

Ottmar Leiß

KONZEPTE UND MODELLE INTEGRIERTER MEDIZIN

Zur Aktualität Thure von Uexkülls
(1908–2004)

[transcript] + Medical Humanities

Ottmar Leifß
Konzepte und Modelle Integrierter Medizin

Medical Humanities | Band 8

Ottmar Leiß (Prof. Dr. med.), geb. 1948, ist Arzt für Innere Medizin und Gastroenterologie. Er promovierte und habilitierte an der Medizinischen Klinik der Universität Bonn und war am Fachbereich Gastroenterologie der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden sowie in einer gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis in Mainz tätig. Darüber hinaus ist er langjähriges Mitglied der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin.

Ottmar Leiß

Konzepte und Modelle Integrierter Medizin

Zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)

[transcript]

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch den Fachinformationsdienst Philosophie.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 Lizenz (BY-NC-ND). Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung, gestattet aber keine Bearbeitung und keine kommerzielle Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Um Genehmigungen für Adaptionen, Übersetzungen, Derivate oder Wiederverwendung zu kommerziellen Zwecken einzuholen, wenden Sie sich bitte an rights@transcript-publishing.com

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2020 im transcript Verlag, Bielefeld

© Ottmar Leiß

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Lektorat: Monika Liesenhoff, Am Nordpark 28, 53117 Bonn

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-5364-9

PDF-ISBN 978-3-8394-5364-3

<https://doi.org/10.14361/9783839453643>

Buchreihen-ISSN: 2698-9220

Buchreihen-eISSN: 2703-0830

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Vorwort	7
---------------	---

Teil I: Was ist Integrierte Medizin?

1 Was ist Integrierte Medizin? Skizzen eines Gedankengebäudes	15
---	----

Teil II: Das biologische und wissenschaftstheoretische Fundament

2 Thure von Uexküll: ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ – 1953 und heute	37
3 Systemtheorie, Semiotik und Konstruktivismus. Theoretische Grundlagen der <i>Integrierten Medizin</i> Thure von Uexkülls	67

Teil III: Menschenbild der Medizin – Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

4 Was weiß die Medizin vom Menschen? Biologische und philosophische Aspekte eines Bilds vom Menschen und Thure von Uexkülls Plädoyer für ein ärztliches Menschenbild (1986)	93
5 Von trivialen und nicht-trivialen Diagnosen, von Krankheiten als realen oder hypothetischen Entitäten und von funktionaler Gesundheit	115

Teil IV: Das Arzt-Patienten-Verhältnis

6	Sprechstunde – Zuhören ist die Seele des Gesprächs	145
7	Was ist, wie geht und wozu braucht es ›mindful practice‹? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität	177
8	›Reflektierte Kasuistik‹ – Reflexionen zu Störungen im doppelten Situationskreis des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz	205

Teil V: Engels biopsychosoziales Modell und Antonovskys Salutogenese

9	Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später – eine Bestandsaufnahme	233
10	Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses	257

Teil VI: Von der Theorie zur Praxis Integrierter Medizin

11	Von der Theorie zur Praxis – Wie bekommt man Integrierte Medizin im ärztlichen Alltag ›gebacken‹?	275
----	--	-----

Teil VII: Pandemische Perturbationen und Adaptationen

12.	Die SARS-CoV-2-Pandemie. Bio-psycho-soziale Aspekte zu Covid-19, Beobachtungen zu systemischen Perturbationen und Adaptationen sowie Gedanken zum Handeln in Zeiten von fehlendem explizitem Wissen	295
	Nachweise	325

Vorwort

»Zuerst die Hauptsache. Wie oft bei Hauptsachen ist sie gar keine Sache, sondern eine Einstellung. Erst wenn man die Einstellung ändert, enthüllt sich etwas Wichtiges.«

Alexander Mitscherlich (1)

»Eine Hauptsache, die man nie vergessen dürfte: dass es an uns liegt, die Welt zu ändern, nicht bei den andern. Immer bei uns.«

Ludwig Hohl (2)

»Government cannot do it. Payers cannot do it. Regulators cannot do it. Only the people who give the care can improve the care.«

D. Berwick, zitiert in »Understanding Value-Based Healthcare« (3)

Thure von Uexküll (1908-2004) gilt als einer der Väter der deutschen psychosomatischen Medizin. In den Nachkriegsjahren hatte er sich bei Gustav von Bergmann, mit dem er von Berlin nach München gegangen war, über funktionelle Erkrankungen habilitiert. Anfang der 50er Jahre – vor einem längeren Forschungsaufenthalt in den USA (4) – hatte von Uexküll die allgemeine Systemtheorie von Ludwig von Bertalanffy (5) auf die Medizin angewandt und drei verschiedene Wirklichkeitsbereiche unterschieden, den der Physik, den des Lebendigen und den des Psychischen (6a). Er hat den Menschen immer zusammen mit seiner Welt gesehen und ein Menschenbild gefordert, das sowohl die physikalischen Phänomene als auch die biologischen, psychischen und sozialen Phänomene berücksichtigt (6b) – wenn man so will, hat er bereits 25 Jahre vor George Engel ein physiko-bio-psycho-soziales Menschenbild gefordert (siehe Kapitel 2). 1963 erschien in der Buchreihe Rowohlts

Deutsche Enzyklopädie sein Buch ›Grundfragen der psychosomatischen Medizin‹ (7). Ende der 60er-Jahre hat Thure von Uexküll sich für eine Reform des Medizinstudiums und Einbeziehung psychischer und sozialer Aspekte in die vorklinischen Semester eingesetzt (8,9). In der Überzeugung, »dass wir eine Einrichtung gründen müssen, in der psychosomatische Medizin auch somatisch ist«, hat er 1973 zusammen mit anderen das ›Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin‹ (DKPM) gegründet (4). Nach seiner Emeritierung hat er mit Wolfgang Wesiak 1979 das erste Lehrbuch für psychosomatische Medizin in Deutschland herausgegeben (10), das in den Folgejahren mehrfache Neuauflagen erreichte. 1988 veröffentlichte er das zusammen mit Wolfgang Wesiak verfasste Buch ›Theorie der Humanmedizin‹ (11), das 1998 in 3. Auflage neu erschien. Die in den 80er-Jahren dominierende psychoanalytische Ausrichtung der DKPM veranlasste ihn, 1992 – im Alter von 84 Jahren – zusammen mit jüngeren Mitstreitern die Akademie für Integrierte Medizin (AIM) zu gründen (12). Der Gründung lag eine Grundsatzentscheidung über die Frage zugrunde, ob psychosomatische Medizin ein Fach unter Fächern (wie z.B. Endokrinologie oder Nephrologie) ist oder ob psychosomatische Medizin der Uexküll'schen Auffassung entsprechend mehr ist: eine ärztliche Grundhaltung, eine Herangehensweise, die für alle Subdisziplinen der Medizin zu gelten habe. Der Chirurg Bernd Hontschik, ein ›Urgestein‹ der AIM, die nach von Uexkülls Tod 2006 in ›Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)‹ umbenannt wurde, hat die unterschiedlichen Auffassungen von psychosomatischer Medizin lesenswert und detailliert in seinem Buch ›Körper, Seele, Mensch‹ zusammengefasst (13).

Als im Dezember 2016 die 8. Neuauflage des ›Uexküll Psychosomatische Medizin‹ erschien, war ich irritiert darüber, dass zwar Uexküll noch im Titel des Buchs stand, im Buch selbst jedoch so gut wie nicht mehr vorkam. Sein Modell des Situationskreises, sein Konzept der Medizin als Indizienwissenschaft und seine medizinische Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie waren gestrichen worden. Ich habe damals einen ›Offenen Brief an die Herausgeber der 8. Auflage des Uexküll Psychosomatische Medizin‹ geschrieben (14). Das Statement von Bradley Lewis »Our allegiance is to our patients – not to our models« (15), das dazu herhalten musste, die Diktion eines bewährten Standardlehrbuchs von allem Theoretischen zu befreien und die Beschränkung auf evidenzbasierte Fakten zu rechtfertigen (16), dieses Statement ist – meiner Überzeugung nach – falsch. Thure von Uexküll hätte (siehe Kapitel 2 und (6)) nur den ersten Teil des Satzes unterschrieben, er hätte das »not to our models« gestrichen und durch »by means of our models« ersetzt (18,19).

Im Nachhinein stellte diese meine Überzeugung so etwas wie die Initialzündung dafür dar, in den ausklingenden Jahren meiner ärztlichen Berufstätigkeit schon früher gelegentlich verfasste Essays zu ärztlichen Fragen (21-23) um Essays zu Uexküll'schen Konzepten und Modellen als Art ›Skizzen zu einem Gedankengebäude‹ (siehe Kapitel 1) zu bündeln. Ich maße mir nicht an, die thematische Breite und Tiefe des Uexküll'schen Denkens (4) auch nur annähernd wiederzugeben, aber

seine im Einleitungskapitel der 6. und 7. Auflage seines Lehrbuchs zur psychosomatischen Medizin (19,20) kompakt dargestellten, wegweisenden Konzepte lebendig zu halten, neu zu denken und in den einen oder anderen Aspekten weiter zu schreiben, ist Sinn und Zweck der vorliegenden Essay-Sammlung.

Über 15 Jahre nach dem Tod von Thure von Uexküll (1908-2004) spielt seine Auffassung von psychosomatischer Medizin als ärztliche Grundhaltung auf den Jahreskongressen der psychosomatischen Gesellschaften so gut wie keine Rolle mehr, die Psychosomatik ist zu einem Fach unter Fächern geworden. Viele seiner Schüler haben in den vergangenen Jahren ihre berufliche Tätigkeit beendet und können den von Thure von Uexküll übernommenen Staffelposten nur noch eingeschränkt weitergeben. Tradition ist bekanntlich nicht das Bewahren der Asche, sondern die Weitergabe des Feuers. Dies versuche ich zu tun – meiner Art und Weise entsprechend – »peacemeal and by fragments«, will sagen, nicht dem westlichen Denkideal fröndend in Form eines halbwegs geschlossenen Denkgebäudes, das aus ›wenn‹, ›dann‹, ›da‹ und ›folglich‹ besteht (24), sondern als eine »summa aus losen Blättern«, als Umkreisungen um wiederkehrende Themen, als Umformulierungen und Abwandlungen von andernorts bereits ähnlich Gesagtem, als Momentaufnahmen vertrauter Motive aus verschiedenen Jahreszeiten, mit unterschiedlicher Blende und Beleuchtung und mal mit Zoom, mal mit Normalobjektiv, mal mit einem Weitwinkelobjektiv aufgenommen. Die zu unterschiedlichen Zeiten und aus unterschiedlichen Anlässen entstandenen Essays sind im nachhinein in eine ›architektonisch-sinnvolle Weise angeordnet worden, sodass Statik und konstruktive Besonderheiten des Denkgebäudes, Einpassung in die umgebende Landschaft und ›innenarchitektonische‹ Details erkennbar werden. Wiederholungen ließen sich – bei dieser Entstehungsweise – nicht vermeiden. Durch Querverweise wurden die einzelnen Essays miteinander vernetzt, sodass ein Einstieg in meine »summa aus losen Blättern« aus verschiedenen Kapiteln erfolgen kann.

Da ich Thure von Uexkülls Neugier und seine Forderung nach lernenden Systemen teile, bin ich an kritischen Rückmeldungen interessiert, um meine eigenen ›Interpretationskonstrukte‹ modellieren zu können und ihnen Bewährung oder Nichtbewährung in der Praxis anderer widerfahren zu lassen.

Wiesbaden, im April 2020

Ottmar Leiß

Hinweis: In diesem Buch wird auf Gender-spezifische Formulierungen (PatientInnen oder Patient*innen) verzichtet und – der besseren Lesbarkeit halber – für Patienten und Ärzte beiderlei Geschlechts vereinfachend die männliche Form verwendet.

Literatur

- 1 Mitscherlich A. Anstiftung zum Unfrieden. In: Mitscherlich A. Die Unwirtlichkeit unserer Städte – Anstiftung zum Unfrieden. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, edition suhrkamp 123, 1965: 28-122.
- 2 Hohl L. Vom Erreichbaren und vom Unerreichbaren. Band 323 der Bibliothek Suhrkamp. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1972 (Zitat Seite 84).
- 3 Berwick D, zitiert nach: Moriates C, Arora V, Shah N. Understanding Value-Based Healthcare. New York/Chicago/San Francisco: McGraw Hill Education – Lange; 2015: 337.
- 4 Otte R. Thure von Uexküll – Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2001 (Zitat Seite 135).
- 5 von Bertalanffy L. General System Theory – Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing 2015.
- 6 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953. a) Seite 21; b) Seite 61.
- 7 von Uexküll Th. Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlts Deutsche Enzyklopädie rde 179/180. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1963.
- 8 von Uexküll Th. Studienreform und Fakultätsreform. Deutsches Ärzteblatt 1961; 46 (Heft 38 vom 21.10.1961): 2117-2131.
- 9 Working Group on the Future of Medical Education in Europe. The Future of Medical Education in Europe. Report on a working group convened by the regional office for Europe of the World Health Organization. Copenhagen, 17-19 december 1968. Distributed by the regional office for Europe. World Health Organization, Copenhagen, 1969.
- 10 von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1979.
- 11 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988
- 12 Hontschik B, Bertram W, Geigges W. Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der Integrierten Medizin. Stuttgart: Schattauer; 2013.
- 13 Hontschik B. Körper, Seele, Mensch. Versuch über die Kunst des Heilens. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, Reihe medizinHuman Band 1; 2006.
- 14 Leiß O. Offener Brief an die Herausgeber der 8. Auflage des Lehrbuchs ›Uexküll Psychosomatische Medizin‹. https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2017/01/Offener-Brief-an-die-Herausgeber_24.1.17.pdf
- 15 Lewis B. The art of medicine. Taking a narrative turn in psychiatry. Lancet 2014; 383: 22-23.

