ausreichendem Wissen und ausreichender Erfahrung ausgeübt, besteht kein Zweifel über den Inhalt einer guten heilberuflichen Arbeit. Es gilt nach bestem Wissen und Gewissen die passendste und sanfteste Methode für die Genesung des Patienten zu finden und anzuwenden. Dies hat immer mehr Gesundheit zum Ziel. Der Weg zum neuen System umfasst einen Reifungsprozess im Denken, das in Strukturen umgewandelt werden muss. Gemäß meiner Erfahrung im Gesundheitswesen würde der Übergang vom jetzigen ins neue System, wenn er konsequent umgesetzt wird, vermutlich ca. 7-10 Jahre in Anspruch nehmen.

Wissens-Aufbau / Ausbildung: mehrdimensionales und integriertes Denken

Für einen Kulturwandel muss daher die Auseinandersetzung mit dem Denken, somit der Einstellung, früh beginnen. Bereits in der Ausbildung der zukünftigen Heilberufler müssen neue Sichten, auch nicht-konventionelle, erlaubt und gefördert werden. Diese müssen sowohl Gesundheit als auch Krankheit umfassen. Die natürlichen Begabungen der Studierenden müssen mehr berücksichtigt werden. Es muss der persönlichen Diskussion und Auseinandersetzung mit erfahrenen Personen im Berufsfeld Raum gegeben werden. Die medizinische Ausbildung muss anders strukturiert werden und um eine großen Teil betreuter praktischer Arbeit ergänzt werden. Nach den ersten Jahren einer Grundausbildung (z.B. 3 Jahre), folgt die Spezialisierung (z.B. 3 Jahre) in Richtung einer fachlichen Ausrichtung inklusive der oben beschriebenen vier funktionellen Ausrichtungen. Beispiele von Studiumszielen könnten sein:

- Schwerpunkt „Behandlung“: „Innere Medizin mit Spezialisierung Naturheilkunde und komplementäre Methoden“
- Schwerpunkt „Technik“: „Augenheilkunde mit technischer Spezialisierung in Lasertechnologien“
- Schwerpunkt „Forschung“: „Innere Medizin mit Spezialisierung in Gesundheitsforschung“
- Schwerpunkt „System“: „Allgemeinmedizin mit systemischer Spezialisierung“

Wissens-Clearing: Freies und kontroverses Denken

Die Frage, ob die Evidenzbasierte Medizin das hält, was sie verspricht, muss konkreter und konsequenter angegangen werden. Es müssen Foren geschaffen werden, in denen unbequeme, andersartige und „nicht-konventionelle“ Meinungen Gehör finden. Neue Methoden müssen sowohl von Vertretern der vier Funktionsgruppen und als auch von Standesvertretern der verschiedenen Fachrichtungen kontrovers, gleichberechtigt und ohne Angst vor Repressalien diskutiert werden können. Es müssen geeignete Bahnen für den Umlauf und die Reifung von Wissen geschaffen werden. Diese müssen bis zur Annahme des Wissens durch das System von den Regeln des Marktes abgekoppelt werden. Hier besteht die Notwendigkeit, gegen potentielle Korruption systematisch vorzugehen. Eine ausgeglichene Verteilung der Ressourcen und damit der Macht unter den Spielern im System kann vorbeugend wirken. Keine Gruppe darf bevorzugt oder diskriminiert werden.

Wissens-Kreislauf: Vermengen von neuem und „altem“ Denken

Das Wissen der älteren Wissenschaftler-Generationen ist für den Wissens-Aufbau neuer Generationen wichtig. Hier kann aus Erfahrung gelernt werden. Es wäre sinnvoll, dies in komprimierter Form wieder in die Ausbildung einfließen zu lassen. Auch könnte dieses Wissen für das praktische „Mentoring“ von Studierenden verwendet werden, das zumeist aus Zeitmangel auf der Strecke bleibt. Genauso müssen die Ideen jüngerer Wissenschaftler gleichberechtigt den Weg in den Wissenskreislauf finden.