- 16 Köhle K. ›Integrierte Medizin‹. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 8. Auflage 2017: Kapitel 1, S. 3-22.
- 17 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag. 2002; 3-22.
- 18 Leiß O. Psychosomatik-Ausbildung in unruhigen Zeiten: Thure von Uexkülls Modelle – Vertrautes und Visionäres. Vortrag am 22.3.2019 auf dem Psychosomatik Jahreskongress 2019, Berlin, 20.3. – 22.3.19.
- 19 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., München: Urban & Fischer, 2003: 3-42.
- 20 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. 7. Aufl., München: Urban & Fischer, 2011: 3-40.
- 21 Albers L, Leiß O. Körper – Sprache – Weltbild. Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin. Stuttgart/New York: Schattauer, 2002.
- 22 Leiß O. Streifzüge durch ärztliche Welten. Essays zur biopsychosozialen Medizin. Zug/Schweiz: Die graue Edition, 2009.
- 23 Leiß O. Ärztliche Praxis als konkrete Philosophie. Beiträge zu einer Patientenorientierten Medizin. Zug/Schweiz: Die graue Edition, 2015.
- 24 Eco U. Vom cogito interruptus. In: Eco U. Über Gott und die Welt. Essays und Glossen. München/Wien: Carl Hanser Verlag; 2. Aufl. 1985: 245-265 (Zitat S. 245).

Teil I: Was ist Integrierte Medizin?

1 Was ist Integrierte Medizin? Skizzen eines Gedankengebäudes

»...Writing improves clinicians' stores of empathy, reflection, and courage«

Rita Charon (1)

»Alle Erfahrung ... ist primär Erkenntnis durch Leibengagement, alle Theoriebildung ist primär Erkenntnis durch Reflexion.«

Karl-Otto Apel (2)

Welche ärztlichen Erfahrungen, welche merkwürdigen Konglomerate aus Erlebnissen und Widerfahrnissen, haben mich dazu gebracht, neben mir zu stehen, mir selber bei der eigenen Praxis zuzuschauen, eine ›*exzentrische Position*‹ (3,4) einzunehmen und von dieser Position auf meine ›*zentrische Position*‹, mein involviert sein im Handeln und mein betroffen sein bei Widerfahrnissen zu reflektieren? So wie ein Kleinkind mit ›*trial and error*‹ und viel Übung allmählich Laufen und die sensorischen Bahnungen sich einverleiben lernt, so wie es ein paar Jahre Schule braucht, um nachdenken zu lernen und einen Aufsatz schreiben zu können, so ist das auch in der Medizin: erst wenn man einige Jahre in die Schule der ärztlichen Praxis gegangen ist, lernt man, von der *leiblich-zentrischen Position* des Handeln in die *reflektierend-exzentrische Position* des sich selbst Beobachtens (und zurück) zu wechseln (5). Anders formuliert: »Alle Erfahrung ... ist primär Erkenntnis durch Leibengagement, alle Theoriebildung ist primär Erkenntnis durch Reflexion« (2).

1.1 Von der Praxis zur Theorie – mein Weg zu Thure von Uexkülls *Integrierter Medizin*

Ich war »in der Vorstellung aufgewachsen, Medizin sei eine angewandte Wissenschaft und das meint letzten Endes gar keine Wissenschaft, sondern eine Disziplin, welche die Theorien und Methoden von so genannten Grundlagenwissenschaften

für praktische Zwecke der Ärzte verwendet« (6). Nach Jahren enthusiastischer Begeisterung für die Möglichkeiten und neuen Einblicke, die die Endoskopie in ›der Außenwelt der Innenwelt‹ des Menschen ermöglichte (7), nach der (Wieder-)Entdeckung von *Helicobacter pylori* (8,9) und der Eradikation psychosomatischer Konzepte zur Ulkus-Krankheit (10,11), wurden mir zum einen die Probleme, die mit der hygienischen Aufbereitung der komplexen ›Sehbrille‹ Endoskop verbunden waren, immer klarer (12-14). Ich habe mich in Fachgremien engagiert (15) und zusammen mit anderen eine Leitlinie zur Aufbereitung flexibler Endoskope erarbeitet (16).

Ein entscheidendes Widerfahrnis für mein Einnehmen einer exzentrischen Position war eine, Ende der 80er-Jahre im *American Journal of Medicine* erschienene Publikation. Kroenke und Mangelsdorff (17) untersuchten und analysierten drei Jahre lang Patienten einer großen internistischen Poliklinik, in welchem Ausmaß hinter Leitsymptomen wie Herzbeschwerden, Luftnot, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen u.a. ernsthafte organische Krankheiten steckten. Ich war überrascht, in welchem geringem Prozentsatz sie organische Erkrankungen fanden (17), wie häufig funktionelle Störungen waren (18-20) und in welchem großem Ausmaß der kleine Bodensatz von ernsthaften organischen Erkrankungen von einer ›Aura‹, einem ›Hof‹ von Ängsten, Sorgen und Befürchtungen umhüllt war.

Anders als an der Universität vermittelt, dämmerte mir, dass im wirklichen ärztlichen Leben, in der hausärztlichen und internistischen Praxis, die von Uexküll herausgestellten Bedeutungserteilungen (6,21-23), insbesondere ambivalente und negative Bedeutungserteilungen in Form von Ängsten und Befürchtungen eine große Rolle spielen. Nicht aus dem ›Schettler‹ (24), ›Gross/Schölmerich‹ (25) oder dem ›Harrison‹ (26), den damals dominierenden Lehrbüchern der Inneren Medizin, sondern aus Thure von Uexkülls und Karl Köhles Kapitel zu funktionellen Störungen in Uexkülls ›*Psychosomatischer Medizin*‹ (18) lernte ich das Ausmaß funktioneller Störungen in allen Teilgebieten der Inneren Medizin inkl. der Gastroenterologie (19) kennen. Bei der Beschäftigung mit funktionellen Störungen (18-20) oder somatoformen Erkrankungen (27,28), wie sie später genannt wurden, lernte ich die Rolle biografischer Geschehnisse und lebensweltlicher Ereignisse (*life events*) kennen. Thure von Uexküll hat die Bedeutung individueller Deutungen und Interpretationen der Situation mit der Weiterentwicklung des väterlichen Funktionskreises zum Situationskreis (siehe unten) (6) unterstrichen.

Ich war – wenn man so will – an die philosophischen Grenzen der Endoskopie gekommen. Je stärker man fokussiert, desto mehr blendet man aus. Man braucht als guter Fotograf nicht nur ein Zoom, sondern auch ein Normalobjektiv und ein Weitwinkelobjektiv. Die technische Fokussierung auf die ›Außenwelt der Innenwelt‹ (*the holes of the patient*) muss durch eine menschliche Sicht des ganzen Patienten (*the whole patient*) ergänzt werden. Der Punkt, auf den es mir hier ankommt, ist im Buch ›*Empathy and the Practice of Medicine*‹, 1993 erschienen (29), von Reiser in den Sätzen zusammengefasst: »The ability to enter the patient's life, the essence of

empathy, is practiced less often than the ability to enter into the patient's body through medical technology. This imbalance must and can be corrected. Physicians need both kinds of knowledge. Technologic knowledge creates a portrait of being. Empathic knowledge creates a portrait of meaning. Linked together the two views recreate as nearly as possible the person who is the patient. [...] This brings us to the place of the patient's story, the history, in clinical medicine. It is the main source of knowing illness in ways that technology cannot fathom. Only the patient's story gives human meanings to the facts elicited by technology. The test can tell the blood count is low, the patient can tell what it means to live with it« (30).

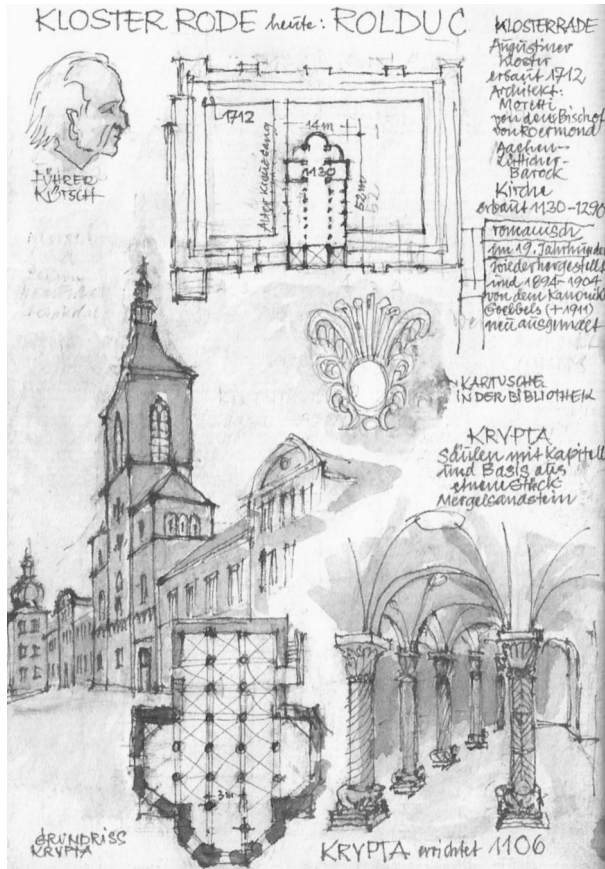
Die Feinheiten im Umgang mit dem Instrument für die andere Endoskopie, die Innenschau der Person mithilfe der Sprache, musste ich mir selbst beibringen. Aus einem Lehrbuch über Struktur und Gebrauch der Sprache (31) lernte ich, drei unterschiedliche Ebenen eines Begriffs bzw. eines Satzes zu differenzieren: »*referential meaning*«, die sich auf die Sache, das Objekt, über das gesprochen wird, bezieht, »*emotional meaning*«, die die Art und Weise, die Lautstärke und den Tonfall des Sprechens meint und »*social meaning*«, die den Aufforderungs- und Handlungscharakter des gesprochenen Wortes in den Fokus rückt. Schulz von Thun spricht von vier Aspekten der Kommunikation (32-34), die sich auf die genannten drei »*meanings*« zurückführen lassen. Und von Linus Geisler, meinem früheren Oberarzt an der Dengler'schen Klinik in Bonn, habe ich Vieles zur Wichtigkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses und zur Begegnung im Gespräch gelernt (35). Das, was heute dank der von Thure von Uexküll mitgestalteten Reform des Medizinstudiums in den vor-klinischen Semestern (36,37) an kommunikationswissenschaftlichen Kenntnissen vermittelt wird, und was es 1970, als ich Physikum machte, noch nicht gab, musste ich mir durch Lektüre und »*learning by doing*« selbst beibringen.

1.2 Skizzen des Uexküll'schen Erkenntnis Konstruktion Integrierte Medizin

Szenenwechsel: Mein Vater war ein freiberuflich tätiger Architekt. Er trug in der Innentasche seiner Jacketts, da wo andere Männer zur Abschirmung ihres Herzens eine dicke Brieftasche mit zahlreichen Scheckkarten zu tragen pflegen, immer ein Skizzenbuch und verschiedenfarbige Stifte. Er konnte mit wenigen gekonnten Strichen sowohl Fassade und Gesamteindruck eines Gebäudes als auch liebevolle Details im Innern des Gebäudes in diesem Skizzenbuch festhalten. Nach einer halben Stunde Hin- und Hergehens, nach oben, vorne, hinten, rechts und links Schauens, will sagen nach Durchschreiten und Durchschauen eines Gebäudes hatte er den Grundriss und tragende Säulen skizziert (Abb.1.1).

Mit meinem von ihm erlernten Blick will ich – nach über 30-jährigem Durchstreifen der Uexküll'schen Gedankenwelt – nachfolgend versuchen, den Grundriss

Abb.1.1: Skizzen eines Gebäudes: Ansicht, Grundriss und Details (aus dem Skizzenbuch von Sepp Leiß (1917-2011))



und tragende Säulen des Uexküll'schen Gedankengebäudes zu skizzieren. Für mich ruht das Gebäude der *Integrierten Medizin* auf zehn tragenden Säulen: zwei Säulen zur Naturphilosophie und zum Menschenbild, zwei zu Gegenstand und Ausgangspunkt der Medizin, zwei Säulen zur Frage, was für eine Art Wissenschaft die Medizin ist und welche Hilfsmittel nötig sind, zwei tragende Säulen zum Arzt-Patienten-Verhältnis und zwei Säulen zur Frage, wie ›bio‹ und ›psycho‹, wie evidenzbasierte Medizin (EBM), Qualitätsmanagement (QM) und Patienten-zentrierte Medizin zum einen und wie Pathogenese und Salutogenese zum andern in der ärztlichen Praxis integriert werden können.


Ich will versuchen, diese zehn tragenden Säulen mit kurzen Beschreibungen zu charakterisieren:

1. Säule Naturphilosophie: Schon in den 50er-Jahren, nachdem Thure von Uexküll sich über funktionelle Erkrankungen habilitiert hatte und sich vor einem längeren Forschungsaufenthalt in den USA befand (38), hat von Uexküll die allgemeine Systemtheorie von Ludwig von Bertalanffy (39) auf die Medizin angewandt und drei verschiedene Wirklichkeitsbereiche unterschieden, den der Physik, den des Lebendigen und den des Psychischen (40a). Er hat den Menschen immer zusammen mit seiner Welt gesehen und ein Menschenbild gefordert, das sowohl die physikalischen Phänomene als auch die biologischen, psychischen und sozialen Phänomene berücksichtigt (Abb. 1.2) (40b). Wenn man so will, hat er bereits 25 Jahre vor George Engel ein ›*physiko-bio-psycho-soziales*‹ Menschenbild gefordert.

Ein Teilaspekt der Uexküll'schen Naturphilosophie betrifft den Unterschied Mensch und Tier (2. Säule) (Abb. 1.3). Er schreibt: »dass das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht bewähren, nur dem Menschen aufgegeben ist. [...] Das Tier kennt diese Form der Handlung, die Hypothesen aufstellt und damit Maßstäbe entwirft, nicht. Es bewährt sich aufgrund der Maßstäbe, die ihm in den Schemata seiner Lebenshandlungen unmittelbar gegeben sind« (40c). »Der Mensch ist nicht vom Tier aus zu verstehen. [...] Der Mensch ist auch nicht nur das, was er entwirft, und erfährt nicht nur seine Entwürfe. Er ist wie die Tiere sensitives Erleben und wie die Pflanzen vegetatives Leben, und er ist wie diese angewiesen auf den Bereich des Unbelebten. Er hat an allen Bereichen der Natur Anteil« (40d). (siehe Kapitel 2).

Thure von Uexküll hat Erkenntnisse seines Vaters zum Funktionskreis der Tiere und zur Einheit von Organismus und Umwelt (41,42) auf den Menschen übertragen und im *Situationskreis* (Abb. 1.4) zwischen Merkwelt und Wirkwelt das Deuten, die Bedeutungsunterstellung, -erprobung und Bedeutungserteilung, als das spezifisch Menschliche dazwischengeschaltet (6,21). Interessant ist, dass er dies nicht philosophisch, z. B. mit Verweis auf Ernst Cassirers Philosophie der symbolischen Formen (43) belegt, sondern biologisch, mit T. Deacons Buch ›*The symbolic species – coevolution of language and brain*‹ (44) untermauert.

Die 3. tragende Säule ist die Frage nach dem ›Objekt‹, dem ›Gegenstand‹ der Medizin (Abb. 1.5). Uexküll hat gesehen, dass die erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten der Quantenphysik bezüglich des Objekts der Quantenphysik, des Elektrons, und die messtechnischen Besonderheiten, dass das Elektron mal wie ein Partikel, mal wie eine Welle erscheint (45), in ähnlicher Weise auch auf den ›Gegenstand‹ der Medizin, den Menschen, zutreffen (6,21). In Übertragung der Heisenberg'schen Unschärferelation auf das ›Objekt‹ der Medizin, den Menschen, erscheint der Mensch dem beobachtenden Arzt mal als Person (Partikel), mal als komplexer biologischer Organismus (Welle) (Abb. 1.5).




1. Naturphilosophie
Anwendung der Systemtheorie auf die Natur

3 Wirklichkeitsbereiche:

- der Physik
- des Lebendigen
- des Psychischen



„Es genügt nicht, den Menschen allein ins Auge zu fassen. Man muss zugleich mit ihm immer auch die Welt bedenken, mit der er sich auseinander setzt.“ (S. 61)

	Mensch	Welt
Geistig-seelische Erscheinungen	Denken, Wollen, Erleben, Traube, Streben etc.	Die sozialen Gemeinschaften, die Moral, Gesellschaft, Familie, und die Anforderungen, die sie an den Menschen stellen.
psychobio-	Menschenbild	Sprache, Kultur und die von der erwachsenen Anforderungen. Sensorische Wahrnehmungen und deren emotionale Bedeutungen
Körperliche Erscheinungen	Organismus, Organe, Systeme, Organe, Gewebe, Zellen, sowie deren verschiedenartige Leistungen	Nützliche und schädliche Reize, die aus der Außenwelt auf den Körper treffen oder innerhalb des Organismus wirksam sind
Physikalisch-dynamische Erscheinungen	Physikalische und dynamische Stoffe, aus denen der Organismus besteht	Physikalische und dynamische Stoffe, welche die Fähigkeit haben, als Reize mit dem Organismus und das Organismus in Verbindung zu treten
physiko-		



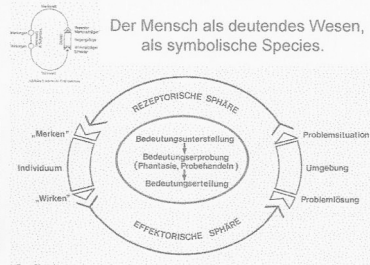
1. Naturphilosophie
Unterschied Mensch und Tier

- dass das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht bewähren, nur dem Menschen aufgegeben ist. **Das Tier kennt diese Form der Handlung, die Hypothesen aufstellt und damit Maßstäbe entwirft, nicht. Es bewährt sich aufgrund der Maßstäbe, die ihm in den Schemata seiner Lebenshandlungen unmittelbar gegeben sind.** (S. 43)
- **Der Mensch ist nicht vom Tier aus zu verstehen.**Der Mensch ist auch nicht nur das, was er entwirft, und erfährt nicht nur seine Entwürfe. Er ist wie die Tiere sensitives Erleben und wie die Pflanzen vegetatives Leben, **und er ist wie diese angewiesen auf den Bereich des Unbelebten. Er hat an allen Bereichen der Natur Anteil.** (S. 247)


2. Menschenbild
Vom Funktionskreis zum Situationskreis

Der Mensch als deutendes Wesen, als symbolische Species.



The diagram illustrates the 'Situationskreis' (Situational Circle). At the center is the 'Individuum' (Individual), which interacts with the 'Umgebung' (Environment). This interaction is mediated through 'Bedeutungserstellung' (Meaning-making), which involves 'Phantasie, Probehandeln' (Imagination, Trial Action) and 'Bedeutungserstellung' (Meaning-making). The process is framed by the 'REZEPTORISCHE SPÄHRE' (Receptive Sphere) and the 'EFFEKTORISCHE SPÄHRE' (Effector Sphere). The environment is characterized by 'Problemsituation' (Problem Situation) and 'Problemlösung' (Problem Solving). The individual's actions are labeled as '„Merken“' (Noticing) and '„Wirken“' (Acting).


Abb. 1.2, 1.3 und 1.4 (Diskussion im Text)




3. ‚Objekt‘ der Medizin

Die Heisenberg'sche Unschärferelation


- Erkenntnis der Quantenphysik: für den beobachtenden Physiker erscheint das Elektron – je nach verwendeter Meßapparatur – mal als Partikel, mal als Welle
- Übertragung auf die Medizin: für den beobachtenden Arzt erscheint der Patient – je nach Betrachtungsweise – mal als Person, mal als komplexer biologischer Organismus






4. Womit fängt die Medizin an?

- ‚Jemand hat Beschwerden, aber er weiß nicht, wie sie einzuordnen sind. Eine neue unbekannte Empfindung seines Körpers bedrückt ihn, und er kann sie noch nicht deuten. Deshalb geht er eines Tages zu einem Arzt, damit aus Zweideutigkeit und Ungewißheit Klarheit werde.‘
K. Engelhardt: Patientenzentrierte Medizin 1978
- ‚Patienten suchen uns Ärzte als Einzelne wegen lebensweltlicher Probleme auf, die sie selbst nicht zu lösen vermögen. Sie stellen uns die Aufgabe, diese Probleme auf Sachwissen gegründet zu klären und zu bewerten, Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen.‘
K. Köhler: ‚Integrierte Medizin‘ in Ueexküll Psychosomatische Medizin 2016





5. Wissenschaftsverständnis der klinischen Medizin

- angewandte Wissenschaft, die naturwissenschaftliche Methoden auf den Menschen anwendet
- interdisziplinäre Wissenschaft, die auch geistes- und sozialwissenschaftliche Aspekte und Fragestellungen berücksichtigt
- Handlungswissenschaft (W. Wieland)
- Indizienwissenschaft (C. Ginzburg), die aus alten Jägerkulturen hervorgegangen ist und Verwandtschaft zur Kriminalistik und Jurisprudenz aufweist
 - Zeichen / Symptome wie eine ‚Spur‘ aufnehmen
 - um Spuren zu verfolgen, braucht man ‚Gespür‘
 - beim Gespür sind viele Sinnesmodalitäten involviert

Abb. 1.5, 1.6 und 1.7 (Diskussion im Text)

Die 4. tragende Säule ist die Frage, von was die Medizin ausgeht, oder anders formuliert, die Frage, ob alle Menschen ›Gegenstand‹ der Medizin sind oder nur eine Teilmenge aller Menschen, die besondere Charakteristika aufweist. Den Ausgangspunkt eines jeden Patienten-Arzt-Kontaktes hat Engelhardt in seinem 1978 erschienenen Büchlein zur Patienten-zentrierten Medizin auf den Punkt gebracht: »Jemand hat Beschwerden, aber er weiß nicht, wie sie einzuordnen sind. Eine neue unbekannte Empfindung seines Körpers bedrückt ihn, und er kann sie noch nicht deuten. Deshalb geht er eines Tages zu einem Arzt, damit aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (46) (Abb. 1.6). Danach ist ärztliche Tätigkeit einordnen.

K. Köhle schreibt im Einleitungskapitel der 8. Aufl. von Uexkülls ›Psychosomatische Medizin‹: »Patienten suchen uns Ärzte als Einzelne wegen lebensweltlicher Probleme auf, die sie selbst nicht zu lösen vermögen. Sie stellen uns die Aufgabe, diese Probleme auf Sachwissen gegründet zu klären und zu bewerten, Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen« (47) (Abb. 1.6). In einer Situation, die der Patient mit eigenen Bedeutungsunterstellungen, Bedeutungserprobungen (in Phantasie und Probehandeln) und eigenen Bedeutungserteilungen nicht zufriedenstellend lösen konnte, soll ich als Arzt helfen, damit aus Mehrdeutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde, die Probleme auf Sachwissen gegründet bewertet und Lösungsansätze entwickelt werden.

Die 5. und 6. Säule sind für die Statik besonders wichtig und weisen Querverbindungen zu den beiden zuvor genannten Säulen und zu den beiden nachfolgend zu besprechenden Säulen auf.

Die 5. Säule ist die Antwort auf die Frage, welche Wissenschaft die Medizin ist (Abb. 1.7): Naturwissenschaft, angewandte Naturwissenschaft, Geisteswissenschaft oder beides. Uexküll legt sich unter Verweis auf Ginzburg (48) auf die zunächst überraschend erscheinende Antwort fest: Medizin sei eine Indizienwissenschaft, verwandt mit Jägerkulturen, wo es darum gehe, eine Spur aufzunehmen und weiterzuverfolgen, sei verwandt mit der Jurisprudenz, wo Indizien gesucht werden, die auf etwas anderes hindeuten (6,21) (Abb. 1.7). (siehe Kapitel 3). Wenn die Medizin eine Indizienwissenschaft ist, wie passt das mit der systemtheoretischen Sicht einer Hierarchie immer komplexerer Systeme zusammen? Können Indizien verschiedenen Systemebenen angehören, gibt es verschiedene Arten von Indizien? Wie können Systemgrenzen im Engel'schen biopsychosozialen System (49,50) überwunden werden? Uexkülls Antwort ist: die Evolution verläuft nicht linear, sie macht kleine Sprünge (51), d.h. beim Übergang von einem weniger komplexen in ein höher komplexes System kommt es zur Emergenz neuer Eigenschaften (6,21,51) (Abb. 1.8). Bei der Überwindung der Systemgrenzen verschiedener Subsysteme finden daher Übersetzungen von einer Zeichensprache in eine andere statt (6,21). In evolutionsgeschichtlicher Sicht unterscheidet Uexküll die naturwissenschaftlich *gewordene Welt*, die gedeutete Welt (Situationskreis) (6,21) und die vom

Menschen *be- und gewirkte (Lebens-)Welt* und die *gewortete Welt*, die Kulturwelt (52), das, was Searle mit sozialen Realitäten meint (53,54) (Abb. 1.8).

Um die Übergänge zwischen den Systemen verständlich machen zu können, braucht die Medizin eine Wissenschaft zu Zeichen, eine Semiotik, eine Zeichenlehre (55,56) (6. Säule). Dies ist die Peirce'sche Philosophie und Semiotik mit ihrer Unterscheidung der Zeichen in ›*Firstness*‹ (Icon), ›*Secondness*‹ (Index) und ›*Thirdness*‹ (Symbol) (57-59) (Abb. 1.9) (siehe Kapitel 3).

Als Arzt muss ich eine leibliche Situation des Patienten phänomenologisch in der Kategorie der *Firstness* als Icon, z.B. als status asthmaticus, als epileptischen Anfall, einordnen, um unverzüglich handeln zu können. Ich muss bei weniger dramatischen Situationen in der Kategorie der *Secondness* indexikalische Zeichen, z.B. einen Druckschmerz am McBurney'schen Punkt oder einen arcus lipoides corneae bei einem jungen Erwachsenen bemerken und in der Kategorie der *Thirdness* auf die verwendeten Metaphern und die feinen Unterschiede der Sprache (›das liegt mir im Magen‹ (60,61)) achten und alle drei Kategorien bei der Interpretation der Situation berücksichtigen. Auch an der Person und ihrer Sprache können ikonische, indexikalische oder symbolische Zeichen unterschieden werden (Abb. 1.10), auf die geachtet werden sollte und die bei der Beurteilung der Gesamtsituation eine Rolle spielen.