Im neuen System wird sich eine Auseinandersetzung um konventionelle und nicht-konventionelle Methoden erübrigen. Heilmethoden, die vorteilhaft für den Patienten sind, werden systembedingt mehr zum Vorschein und schneller zum Einsatz kommen. Es wird einen Wettbewerb um Methoden geben, die Gesundheit fördern. Auch die EBM wird ihren berechtigten Platz finden. Es werden mehr und mehr komplementäre Methoden in die Konvention übergehen, da die Konvention unter dem Oberbegriff „Gesundheit“ dafür Platz geschaffen hat. Alternative Methoden werden, soweit „europäisierbar“, ebenfalls in die Konvention übertreten. Der Abwanderung des Wissens aus Europa, auch heute eine ernstzunehmende Gefahr, wird durch Motivationssteigerung zufriedener Heilberufler entgegengewirkt. Eine Benchmarking-Maßnahme - Europa versus USA - kann weitere Faktoren zutage bringen, die im europäischen Gesundheitssystem nutzbringend eingebaut werden könnten. Ob

das beschriebene neue System realistische Chancen für eine flächendeckende Umsetzung hat oder nicht, kann nur durch das Ausprobieren, Erfahren und Reflektieren herausgefunden werden. Eine Pilotimplementation im Kleinen mit den Hauptspielern des Systems wäre hier das Mittel der Wahl.

Fazit

Wir dürfen nicht vergessen, dass neue Ideen, wie die hier vorgestellte, gründlich und kritisch diskutiert und getestet werden müssen. Ein Interviewpartner formulierte es so:

„Es ist falsch, einfache Antworten auf komplexe Fragen zu geben. Das deckt nur 10% der Wahrheit ab. Bitte keine Kochrezepte. Diese sind häufig sehr falsch. Plausibel aber sehr falsch (Plausibilitätsfalle). Wenn wir die Komplexität nicht betrachten, dann zerstören wir alles. Man muss dem System die richtigen Fragen stellen, um die richtigen Antworten zu bekommen. Das Fragen geht nie zu Ende und es ist nie sicher, ob die Antwort wirklich stimmt.“

Solange jedoch die kritische Prüfung den Keim einer neuen Entwicklung nicht vorzeitig abtötet, ist sie förderlich und sichert die Qualität neuer Ideen. Für Europa wird es zukünftig von erheblicher Bedeutung sein, ein Gleichgewicht zwischen der kritischen Prüfung und dem Zulassen neuer Ideen zu halten.