Die 7. und 8. Säule betreffen das Arzt-Patienten-Verhältnis (siehe Kapitel 6-8).

Die 7. Säule ist einerseits das sogenannte Beobachterproblem, andererseits die Einführung des Subjekts in die Medizin. Wie hängen diese scheinbar konträren Dinge zusammen? Wenn die erkenntnistheoretische Schwierigkeit der Quantenphysik, die Heisenberg mit dem Begriff Unschärferelation beschrieben hat (45), laut Thure von Uexküll auch auf die Medizin zutrifft (6,21) (siehe Säule 3) und der Ausgangspunkt der Medizin ein Patient ist, der Hilfe bei seinen Deutungsversuchen benötigt (46,47) (siehe Säule 4), dann haben wir folgende Situation (Abb. 1.11): Dem beobachtenden Arzt erscheint das ›Objekt‹ der Medizin, der Patient, mal als Person (in Analogie zum Elektron als Partikel), mal als biologischer Organismus (in Analogie zum Elektron als Welle). In der Situation des Patienten-Arzt-Kontaktes ist der Arzt jedoch nicht nur Beobachter. Dem (gleichfalls beobachtenden) Patienten erscheint der Arzt ebenfalls mal als Person, mal als biologischer Organismus. Diese Spiegelung der Heisenberg'schen Unschärferelation in der Arzt-Patienten-Situation weist auf das *Problem des Beobachters* hin, d.h. auf etwas, das eine naturwissenschaftliche Medizin nicht erklären kann und das Thure von Uexküll und Viktor von Weizsäcker als die ›*Einführung des Subjekts in die Medizin*‹ bezeichnet haben (6,21). Als Arzt kann ich nie einen unbeteiligten ›Blick von Nirgendwo‹ (62), d.h. von außerhalb des Systems auf den Patienten haben, ich bin immer nur relativer Beobachter, weil ich gleichzeitig immer auch Teilnehmer bin, Teilnehmer einer gemeinsamen lebensweltlichen Situation. Uexküll (6,21) und Engel (63) haben die Besonderheit eines ›*teilnehmenden Beobachters*‹ immer wieder unterstrichen.

5. Indizienwissenschaft Medizin

Indizien überschreiten Systemgrenzen

- Anwendung der Systemtheorie auf die Medizin: bio-psycho-soziales Modell
- die Evolution verläuft nicht linear, sondern macht so etwas wie „Sprünge“
- beim Übergang von einem wenig komplexen System in ein höher komplexes System kommt es zur Emergenz neuer Eigenschaften
- bei der Überwindung der Systemgrenzen verschiedener Subsysteme finden Übersetzungen von einer Zeichensprache in eine andere statt

6. Zeichenlehre / Semiotik

Semiotik des Leibes / biolog. Organismus

- Habitus / charakterist. Symptomatik** Icon
 - Körperbau
 - leptosomal, pyknisch, ... / androide, gynoide Obesity
 - vitale Gefährdung
 - Status asthmaticus → Klinikeinweisung erforderlich ?
 - typisches Krankheitsbild / leiblicher Ausdruck
 - z.B. M. Parkinson / M. Cushing → fachärztl. Abklärung
- organbezogenes Symptom** Index
 - organbezogenes Zeichen
 - z.B. DS Mc Burney-Punkt, Blutbrechen, M. Basedow
 - indirektes, mehrdeutiges Zeichen
 - z.B. US-Ödem, Schwindel, Anämie
- funktionelle Störung** Symbol
 - phänomenologisch diffuse Mannigfaltigkeit
 - Störung einer Funktion - Funktion der Störung

6. Zeichenlehre / Semiotik

Semiotik der Person und ihrer Sprache

- ikonisch-phänomenale Charakteristika einer Person** Icon
 - Gestalt, Auftreten, Gestik
 - Habitus, Extrovertiertheit, Introvertiertheit, ...
- Indexikalische Charakteristika einer Person** Index
 - Kleidung, Mode, Accessoires, ...
- Symbolische Charakteristika einer Person**, z.B. Humor, Sprache, ... Symbol

Abb. 4: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation.

Abb. 1.8, 1.9 und 1.10 (Diskussion im Text)

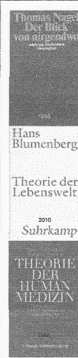
Die 8. Säule bilden der doppelte Situationskreis und das salutogene Feld. Am grafischen Modell des doppelten Situationskreises (64) lässt sich das Tragende und für die Statik einer humanen Medizin so wichtige Arzt-Patienten-Verhältnis erläutern (Abb. 1.12).

Der mit der Deutung und Klärung eines körperlichen Befundes, einer Funktionsstörung oder mit einer persönlichen oder sozialen Situation nicht mehr klar-kommende Patient sucht einen Arzt auf. Warum kommt er zu mir, warum hat er mich als Arzt seines Vertrauens ausgewählt? Er hofft, dass ich ihm helfen kann, aus seiner unklaren und misslichen und mehr oder weniger besorgniserregenden Situation herauszukommen. Wenn ich die Bedeutung, die der Patient mir erteilt, wenn ich – in Antonovskys Sicht (65,66) – meine ›*meaningfulness*‹/Bedeutsamkeit annehme und ernst nehme, wenn ich mit dem Patienten in für ihn verständlichen Worten das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit ›*beackere*‹, wenn es mir gelingt, ihm verstehbar zu machen ›*comprehensibility*‹, welche Störungen im biologischen Organismus und/oder im persönlichen Umfeld vorliegen, wenn ich ihm Hilfen aufzeigen kann, wie er damit – sei es mit Verhaltensmaßnahmen (Diät, Übungen, Verhaltenstherapie), sei es mit Medikamenten oder einer Operation – umgehen kann und ihm Optionen der Handhabbarkeit ›*manageability*‹ erläutere, dann können im Feld von Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit salutogene Effekte und ein neuer Kohärenz-Sinn entstehen (siehe Kapitel 10).

Verstehbarkeit gelingt dann, wenn meine Worte, meine grafischen Abbildungen, die ich zur Erläuterung verwende, verständlich sind und wenn ich Risiken und Optionen verschiedener Therapieoptionen offen und ehrlich erläutere. Handhabbarkeit gelingt dann, wenn die anstehende Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten diskutiert und mit seinen Werten und seiner Lebenssituation in Einklang gebracht wird. Die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit, die gemeinsame Suche nach einem neuen Kohärenz-Sinn, ist das, was die 8. tragende Säule der *Integrierten Medizin* ausmacht.

Das letzte Säulenpaar fokussiert auf den Ort, wo das alles – vertebral oder diagonal – integriert werden muss, die ärztliche Praxis.

Die 9. Säule ist im Engel'schen Schema des biopsychosozialen Modells (49,50) die Integration über die bio-, psycho- und soziale Subsystemebenen hinweg (Abb. 1.13). Diese 9. Säule trägt das Gewicht der Uexküll'schen Intention, die beiden Teiltheorien der Medizin, die Medizin für Körper und die Medizin für Seelen, zu einer ganzheitlichen Medizin, zur *Integrierten Medizin*, zu vereinen (6,22,23). Darüber hinaus sind in den letzten 30 Jahren – in Komplizierung des biopsychosozialen Modells – neue Teiltheorien der Medizin hinzugekommen. In Abb. 1.14 sind solche Teiltheorien der Medizin in Form von nur wenige Ebenen umfassende Teilgebiete in Engels Modell der Hierarchie biopsychosozialer Ebenen grafisch eingefügt: Genom-orientierte Medizin (67,68), Biomedizin und Patienten-zentrierte Medizin (69,70). Als ›Randbedingungen‹ von Engels biopsychosozialem Modell sind wei-



Thomas Nagel
Der Blick
von nirgendwo

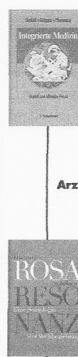
Hans Blumenberg
Theorie der
Lebenswelt

2005
Suhrkamp

THEORIE
DER
HUMAN
MEDIZIN

7. Das Beobachterproblem - die Einführung des Subjekts in die Medizin

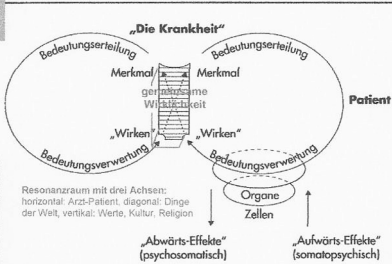
- Es gibt keinen objektiven (Gott-ähnlichen) Blick von Nirgendwo. Unserem Bemühen um Objektivität sind Grenzen gesetzt.
- Unhintergebarkeit der Lebenswelt, in die man hineingeboren wird.
- Als beobachtender Arzt kann ich keine ‚objektive‘ Sicht einnehmen, ich bin immer Teilnehmer einer lebensweltlichen Situation.
- G. Engel und Th. von Uexküll prägen den Begriff vom Arzt als ‚teilnehmendem Beobachter‘. Als Teilnehmer bringt er immer seine Subjektivität mit ins Spiel. Das Akzeptieren und Bejahen dieser Einsicht führt zu dem, was Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll als ‚die Einführung des Subjekts in die Medizin‘ bezeichnet haben.



Integrierte Medizin

ROSA
RESO

8. doppelter Situationskreis: die Mithilfe des Arztes bei Deutungsversuchen

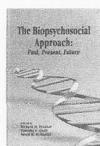


Resonanzraum mit drei Achsen:
horizontal: Arzt-Patient, diagonal: Dinge der Welt, vertikal: Werte, Kultur, Religion

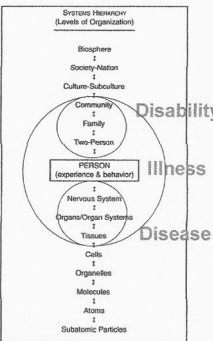
9. Integrierte Medizin

Integration der diversen Sub-Systeme zu einem Ganzen

- Integration in der vertikalen Achse in George Engels's bio-psychosozialen Modell
- Integration einer Medizin für Körper und einer Medizin für Seelen zu einer ganzheitlichen Medizin



„menacing,
mysterious,
and multiplex“
einer chron.
Krankheit



Systems Hierarchy
(Levels of Organization)

Disability
Illness
Disease

Abb. 1.11, 1.12 und 1.13 (Diskussion im Text)

tere Teiltheorien wie evidenzbasierte Medizin (EBM) (71,72), Patientensicherheit (73,74), Qualitätsmanagement (75), Patientenautonomie (76) und neuerdings auch »*physician well-being*« (77,78) z.T. in der Abbildung aufgefügt. Auch diese Teiltheorien der Medizin, die formal randständig erscheinen, de facto jedoch an Gebiete wie Wissenschaftstheorie, Ethik u.a. anknüpfen, müssen in einer Art diagonaler Achse zusammen mit der Biomedizin und der Patienten-zentrierten Medizin integriert werden (Abb. 1.14).

Die 10. Säule ist die Integration des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky (65,66) in den doppelten Situationskreis von Arzt und Patient und ihre Auswirkungen auf meine gelebte und die vom Patienten erlebte Medizin (Abb. 1.15).

Das Akzeptieren meiner Bedeutsamkeit für den Patienten, mein Bemühen um Verstehbarkeit meiner Interpretationen für den Patienten, meine Erläuterungen der Handlungsoptionen, meine Tipps für den Krankheitsalltag geben Hilfen für die Handhabbarkeit im Umgang mit der Krankheit und helfen, eine gemeinsame Entscheidungsfindung vorzubereiten. Bei der Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit schaffen die Akzeptanz meiner Bedeutsamkeit für den Patienten und mein Fokus auf Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Probleme, meine Haltung aus Empathie, Sorgfalt und Sich-Kümmern, ein dreiecksförmig dargestelltes Feld eines neuen Kohärenz-Sinnes, dem seinerseits wichtige gesundheitsfördernde Effekte zukommen (siehe Kapitel 10).

Abb. 1.16 versucht, die Auswirkungen einer Kultur der Aufmerksamkeit im Umgang von Arzt und Patient, einer »*mindful practice*« (79) darzustellen. Wenn meine ärztliche Intention ganz auf eine achtsame und aufmerksame Praxis gerichtet ist (79,80), mein Handlungsziel (»*Intention*«) auf gute Qualität der Betreuung gerichtet ist, ich dabei Teilaspekte wie EBM, Patientensicherheit und Patientenautonomie berücksichtige, ich darauf achte (»*Attention*«), mit Mitgefühl und Empathie zu reagieren, wenn ich – wie beim Lernen des Spielens eines Musikinstruments – immer wieder *Intention* und *Attention* einübe, dann entsteht nach Jahren des Übens, nach dem »Einverleiben« von *Intention* und *Attention*, eine *Attitude*, eine Haltung, mit der alles unbewusst, unverkrampft und automatisch abläuft, eine Haltung, die unbeabsichtigte Auswirkungen auf mich selbst hat (81).

Die Tragkraft dieser 10. Säule zur *Integrierten Medizin* und ihre Auswirkungen auf eine humane Medizin sind enorm. Der Patient erlebt zum einen meine Berücksichtigung von Patientenautonomie, mein Ernstnehmen der EBM u.a., er erlebt, dass ich nicht »Husch-Husch, die Waldfee« oberflächlich über seine Sorgen hinweghusche, sondern ihn ernst nehme, er erlebt eine Qualität der Betreuung, die ihm guttut. Der Patient erlebt zum anderen mein Eingehen auf seine Befürchtungen, mein Bemühen um Verständlichkeit, meine Sorgfalt bei der Risikoaufklärung, mein Mitgefühl, meine Menschlichkeit, er fühlt sich aufgehoben, seine gefühlte Qualität der Betreuung ist hoch.

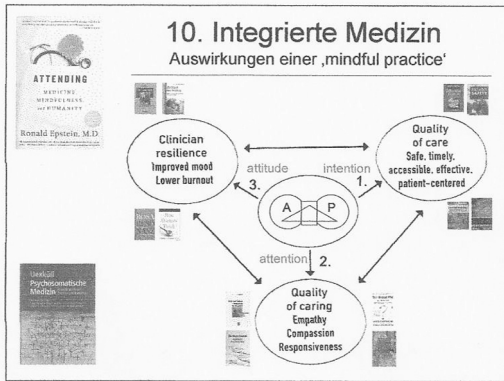
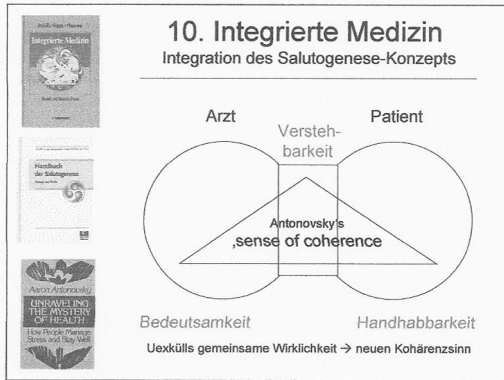


Abb. 1.14, 1.15 und 1.16 (Diskussion im Text)

Intention und *Attention* haben als einverleibte *Attitude* drittens Rückwirkungen auf mich als Arzt (80). Die Spiegelung meiner *Intention* und *Attention* durch den Patienten lassen meine anfangs oft unterschätzte Bedeutsamkeit für den Patienten wachsen, machen mich sicherer in unsicheren Situationen und im Umgang mit scheinbar schwierigen Patienten, steigern mein Wohlbefinden und machen mich weniger anfällig für Stress. Mein Frust und meine Gefahr, ein Burnout zu erleiden, nehmen ab, ich achte stärker darauf, dass mein Leben mit meinen Werten in Einklang steht, dass ich nur ein guter Arzt sein kann, wenn ich das eigene *well-being* (77,78) nicht vernachlässige, weil dies die Voraussetzung für eine achtsame Praxis ist. Kurzum, ich habe nicht eine, sondern ich lebe eine konkrete Medizinphilosophie (siehe Kapitel 11).

Literatur

- 1 Charon R. Physician writers. *Lancet* 2004; 363: 404.
- 2 Apel K-O. Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik – Entwurf einer Wissenschaftslehre in erkenntnisanthropologischer Sicht. In: Apel K-O. Transformation der Philosophie. Band 2: Das Apriori der Kommunikationsgemeinschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 165. 1976: 96-127 (Zitat S. 99).
- 3 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 4 Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016.
- 5 Wald HS, Reis SP. Beyond the margins: Reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *J Gen Intern Med* 2010; 25(7): 746-9.
- 6 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988.
- 7 Ottenjann R, Classen M (Hg.) Gastroenterologische Endoskopie – Lehrbuch und Atlas. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 2. Aufl., 1991.
- 8 Blaser MJ (ed). *Campylobacter pylori in Gastritis and Peptic Ulcer Disease*. New York/Tokyo: Igaku-Shoin Medical Publishers; 1989.
- 9 Hunt RH, Tytgat GNJ (eds.). *Helicobacter pylori – Basis Mechanisms to Clinical Cure*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Press; 1994.
- 10 Leiß O. Helicobakterisierung psychosomatischer Konzepte? *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98: A-886-890.

- 11 Leiß O. Ulkus duodeni und ventrikuli. In: Adler RH, Herrmann M, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Thure von Uexküll: Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 6.neubearbeitete und erweiterte Auflage. München/Jena: Urban & Fischer; 2003: 909 –922.
- 12 Axon ATR. Infection and disinfection: spezial review. In: Annual of Gastrointestinal Endoscopy, edited by PB Cotton, GNT Tytgat, CB Williams. Gower Academic Journals; 1988: 181-192.
- 13 Van Gossum A, Loriers M, Serruys E, Cremer M. Methods of disinfecting endoscopic material: results of an international survey. Endoscopy 1989; 21: 247-250.
- 14 Leiß O. Infektionsrisiken in der Endoskopie: Die Rolle der Endoskopaufbereitung und –überprüfung. Hyg Med 2002; 27: 285-296.
- 15 Bader L, Blumenstock G, Birkner B, Leiß O, Heesemann J, Riemann, JF, Selbmann H-K. HYGEA (Hygiene in der Gastroenterologie – Endoskop-Aufbereitung): Studie zur Qualität der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen in Klinik und Praxis. Z Gastroenterol 2002; 40: 157-170.
- 16 KRINKO. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. (Bearbeitet von: O. Leiß, U. Beilenhoff, K. Euler, E. Kern-Waechter, A. Iffland-Pape, L. Bader, M. Pietsch, M. Jung, J.F. Riemann, G. Unger) Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2002; 45: 395-411.
- 17 Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. Am J Med 1989; 86: 262-266.
- 18 von Uexküll Th, Köhle K. Funktionelle Syndrome in der inneren Medizin. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 489-502.
- 19 Schüffel W, von Uexküll Th. Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 523-534.
- 20 Drossman D. Psychosocial factors in the care of patients with gastrointestinal disease. In: Textbook of Gastroenterology, edited by T. Yamada, D.H. Alpers, C. Owyang, D.W. Powell and F. E. Silverstein. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1991: 546-561.
- 21 von Uexküll Th, Wesiak W. Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 1-30.

- 22 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 23 von Uexküll Th. Psychosomatische Medizin ist Humanmedizin – Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 1339-1368.
- 24 Schettler G. (Hg.) Innere Medizin – ein kurzgefasstes Lehrbuch. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1976.
- 25 Gross R, Schölmerich P (Hrsg). Lehrbuch der Inneren Medizin. 5. Aufl. 1977. Stuttgart – New York: Schattauer Verlag; 1977.
- 26 Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD (eds.). Harrison's Principles of Internal Medicine. Auckland: McGraw-Hill International Book Company; 9th edition 1980.
- 27 Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds.): Treatment of functional somatic symptoms. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press; 1995.
- 28 Rudolf G, Henningsen P (Hg.). Somatoforme Störungen – Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1998.
- 29 Spiro H, Maccree Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.) Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
- 30 Reiser SJ. Science, pedagogy, and the transformation of empathy in medicine. In: Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel. Edited by H.M. Spiro, M.G. Mccree Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 121-132.
- 31 Finegan E: Language. Its structure and use. 3rd edition. New York: Harcourt Brace College Publishers; 1999.
- 32 Schulz von Thun F. Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1981.
- 33 Schulz von Thun F. Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1981.
- 34 Schulz von Thun F. Miteinander reden 3. Das ›innere Team‹ und situationsgerechte Kommunikation. Sachbuch 60545. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1998.
- 35 Geisler L. Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987.

- 36 von Uexküll Th. Studienreform und Fakultätsreform. Deutsches Ärzteblatt 1961; 46 (Heft 38 vom 21.10.1961): 2117-2131.
- 37 Working Group on the Future of Medical Education in Europe. The Future of Medical Education in Europe. Report on a working group convened by the regional office for Europe of the World Health Organization. Copenhagen, 17-19 december 1968. Distributed by the regional office for Europe. World Health Organization, Copenhagen, 1969.
- 38 Otte R. Thure von Uexküll – Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2001.
- 39 von Bertalanffy L. General System Theory – Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing 2015.
- 40 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953. a) S. 21; b) S. 61; c) S. 43; d) S. 247.
- 41 von Uexküll J. Umwelt und Innenwelt der Tiere. Julius Springer, Berlin, 1921. Nachdruck: London: FB & c Ltd, Dalton House, Forgotten Books; 2015.
- 42 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt/Berlin/Wien: Propyläen, Verlag Ullstein; 1980: 226-290.
- 43 Cassirer E. Philosophie der symbolischen Formen: Erster Teil: Die Sprache. Philosophische Bibliothek, Band 607. Philosophie der symbolischen Formen: Zweiter Teil – Das mythische Denken. Philosophische Bibliothek, Band 608. Philosophie der symbolischen Formen: Dritter Teil: Phänomenologie der Erkenntnis. Philosophische Bibliothek, Band 609. Hamburg: Felix Meiner; 2010.
- 44 Deacon TW. The Symbolic Species – The Co-Evolution of Language and the Brain. New York/London: W.W. Norton & Company; 1997.
- 45 Heisenberg W. Wandlungen in den Grundlagen der Naturwissenschaften. Stuttgart: Hirzel; 1949.
- 46 Engelhardt K: Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.
- 47 Köhle K. »Integrierte Medizin«. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 8. Auflage 2017: 3-22.
- 48 Ginzburg C. Spurensicherung. Die Wissenschaft auf der Suche nach sich selbst. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach, 1983 und 1995 (als 50. Band der Reihe »kleine kultur-wissenschaftliche Bibliothek«).
- 49 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.

- 50 Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
- 51 von Uexküll T. Was weiß die Medizin vom Menschen? In: Rössner H (Hg.). *Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 146-168.
- 52 von Uexküll T. Von Psychosomatischer zu Integrierter Medizin. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.). *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens – Bausteine der Integrierten Medizin*. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2013: 61-72 (Zitat S. 65).
- 53 Searle JR. Die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Zur Ontologie sozialer Tatsachen. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2005; 2011.
- 54 Searle JR. *Making the Social World. The Structure of Human Civilization*. Oxford: Oxford University Press; 2010. Deutsch: *Wie wir die soziale Welt machen. Die Struktur der menschlichen Zivilisation*. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2012.
- 55 Schönrich G. *Semiotik zur Einführung*. Hamburg: Junius Verlag; 1999.
- 56 Pape H. Der systematische Ort der Semiotik und die phänomenologischen Grundlagen der Zeichentheorie ab 1903. In: Kloesel CJ, Pape H (Hg.). *Charles S. Peirce – Semiotische Schriften, Band II*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2000: 15-42.
- 57 Peirce CS. *Semiotische Schriften. Band I – III*. Herausgegeben und übersetzt von C.J.W. Kloesel und H. Pape. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
- 58 Peirce Edition Project (eds.). *The Essential Peirce. Selected Philosophical Writings. Volume 2 (1893-1913)*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1998.
- 59 Peirce CS. Das Gewissen der Vernunft: Eine praktische Untersuchung der Theorie der Entdeckung, in welcher die Logik als Semiotik aufgefasst wird (1904). In: Kloesel CJ, Pape H (Hg.). *Charles S. Peirce – Semiotische Schriften, Band II*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2000: 166- 237.
- 60 Schiffter R. Da bleibt einem glatt die Spucke weg – Neurophysiologie der Redewendungen. *Deutsches Ärzteblatt* 1988; 85: A-1998-2008.
- 61 Albers L, Leiß O. Diagnostische und therapeutische Bedeutung von Metaphern bei gastroenterologischen Erkrankungen – Sprachliche, körpersprachliche und szenische Kommunikation bei organischen und funktionellen Beschwerden. *Verdauungskrankheiten* 1996; 14: 198-208.
- 62 Nagel T. *Der Blick von nirgendwo*. Berlin: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2035; 2012.
- 63 Engel GL. From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 1997; 38(6): 521-528.
- 64 Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.).

- Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 23-33.
- 65 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
- 66 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998.
- 67 Feero WG, Guttmacher AE, Collins FS. Genomic medicine – an updated primer. *N Engl J Med* 2010; 362: 2001-2011.
- 68 Collins FS. The language of life, DNA and the revolution in personalized medicine. Deutsch: Collins FS. Meine Gene – mein Leben. Auf dem Weg zur personalisierten Medizin. Heidelberg; Spektrum Akademischer Verlag, 2011.
- 69 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.) Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2nd edition 2003.
- 70 Miles A, Mezzich JE. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *The International Journal of Person Centered Medicine* 2011; 1: 207-222.
- 71 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York/Edinburgh/London: Churchill Livingstone; 1997.
- 72 Howick J. The Philosophy of Evidence-Based Medicine. Oxford: Wiley-Blackwell, BMJ Books; 2011.
- 73 Vincent C. Patient Safety. Edinburgh/London/New York: Elsevier – Churchill Livingstone; 2006.
- 74 Morath JM, Turnbull JE. To Do No Harm. Ensuring Patient Safety in Health Care Organizations. San Francisco: Jossey-Bass; 2005. (Abb. S. 53).
- 75 Knopp E, Knopp J. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2010.
- 76 Schneider CE. The Practice of Autonomy – Patients, Doctors and Medical Decisions. New York: Oxford University Press; 1998.
- 77 Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009; 374: 1714-1721.
- 78 Spinelli WM. The phantom limb of the triple aim. *Mayo Clin Proc* 2013; 88(12): 1356- 1357.
- 79 Epstein R. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-839.
- 80 Epstein R. Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity. New York: Sciber; 2017, paperback edition 2018. a) S. 12ff.; b) S. 157-175.
- 81 Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62(3): 373-386.