QUELLENVERZEICHNIS

1. Sournia, J-C.; Poulet, J.; Martiny, M. (Herausgeber): Illustrierte Geschichte der Medizin, Andreas&Andreas Verlagsanstalt (1980)
2. Winkle, S.: Geißeln der Menschheit, Kulturgeschichte der Seuchen, Artemis & Winkler Verlag (1997)
3. Köhnlein, C.: Die SARS-Hysterie. SARS auf den Spuren von AIDS und BSE. Eigentümlich Frei Nr. 36, 40-42 (2003)
4. Duesberg, P.; Köhnlein, C.; Rasnick, D.: The chemical bases of the various AIDS epidemics. J. Biosci., Vol. 28, 383-412, June 2003
5. Duesberg, P.: Human Immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome: Correlation but not causation. Proc. Natl. Acad. Sci. USA Vol.86, pp. 755-764 (February 1989)
6. Schaefer, J. et al: A Place for Theoretical Cardiology, Basic Research in Cardiology, Vol. 82, No. 3 (1987)
7. Backhaus, B. et al: Brain drain Brain gain, Eine Untersuchung über internationale Berufskarrieren, Gesellschaft für Empirische Studien, Stifterverband für Deutsche Wissenschaft (Draft Juni 2002)
8. Mahroum, S.: Europe and the Challenge of the Brain Drain, Institute for Prospective Technological Studies, Sevilla, Spain (1999)
9. Pieringer, W.; Ebner, F.: Zur Philosophie der Medizin, Springer Verlag (2000)
10. LeShan, L: The Dilemma of Psychology, Allworth Press (2002)
11. Pieringer, W.: Theorien und Methoden der Humanmedizin, in: Zur Philosophie der Medizin, Springer Verlag (2000)
12. Pieringer, W.; Fazekas, Ch.: Grundzüge einer Theoretischen Pathologie in: Zur Philosophie der Medizin, Springer Verlag (2000)
13. Lohff, B.; Schaeffer, J. et al: Natural defenses and autoprotection: naturopathy, an old concept of healing in a new perspective. Medical Hypotheses 51, 147-151 (1998)
14. Schaeffer, J.; Nierhaus, K.H. et al: Mechanism of autoprotection and the role of stress-proteins in natural defenses, autoprotection and salutogenesis. Medical Hypotheses 51, 153-163 (1998)
15. Schwanitz, D.: Bildung. Alles, was man wissen muss, Weltbild Verlag (1999)
16. Duden Etymologie, Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache, 2. Auflage, Dudenverlag Mannheim/Wien/Zürich
17. Kaptchuk, Ted J.: Das große Buch der chinesischen Medizin, Heyne Verlag (2001).
18. Spranger, H.: Europäische Kulturgeschichte komplementärer Medizin. CoMed Verlag, 84-86 (03/03).
19. Spranger, H.: Immunmodulation in Kenntnis der Funktion. CoMed Verlag, 1-6 (05/03).
20. Weil, A.: www. DrWeil.com, Newsletter, Phoenix, Arizona (2003)
21. Fiala, C.: Email vom November 2003
22. Pelzl, B.: Die Welt als Maschine, der Markt als Maß. In Philosophie der Medizin, Springer Verlag (2000)
23. Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren / Expertenkreis Naturmedizin (1999) / IKK-Modellprojekt für Alternative Verfahren (2003) / Universität Witten-Herdecke als Zentrum für Komplementärmedizin (2003). Quelle: Ärzte-Zeitung
24. Blech, J.: Die Krankheitserfinder. Wie wir zum Patienten gemacht werden. S. Fischer Verlag (2003)
25. Barten, W.: Was habe ich bloß? Die besten Krankheiten der Welt. Droemer Verlag (2003)
26. Kratky, K.W.: Komplementäre Medizinsysteme. Vergleich und Integration. Ibero/ European University Press, Wien 2003
27. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
28. Ottawa Charta (1986): Definition von Gesundheitsförderung. Handbuch Alkohol Österreich (2000), <http://www.api.or.at/akis/texte/001/defottawacharta.htm>
29. Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgvt Verlag (1997)

30. Bowling, A.: Measuring Health. A review of quality of life measurement scales, Open University Press, Second Edition (1997)

31. Masterlehrgang für komplementäre, psychosoziale und integrative Gesundheitsförderung /
Master's Programme for Complementary, Psychosocial and Integrated Health Sciences:

www.inter-uni.net/hs

P.C. Endler & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Salutogenetische Grundlagen

Health Promotion & Promotion of Health: Orientieren an Ressourcen
im Kontext komplementärer Heilkunde

Beate Blättner & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Tiefenpsychologische Grundlagen

Therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Selbsterfahrung und Fallarbeit
im Kontext komplementärer Heilkunde

Paul F. Paß & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Regulationsbiologische Grundlagen

Naturwissenschaftliche Grundlagen und Konzepte regulativer Verfahren
im Kontext komplementärer Heilkunde

Heinz Spranger & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Vorstellung regulativer Verfahren im Kontext komplementärer Heilkunde -
Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung

Peter Ferdinand & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren

Menschenbild und Heilkunde

Karl W. Kratky & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004

Wissenschaftliches Arbeiten

im Kontext komplementärer Heilkunde und integrativer Gesundheitsförderung

P. C. Endler & EU-team@inter-uni.net

edition@inter-uni.net, 2004