Teil II: Das biologische und wissenschaftstheoretische Fundament

2 Thure von Uexküll: ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ – 1953 und heute

»Konvergenzen beruhen nicht immer auf Einfluss. Es wird in der Welt mehr gedacht, als man denkt.«

H. Plessner (1)

1951 haben E. Grassi und Thure von Uexküll 1951 Seminarvorträge zum Thema ›Die Einheit unseres Wirklichkeitsbildes und die Grenzen der Einzelwissenschaften‹ (2) herausgegeben und kommentiert. 1953 hat Thure von Uexküll ein kleines, aber wegweisendes Buch mit dem Titel: ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ (3) veröffentlicht. ›Grundzüge einer Naturphilosophie‹ ist zweifellos ein anspruchsvoller, ein hoch gegriffener Titel. Zu anspruchsvoll, zu hoch gegriffen? Wie steht's um die Einheit unseres Wirklichkeitsbildes, um die Einheit von Natur und Mensch? Brauchen wir eine Naturphilosophie? Reichen die Naturwissenschaften nicht aus? Sind Fragen zur Einheit eines Natur- und Weltbildes beantwortbare Fragen, lösbare Probleme oder sind sie ein »vergessener Traum« (4)? Was ist und wozu brauchen wir eine Naturphilosophie (5)? Lohnt es sich, ein 65 Jahre altes Buch (3) zu Grundzügen einer Naturphilosophie zu lesen?

Ich will versuchen, auf diese Fragen Antworten zu geben. Im methodischen Vorgehen vergleiche ich zunächst Thure von Uexkülls ›Der Mensch und die Natur‹ (3) mit einem naturphilosophischen »Klassiker« des vorigen Jahrhunderts, mit Helmut Plessners ›Die Stufen des Organischen und der Mensch‹ (6). In einem zweiten Schritt erörtere ich Bücher zeitgenössischer Autoren (M. Tomasello, E. Thompson und T. Deacon) und kontrastiere ihre Kernaussagen in einem dritten Schritt mit Thure von Uexkülls ›Grundzügen einer Naturphilosophie‹.

2.1 Was ist Naturphilosophie?

Unter der Naturphilosophie versteht man philosophische Überlegungen zur Natur im Allgemeinen und zur Natur des Menschen im Speziellen, soweit, so gut. Lo-

gisch ist das Spezielle, im vorliegenden Fall der Mensch, im Allgemeinen, hier in der Natur, enthalten. Dies wird jedoch von denjenigen bestritten, die eine Sonderstellung des Menschen in der Natur sehen und einen Auftrag an den Menschen, sich die Natur untertan zu machen, postulieren (7).

»Naturphilosophie ist keine populäre Darstellung von Ergebnissen der Naturwissenschaft« (5). Die heutige Naturphilosophie setzt jedoch voraus, dass eine Erkenntnis über die Natur nur mithilfe der Naturwissenschaften gewonnen werden kann. »Der Blick der Naturphilosophie ist auf den Gegenstand der naturwissenschaftlichen Theorien, die Natur, gerichtet. Wissenschaftliche Theorien werden in der Naturphilosophie in erster Linie unter dem Aspekt dessen betrachtet, was sie über die Natur aussagen« (5). Die Frage danach, was die Natur ist, ist »in der Nachbarschaft zu drei anderen philosophischen Disziplinen angesiedelt: Der Wissenschaftstheorie, der Ontologie und der Philosophie der Technik«, wobei sie am ehesten der philosophischen Disziplin der Ontologie, der Lehre vom Sein, zuzuordnen ist (5). Seit Aristoteles und dem Sophisten Antiphon wird mit Natur das Seiende bezeichnet, das von selbst da ist – im Unterschied zu den Artefakten, die vom Menschen geschaffen wurden.

Das Problematische an der Naturphilosophie ist, dass der denkend mit der Natur und sich selbst befasste Mensch immer zugleich Subjekt und Objekt ist, dass alle wissenschaftliche Fragen nach dem Wesen der Natur und des Menschen an ein vorwissenschaftliches Selbstverständnis von Natur und von Menschen gebunden ist und dass die Subjekt-Objekt-Identität von Gegenstand und Beobachter eine erkenntnistheoretisch unmögliche Situation darstellt, die Lösungen erschwert, wenn nicht gar scheitern lässt (5,8).

2.2 Naturphilosophische Klassiker

In der geisteswissenschaftlichen Literatur sind Klassiker zeitlos. Goethe, Schiller, Lessing, Kleist und viele andere zählen mit Recht zu solchen Klassikern, die auch über 200 Jahre nach ihrem Erscheinen aktuell sind und gelesen werden. In den Naturwissenschaften ist das in der Regel anders. Innovative wissenschaftliche Erkenntnisse, meist in Fachjournals publiziert, sind abhängig von Kontext, Kontroversen und Debatten der Zeit, in der sie entstanden sind. Solche naturwissenschaftlichen Arbeiten gelten 50-100 Jahre später oft als wissenschaftlich veraltet und nicht mehr aktuell und werden allenfalls noch als Meilensteine in der Geschichte der betreffenden Naturwissenschaft gelesen. Anders ist das bei einer Subgruppe von Büchern, die im Grenzgebiet, im Niemandsland zwischen Naturwissenschaften und Philosophie angesiedelt sind, wie z.B. Schellings ›Ideen zu einer Philosophie der Natur‹ aus dem Jahre 1835. Aus dem Grenzgebiet zwischen Naturwissenschaft und Philosophie habe ich zwei Bücher des 20. Jahrhunderts her-

ausgegriffen, die als naturphilosophische »Klassiker« gelten können. Ich will sie zunächst detaillierter erörtern, um sie anschließend mit Büchern zu vergleichen, die in den letzten Jahren erschienen sind und die das Potenzial haben, naturphilosophische Klassiker zu werden.

2.2.1 Thure von Uexküll, ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹

Warum und wozu habe ich dieses 65 Jahre alte und nur noch antiquarisch erhältliche Buch vor Monaten erneut gelesen? Das geschah zum einen aus historischem Interesse, weil ich wissen wollte, was zu der Zeit, in der ich aufgewachsen bin, gedacht wurde, zum andern aus persönlichem Interesse am Denken Thure von Uexkülls und seinem ›Denkweg‹ von seinen ersten Publikationen bis zum Alterswerk, der zusammen mit W. Wesiak verfassten ›Theorie der Humanmedizin‹ (3. Aufl. 1998 (9)) und dem Einleitungs- und Schlusskapitel in der letzten, von ihm selbst noch mit herausgegebenem Auflage seines Lehrbuchs der psychosomatischen Medizin (10,11). Da bekanntlich nichts begreifbar ist, außer durch seine Geschichte, folgen hier ein paar Aspekte zur Geschichte und zum Kontext (12). Thure von Uexküll (1908-2004) war ein Sohn des berühmten Biologen Jakob von Uexküll (1864-1944), der mit seiner Umweltlehre und seiner ›Theoretischen Biologie‹ in den Zwanzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts eine eigenständige Position im Streit der Vitalisten und Materialisten vertrat (13-15) und von dessen Denken Thure von Uexküll zeitlebens geprägt war (12). Den väterlichen biologischen Funktionskreis (15) hat er für die Medizin zum Situationskreis modifiziert (9) und zum doppelten Situationskreis des Arzt-Patienten-Verhältnisses erweitert.

Thure von Uexküll hat sein Buch ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ (3) in den Nachkriegsjahren des 2. Weltkriegs geschrieben, bei Erscheinen des Buches (1953) war er 45 Jahre alt. Sein Vater war Jahre zuvor (1944) gestorben – insofern stellt Thure von Uexkülls Buch eine Auseinandersetzung mit dem geistigen Erbe des Vaters dar (›Was Du ererbt von Deinen Vätern, erwirb es, um es zu besitzen«). Sein internistischer Lehrer an der Charité, Gustav von Bergmann, hatte 1932 sein Hauptwerk, die ›Funktionelle Pathologie‹ (16), veröffentlicht und der Virchow'schen Zellulärpathologie die krankmachende Bedeutung von Funktionskreisen gegenübergestellt. Franz Alexander hatte in seiner ›Psychosomatic Medicine‹ (17) – 1950 erschienen – psychoanalytische Einsichten, z.B. Stress, Konflikte, Abhängigkeitsverhältnisse als pathogene Faktoren der damaligen ›klassischen‹ psychosomatischen Krankheiten wie Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Ulcus duodeni, Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa u.a. beschrieben. Die Freud'sche Psychoanalyse, die Viktor von Weizsäcker schon vor den Kriegsjahren in Deutschland für die Innere Medizin nutzen wollte, war in den USA ›en vogue‹, differenzierte sich in verschiedene Schulen und an verschiedenen univer-

sitären Zentren. Thure von Uexküll war mit seinem internistischen Lehrer Gustav von Bergmann von der Charité in Berlin nach München gewechselt, hatte sich dort 1948 über funktionelle Erkrankungen habilitiert und befand sich in einer Umbruchsituation vor einem längeren Studienaufenthalt in den USA (12).

Thure von Uexküll geht es in seinem Buch ›Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie‹ (3) darum, die oft nur halb oder gar nicht bewussten Hintergründe und die Art, wie sich die Naturwissenschaft mit der Natur und die Medizin mit dem Menschen auseinandersetzen, aufzudecken, kritisch zu beleuchten und das Verhältnis von Theorie und Empirie neu zu klären. Um die Bandbreite des Inhalts und den roten Faden des Buchs verständlich zu machen, ist in Tabelle 2.1. das Inhaltsverzeichnis aufgelistet. Das Buch ist in einer auch für Nichtbiologen leicht verständlichen Sprache geschrieben. In den spärlichen Fußnoten wird auf namhafte physikalische, biologische und philosophische Denker (z.B. W. Heisenberg, C.F. von Weizsäcker, K. Lorenz, J. von Uexküll, L. von Bertalanffy, N. Hartmann, A. Gehlen) und einzelne eigene Publikationen verwiesen.

Das Buch schließt mit »Die Tiere leben, wie J. von Uexküll uns gezeigt hat, in ihren artgemäßen Umwelten. Der Mensch aber muss sich seine Welt auf Grund von Entwürfen aufbauen, die er selber erfindet. Darum hat der Mensch keine Umwelt. Doch was hat er dann? Hat er Welt? Die einzige Welt, die er besitzt, ist aus seinen Entwürfen gebaut. Diese Entwürfe sind jedoch, wie wir gesehen haben, nicht etwa auf Erfahrung gegründet, sondern sie dienen der Erfahrung und werden mit jedem Erfahren von neuem in Frage gestellt; denn ihr letzter Sinn besteht ja darin, sich ihr eigenes Gelingen oder Versagen widerfahren zu lassen. Sie bleiben Hypothesen, die in jedem Augenblick durch andere Hypothesen ersetzt werden können. Nur so ist der Mensch für den Zugriff des Objektiven gerüstet, nur so ist er ›offen‹« (3a).

»Der Mensch ist auch nicht nur das, was er entwirft und erfährt nicht nur seine Entwürfe. Er ist auch wie die Tiere sensitives Erleben und wie die Pflanzen vegetatives Leben, und er ist wie diese angewiesen auf den Bereich des Unbelebten. Er hat an allen Bereichen der Natur Anteil. Hierin liegt der Grund, weshalb eine anthropologische Medizin ohne Naturphilosophie undenkbar ist, ebenso wie auf der anderen Seite eine Naturphilosophie ohne den Menschen und ohne eine Anthropologie nicht durchgeführt werden kann« (3b). »Für die Medizin, die mit den verschiedensten Entwürfen der Physik, der Chemie, der Biologie und der Psychologie arbeiten muss, folgt daraus, dass sie ihren Bereich niemals ohne einen philosophischen Begriff des Naturganzen aufbauen kann, in dem sich die heterogenen Ergebnisse all dieser Einzelfächer ordnen und aufeinander beziehen lassen« (3c).

In diesen Sätzen des 45-jährigen Thure von Uexküll kommt paradigmatisch die ärztliche Grundhaltung zum Ausdruck, die lebenslang handlungsleitend geblieben ist und in verschiedenen Veröffentlichungen wie z.B. dem ausführlichen Vorwort zur Ausgabe der Schriften seines Vaters (15), den Kapiteln in seinen Lehrbüchern der psychosomatischen Medizin fortgeschrieben (10,11) und – zusammen mit W.

Tabelle 2.1:

Thure von Uexküll: Der Mensch und die Natur - Grundzüge einer Naturphilosophie.**Inhaltsverzeichnis**

Vorwort	5
<i>I. Erste Annäherung an unser Thema</i>	11
1. Die Landkarte der Wirklichkeit	11
2. Die Überwindung einer objektivistischen Naturvorstellung	13
3. Die ursprüngliche Wirklichkeit der biologischen Funktion	14
4. Unarbeitbarkeit der biologischen Wirklichkeit	17
5. Wandlung des Inhalts verschiedener Wirklichkeitsbereiche	21
6. Das Problem der Rangordnungen der Wirklichkeitsbereiche	22
7. Die phänomenale Wirklichkeit und ihre Bindung in verschiedenen Ordnungen und Grenzen	24
8. Grenze und Begrenzung unserer Fähigkeiten	25
<i>II. Die Grenzen zwischen Physik und Biologie und das Problem ihrer Einheit</i>	27
1. Die Fragwürdigkeit der Einheit der Naturwissenschaften	27
2. Die Einheit des Lebensvorganges	29
3. Das Konvergenzprinzip in der Biologie	33
4. Die Beziehungen zwischen Biologie und Physik	35
5. Wissen und Können. Das Problem der Objektivität	38
6. Die Grenzen zwischen Physik und Biologie und das Problem ihrer Einheit	42
7. Das philosophische Problem	46
<i>III. Mensch und Welt in der heutigen Medizin</i>	47
1. Die Medizin und das physikalische Weltbild	47
2. Das Versagen des physikalischen Weltbildes für die konkreten Bedürfnisse der Medizin	54
3. Die Suche nach einem neuen Menschbild in der Medizin	60
a) die Mannigfaltigkeit der Aufgaben	60
b) die traditionellen Möglichkeiten zum Entwurf eines Menschenbildes	64
c) die neuen Lösungsversuche	69
d) 'medizinische Psychologie' und 'Leib-Seele-Problem'	75
4. Kritik der bisherigen Leib-Seele-Theorien	77
5. Die Frage nach dem Verhältnis von Einheit und Vielheit als Rahmen für das Leib-Seele-Problem	80
6. Die prinzipiellen Schwierigkeiten einer dualistischen Voraussetzung	81
7. Der historische Hintergrund für die Ablehnung des Teleologie-Begriffes in der Medizin	83
<i>IV. Kritik der naturphilosophischen Voraussetzungen unserer Zeit und unserer Einstellung zum Teleologie-Problem</i>	88
1. Die Wandlung der dualistischen Voraussetzung unter erkenntniskritischen Einflüssen	88
2. Die Mißverständnisse über den Zweckbegriff und ihre Konsequenzen	94
a) das psychologische Argument und die Verwechslung von Zweck und Vorsatz	94
b) die Fehler bei der Unterscheidung von 'Zwecktätigkeit' und 'Zweckmäßigkeit'	98
c) der Unterschied zwischen 'fremddienlicher' und 'selbstdienlicher' Zwecktätigkeit. Anthropomorphismus	102
3. Definition des Zweckbegriffes	105
4. Die Verwechslung von Zweck mit 'Ursache' und 'Wirkung'	109
5. Der Mißbrauch des teleologischen Denkens und die daraus hergeleiteten Argumente gegen die Teleologie	111
6. Der Widerspruch zwischen 'erkenntnisbeschränkender' und 'heuristischer' Funktion des teleologischen Denkens	114
7. Schlußbetrachtung: Theorie und Empirie	116

V. Das Prinzip des Lebens und die unbelebte Natur	120
1. Die Suche nach Naturzwecken	120
a) die Aufstellung des Problems	120
b) die Frage nach dem möglichen Verhältnis von Kausalität und Finalität bei der Anwendung auf Naturerscheinungen	121
c) das Phänomen der 'Schwelle'	125
d) das Phänomen der Stimmung	129
2. Die Begriffe 'Ziel', 'Ursache' und 'Wirkung' in der Physik	133
3. Der Bereich des Unbelebten als 'Vorwirklichkeit'	142
a) das Unbelebte und die Ausschnitte	142
b) Kausalität und das Phänomen der 'ersten Ursachen'	143
c) die anorganische Natur und die 'Vorwirklichkeit'	146
VI. Die Abgrenzung unserer Naturauffassung von anderen Vorstellungen	153
1. Vitalismus und Mechanismus	153
2. Die Bedeutung des Wandels unserer Naturbilder für die Auffassung einer 'an sich' seienden Natur	156
3. Die Deutung des kritischen Realismus	158
4. Die Deutungen des Existenzialismus und des Positivismus	161
5. Das Problem des Objektiven	165
VII. Von der Stufe des vegetativen Lebens	169
1. Die Ziele des Lebens und die Möglichkeit ihrer Verwirklichung	169
2. Das Phänomen des 'Umschlagens'	173
3. Leben als Selbstverwirklichung und Selbsterhaltung	176
4. Selbstverwirklichung als Ernährung, Fortpflanzung und Wachstum.	
Die vegetative Lebensstufe	178
5. 'Element' und 'Teil'	182
6. 'Werden', 'Bestehen' und 'Vergehen' im Bereich des Physikalischen und im Bereich des Lebendigen	189
7. Die Zeit als Dimension des vegetativen Lebens	192
8. Das Phänomen der 'Weile'	200
VIII. Von der Stufe des sensitiven Lebens	203
1. Die Aufgabe	203
2. 'Werkzeug', 'Organ' und Sinnesorgan'	204
3. Die Zeiten der einzelnen Sinne und das Problem ihrer gemeinsamen Zeit	206
4. Die Bedeutung des 'Hier' und 'Dort' im Rahmen der sensitiven Lebenshandlung und das Auftreten des Raumes	210
5. Die Emotionen	213
6. Emotion, Trieb und Verhaltensforschung	218
7. Leben und Erleben	225
IX. Von der Stufe des menschlichen Lebens	228
1. Erleben, Erfahren und die idealistische These	228
2. Die sensualistische These	235
3. Naturphilosophie, Anthropologie und Medizin	239
a) der Mensch in der Natur	239
b) Die menschliche Zeit	240
c) Die menschliche Welt	245
X. Schlussbetrachtung	248
Namensregister	253
Sachregister	254

Wesiak – zur ›Theorie der Humanmedizin‹ (9) weiterentwickelt wurde. Seine an die aristotelische Unterscheidung der ›vier Causae‹ anlehrenden Ausführungen zur Kausalität und Finalität (3) sind unverändert aktuell, T.W. Deacon geht in seinem 2012 erschienenen Buch ›Incomplete Nature‹ in ähnlicher Weise darauf ein (18).

Uexkülls ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ (3) geht von Erkenntnissen der Naturwissenschaft aus, verankert die Medizin in der Biologie und macht verständlich, warum er dualistischen Konzepten, wie sie z. B. auch in der Freud'schen Psychoanalyse zum Ausdruck kommen, zeitlebens kritisch gegenüberstand. Die ›Einheit unseres Wirklichkeitsbildes‹ (2), ein Uexküll-Grassi'sches Projekt der gleichen Zeit, hat aktuell in Dreyfus und Taylers Buch ›Die Wiederentdeckung des Realismus‹ (19) eine Weiterentwicklung erfahren, von der Thure von Uexküll vermutlich begeistert gewesen wäre. Literarische Klassiker sind zeitlos. Thure von Uexkülls ›Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie‹ kann mit Fug und Recht als ein Klassiker der Naturphilosophie bezeichnet werden.

Thure von Uexküll ist darüber hinaus ein lebendiges Beispiel dafür, dass »Modelle einer lebenden Medizin sich weiterentwickeln, d.h. ›lernende Modelle‹ bleiben müssen« (20). Er hat dies in seiner unvergleichlichen Neugier auf Neues lebenslang praktiziert, hat wichtige Teil-Konzepte wie Piagets Untersuchungen zur Entwicklung der Intelligenz bei Kindern, seine ›genetische Erkenntnistheorie‹ (21) ebenso in seine systemtheoretische Sicht des Ganzen integriert wie Antonovskys ›Salutogenese-Konzept‹ (22) oder Umberto Maturanas und Francesco Varelas ›Konzept der Autopoiesis‹ (23,24). Seine 1953 in seinem Buch erstmals detailliert dargestellte systemtheoretische Sicht hat von Uexküll im Laufe der Jahre theoriephilosophisch mit der Einbeziehung der Semiotik und der Peirce'schen Philosophie des Pragmatismus (25-27) untermauert und konzeptionell stringenter gemacht. Seine Sicht der Emergenz, der Phänomene am Übergang von einem Teilsystem zum nächst höheren Teilsystem, der Probleme der Systemgrenzen, der Übersetzung von einem Zeichensystem in ein anderes, dies alles ist zwar lange als hypothetisch, theoretisch und mit dem zweiten Hauptsatz der Thermodynamik nicht vereinbar abgetan worden, hat aber in Terence W. Deacons ›Incomplete Nature‹ (18) eine Aktualisierung und naturwissenschaftliche Untermauerung erhalten (s.u.).

2.2.2 Helmut Plessner, ›Die Stufen des Organischen und der Mensch‹ und ›Die Einheit der Sinne – Grundlinien einer Ästhesiologie des Geistes‹

Helmut Plessners (1892-1985) breit gefächerte Schriften sind keiner bestimmten Fachdisziplin zuzuordnen, seine Problemerkörterungen sind interdisziplinär, sein naturphilosophischer Ansatz ist mit soziologischen und philosophischen Aspekten kombiniert und münden in kulturphilosophischen Überlegungen. Von manchen Autoren wird sein 1928 erschienenes Buch ›Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie‹ (6) als sein Hauptwerk angesehen (28), andere halten Plessners Sinneslehre und seine ›Ästhesiologie des Geistes‹ (29) für sein Hauptwerk (30), vergleichbar mit Ernst Cassirers ›Philosophie der symbolischen Formen‹ (31). Plessner, der Medizin, Zoologie und Philo-

sophie studiert hat, reduziert den Menschen weder auf einen Gegenstand naturwissenschaftlicher Forschung, noch interpretiert er ihn in der Nachfolge von Kant als transzendentes Subjekt. Er will den Menschen als Lebewesen auf dem Hintergrund des Lebens insgesamt erforschen. In seiner Philosophie des lebendigen Daseins und seiner natürlichen Horizonte sieht er den Menschen als *›personale Lebenseinheit‹*.

Der Denkansatz der philosophischen Anthropologie, den außer Plessner eine Reihe anderer Autoren (Scheler, Gehlen, Portmann, Rothacker) weiterentwickelten, ist dadurch charakterisiert, dass hier die zur Leitwissenschaft aufgestiegene Biologie als Referenzdisziplin eines philosophischen Ansatzes gewählt wurde und der Versuch unternommen wird, ›Geist‹ im ›Leben‹ aufzubauen und eine Philosophie der Kultur in einer Anthropologie zu begründen. Der philosophiegeschichtliche Hintergrund dieses Denkansatzes grenzt sich gleichermaßen von idealistischen und materialistischen Strömungen der Zeit, von Darwinismus und ›Kulturalismus‹, von Lebensphilosophie und Neukantianismus ab. Für den Idealisten kann alles Wissen (einschließlich des Wissens vom Menschen) vom denkenden, autonomen Ich aus entfaltet werden, für den Materialisten oder Naturalisten umgekehrt von der Natur, von der Physik her. Für den Darwinismus ereignet sich die Unterscheidung von Natur und Kultur in der Natur selbst, ist also eine Naturtatsache, für den Konstruktivismus ist die Unterscheidung von Natur und Kultur dagegen eine Apriori-Leistung der Kultur (32). Hinsichtlich einer Theorie des Geistes finden sich die Vertreter der philosophischen Anthropologie in einer Doppelopposition gegen neukantianische, neopositivistische Theorien einerseits und zu lebensphilosophischen Theorien andererseits. Sie lehnen das Programm des Neukantianismus und des Wiener Kreises mit der Rückbindung der Philosophie an das Leitmedium der Wissenschaften ebenso ab wie die in verschiedenen Varianten ausformulierten lebensphilosophischen Vorstellungen (bei Nietzsche die Konzentration auf die Musik als die dionysische Form des Geistes, bei Bergson die *›Intuition‹*, bei Klages die mythische Denkform der Seele (31a)). Darüber hinaus unterscheiden sich die Vertreter der philosophischen Anthropologie auch von linguistischen Theorien des Geistes im Gefolge von Frege und Wittgenstein. Das Thema Sprache spielt zwar auch bei ihrer Theorie des Geistes eine zentrale Rolle, sie zeigen aber ebenso nichtsprachliche Zugänge zu außersprachlichen Phänomenen (Mystik, Musik) als Möglichkeiten des Geistes auf. Repräsentativ für den Denkansatz der philosophischen Anthropologie soll hier dezidiert auf Plessners Naturphilosophie, auf seinen Stufenbau des Lebens (siehe Tab. 2.2) und seinen Begriff der *›Exzentrischen Positionalität‹* (6) als Grundkategorie seiner Anthropologie (28) eingegangen werden.

Plessner setzt an dem Phänomen an, das durch die auf René Descartes zurückgehende *›cartesiansche Alternative von Geist und körperlichem Ding‹* nicht verstanden werden kann, am ›Leben‹. Sein Stufenbau des Lebens ist in Tabelle 2.2 zusammengefasst.

Tabelle 2.2: **Plessners Stufenbau des Lebens** (nach Pleger (33))

Körperdinge	anorganische Körperdinge	organische Körperdinge = Lebewesen
Lebewesen	offene Form: Pflanze	geschlossene Form: Tier
Tier	dezentralistische Organisation (z.B. Seeigel)	zentralistische Organisation (z.B. Hund)
Mensch	zentralistische Organisation	und exzentrische Position (Person)

Die ›Stufen des Organischen und der Mensch‹ skizzieren die Bedingungen der Möglichkeit, das Geistige in der Natur zu fundieren und von biologischen, prä-rationalen Gegebenheiten aus, eine Grundlegung der Kultur aufzubauen. Plessner setzt bei der Subjekt-Objekt-Relation, beim Doppelaspekt in der Erscheinungsweise des gewöhnlichen ›Wahrnehmungsdinges‹ an (28a), wobei er die Aufklärung des Doppelaspekts nicht beim Leib, in der Nähe des *Subjektpols*, sondern am körperlichen *Wahrnehmungsding* am *Objektpol* anfähngt. Ein *Wahrnehmungsding* erscheint dem Wahrnehmenden nur deshalb gegenständlich, weil der eine Aspekt, die phänomenal erlebbare Aura der Eigenschaften des Gegenstands, nur im Bezug auf einen anderen Aspekt, den real nicht erfahrbaren inneren Substanzkern erscheint. Im Fortgang seiner Überlegungen bleibt Plessner auf den *Objektpol* gerichtet und fragt, was *anorganische Körperdinge* von *belebten Körperdingen* unterscheidet. Eine gestalttheoretische Deutung, die lebendige Körper bloß durch die Art der Anordnung ihrer Teile gegenüber anorganischen Körpern graduell eine verschiedene Gestalt sein lässt, ist ihm zu unterkomplex, eine ganzheitstheoretische Deutung zu überkomplex, da sie jenseits der anorganischen Bauelemente vitalistisch einen eigen-dynamischen Entelechiefaktor für das Lebendige postuliert (28a). Plessner schlägt eine grenztheoretische Deutung des Organischen vor, die ›Doppelaspektivität‹ wird selbst zu einer Eigenschaft des lebendigen *Körperdings*. Durch die ›Grenze‹ als Eigenschaft, als realisierte Beziehung zwischen Innen und Außen, wird ein physischer Körper ganzheitlich bzw. organisch und nimmt darin eine typische Gestalt an. Plessner will den Streit zwischen »dem dualistischen Idealismus einerseits, der Bewusstsein und Leben strikt trennt, und der monistischen Lebensphilosophie, die Leben spekulativ als unauflösbar strömende Einheit von Innen und Außen behauptet« von unten her, »im Sachfeld des Lebendigen« selbst entscheiden (28b). Durch die Charakterisierung des Lebendigen als ›grenzrealisierenden Körper‹ führt Plessner ein Aufbrechen des Gegenstands ein in eine Korrelationsbeziehung zum

anderen seiner selbst – eine ideengeschichtlich völlig andere Denkweise als z.B. die systemtheoretische Sicht von Ganzes-Teile-Beziehungen und System-Umwelt-Beziehungen.

In einer dritten Begriffsentscheidung expliziert Plessner ›*grenzrealisierende Dinge*‹ als ›*positional*‹. *Positionalität* bedeutet ›*Gesetz- oder Gestelltheit des lebendigen Körpers*‹. Plessner wendet den subjektivitätsphilosophischen Begriff der *Setzung*, ein Schlüsselbegriff des Deutschen Idealismus, in eine naturphilosophische Umkehrung, ›*Gesetztheit*‹. *Positionalität* als *Gesetztheit* des lebendigen Körpers meint, dass ein *Körperding*, in sich zur Behauptung hingesetzt, zur Behauptung ausgesetzt ist. Mit *Positionalität* führt Plessner vor dem setzenden ›*Ich*‹ des Idealismus ein eigen-dynamisches ›*Es*‹ ein, das sich grenzrealisierend in Bezug auf anderes hält, ohne ontotheologisch einen setzenden ›*Er*‹ als vorgängigen Schöpfer zu postulieren (28c).

Als möglichkeitslogisches Steigerungspotenzial der *Positionalität* differenziert Plessner die *Positionalität* in eine ›*zentrische Positionalität*‹ der Tiere und eine ›*exzentrische Positionalität*‹ des Menschen. In der *zentrischen Positionalität* des Tieres ist selbstreferenziell im lebenden Organismus eine Innenzone eingeräumt, in der der ganze Körper noch einmal repräsentiert ist.

Zentrische Positionalität impliziert Spontanität, Aktionsbereitschaft und Frontalität, *Gegenübergestelltheit* zu einer dinglich gegliederten Umwelt. *Exzentrische Positionalität* ist das Stehen des ›*Ich*‹ im ›*Es*‹ (28d). »So ist das Leben des Menschen, ohne die Zentrierung durchbrechen zu können, zugleich aus ihr heraus exzentrisch. Exzentrizität ist die für den Menschen charakteristische Form seiner frontalen Gestelltheit gegen das Umfeld« (28d).

Plessner auf sein Buch ›*Die Stufen des Organischen und der Mensch*‹ (6) zu reduzieren, wird der Breite und Vielfalt seines Werkes nicht gerecht. H.U. Lessing hält Plessners 1923 entstandenes Werk ›*Die Einheit der Sinne*‹ für ein gleich wichtiges Werk und sieht darin die Rehabilitierung der Naturphilosophie durch einen hermeneutischen Ansatz (30). In der ›*fortschreitenden Destruktion der Erscheinungswelt*‹ (29a), zwischen Entzauberung der Natur durch die Naturwissenschaft und neukantianischer Philosophie, die sich auf die theoretische Rechtfertigung der wissenschaftlichen Erkenntnis zurückzieht, modifiziert Plessner die Frage, warum das natürliche Bewusstsein dem Gesehenen und Gehörten vertraut, d.h. die Frage nach der Legitimität der erscheinenden Welt, und transformiert sie in die Frage, warum es eine ›*Sehweise*‹ und eine ›*Hörweise*‹ gibt, also in die Frage nach dem Grund für die Verschiedenheit der Sinne. Um den ›*Sinn der Sinne*‹ zu verstehen, arbeitet Plessner die Verschiedenheit von Seh- und Hörweise in ihrer ganzen Schärfe aus. Die Sinne wirken auf zwei Ebenen, derjenigen des Geistes, der etwas vergegenwärtigt, und auf derjenigen des Leibes, der sich zu etwas verhält. In weitergehender Differenzierung wird das Sinnverstehen auf drei Ebenen, die der Anschauung, der Auffassung und der (Körper-)Haltung entfaltet: dem anschauenden Bewusstsein

ist ein Phänomen gegeben, das auffassende Bewusstsein versteht das Gegebene in bestimmter Weise, der Leib als Inbegriff sinnbezogener Haltungen verhält sich charakteristisch zum angeschauten bzw. verstandenen Phänomen:

- in der Möglichkeit des Ausdrucks,
- in der Möglichkeit der *Zeichengebung* als Hinweis auf sich abhebenden Sinn oder
- in der Möglichkeit des Handelns, der Ausrichtung des Körpers auf ein vorweggenommenes Ziel (29b).

Der *ästhesiologische* Modus des Sehens ist die Distanz, etwas Gesehenes gewinnt im und durch den Seh-Akt einen ersten Objektcharakter gegenüber dem Sehsubjekt. »In Geometrie und mathematischer Naturwissenschaft, die entlang des Auge-Hand-Feldes operieren, schöpft der Geist diesen ästhesiologischen Modus des Sehens aus«. Der *ästhesiologische* Modus des Hörens ist Resonanz, »Atmosphärisches, das durch schwebende, rhythmische Töne im Umraum um den Hörenden sich bildet, dringt in den Hörenden ein, nimmt ihn leiblich mit; das Hören reiner Tonfolgen stiftet einen reinen Echoraum für das Sein im vernehmenden Subjekt« (31b). Als Übergangs- oder Zwischenphänomen zwischen der Hör- und Sehmodalität entwickelt Plessner die Sprache. »Sprache ist weder reiner Ton noch rein Gesehenes, aber zugleich sowohl der Verlautung (also dem Modus des Hörens) verbunden wie dem Gesehenen [bei Verschriftlichung (Einfügung O. Leiß)] verpflichtet. Insofern liegt sie als Sinngebungsverfahren zwischen der Musik und der Geometrie als eine eigene Sinngebungsweise« (31c). Plessner unterscheidet drei ›*Arten des Verstehens*‹, entlang derer der Geist ›*etwas als etwas*‹ versteht. Im Medium ›*thematische Prägnanz*‹ ist der auffassende Leib durch das reine Thema, den Sinn erfüllt (z.B. bei Musik). Im Medium ›*syntagmatische Präzisierung*‹ beruht das Verstehen auf Bedeutungen, die etwas meinen, und Symbolen, die stellvertretend für die gemeinten Sachen stehen (z.B. in der Sprache). Sinnverstehen im Medium ›*schematische Darstellung*‹ beinhaltet eine konstruktive Festlegung des Gegenstandes, den die Bedeutung meint, bzw. der Relationen, die die Sprache beschreibt, und schafft Eindeutigkeit des Sinns, beispielsweise durch Weglassen von Unwichtigem (z.B. in der Geometrie) (31d). Nur unter der Voraussetzung der drei unterschiedlichen Sinneskreise Auge, Ohr und Sprache und durch die Bahnungen ihrer Modi kann sich der endliche Körper vergeistigen, in den Schmeck-, Riech- und Fühlweisen mit ihren an der äußeren und inneren Oberfläche des Leibes auftauchenden Sinnenqualitäten ist der Körper dem geistigen Erleben pur gegeben.

Das System der verschiedenen Sinnesmodalitäten bildet für Plessner die Nahtstelle zwischen Subjekt und Objekt der Wahrnehmung. Die Einheit der Sinne in ihrer Differenz ermöglicht und sichert den Aufbau der Person und präzisiert zugleich den Gegenstand, das Objekt, und rettet und legitimiert so die Phänomene für die Alltagswelt (34). Lessing und Fischer betonen, dass die Plessner'schen Werke

die ›Einheit der Sinne‹ und die ›Stufen des Organischen‹ mit der Erschließung des anorganischen Seins (Töne und Farben) und der Erschließung des organischen Seins (Merkmale des Lebens) im Projekt einer umfassenden Naturphilosophie konvergieren, einer hermeneutischen Philosophie der Wirklichkeit (30,34).

2.2.3 Michael Tomasello – Vergleichende Erforschung des Verhaltens und der Kognition von Schimpansenjungen und Menschenkindern

Der amerikanische Entwicklungspsychologe und Kognitionsforscher Michael Tomasello ist seit 1998 (neben Christophe Boesch) Kodirektor des Max Planck-Instituts für Evolutionäre Anthropologie und (neben Josep Call) Kodirektor des in den Leipziger Zoo integrierten WolfgangKöhler-Primaten-Zentrums in Leipzig. Seine englischsprachigen Bücher ›First verbs: A case study in early grammatical development‹ (1992) (35), ›The Cultural Origins of Human Cognition‹ (1999) (36), ›Origins of Human Communication‹ (2008) (37), ›How we cooperate‹ (2009) (38) und ›A Natural History of Human Thinking‹ (2014) (39) sind größtenteils auch ins Deutsche übersetzt worden (36-40) und haben auch hierzulande große Beachtung gefunden.

Während Jürgen Habermas Tomasellos Arbeiten in den Kontext der Hegelschen Lehre des objektiven Geistes einordnet (41), betonen andere den (Tomasello näherliegenden) Kontext des amerikanischen Pragmatismus (42). Joachim Fischer stellt klar, dass zwar viele Tomasellos Forschungen als eine Innovation, als neues Paradigma ansehen, dass sie im Lichte der philosophischen Anthropologie jedoch kein neues Paradigma, sondern die Erneuerung gerade dieses Paradigmas und der Denkrichtung der philosophischen Anthropologie darstellen (43).

Wie der philosophischen Anthropologie, geht es auch Tomasello um eine naturgeschichtlich situierte Sonderstellung des Menschen, er will die Verschränkung von Natur und Kultur im menschlichen Lebewesen aufweisen – »eine Sondergestelltheit in der Natur, die ihn auf Kultur verweist, ohne dass er aus der Natur aussteigt« (43a). Tomasellos Arbeiten stehen in Kontrast zu evolutionsbiologisch naturalistisch orientierten Primatenforschern, die in Werkzeuggebrauch und Kommunikationslauten (mit Ausdruck- und Appellfunktion) nur eine graduelle, aber keine gravierende Differenz zwischen Menschenaffen und Menschen erkennen wollen und die an Darwins *unhintergehbarem* Kontinuum zwischen tierischer und menschlicher Evolution festhalten. Tomasellos Herangehensweise ist eine andere, sein Vorgehen beruht – wie er selbst sagt – auf »naturalistischen (aber nicht reduktionistischen) Untersuchungen« (43b). Sein Verfahren ist »der kontrastive Tier-Mensch-Vergleich mit dem Ziel, die Sonderstellung des Menschen herauszuarbeiten« (43b), sein Fokus die Ontogenese. Während Portmann beim zoologischen Vergleich der ontogenetischen Entwicklung von Tieren und Menschenkindern Besonderheiten wie das ›*extruterine Frühjahr*‹ und den

Status des ›sekundären Nesthockers‹ herausgearbeitet hat, beobachtet Tomasello als experimenteller Psychologe in soziologischen Versuchsanordnungen, wie sich Schimpansenjunge und menschliche Kleinkinder in ihrer Ontogenese in kooperativen und kompetitiven Sozialsituationen und -interaktionen verhalten. Aus seinen experimentell festgestellten Tier-Mensch-Unterschieden entwickelt er Thesen zur Sonderstellung des Menschen und zu den Anfängen der Kultur (36-39).

»Der entscheidende Fund aus seinem Vergleich der Ontogenesen ist die körperliche ›Zeigegeste‹ vor aller Sprache: Menschen sind *die* Primaten, die von Natur aus ihresgleichen etwas zeigen und damit einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsrahmen herstellen« (43c). »Am Anfang der Menschwerdung steht bei Tomasello nicht Vernunft (Rationalität) oder Sprache, sondern ein verändertes Verhältnis zum eigenen Körper im Verhalten, zur Extremität des Armes, der Hand, des Fingers, der in eine hinweisende Richtung gestreckt wird: Es wird auf äußere Gegenstände gezeigt, Dinge werden hochgehoben, um sie anderen zu zeigen, Andere werden an Orte geführt, um dort bestimmte Dinge zu bekommen, anderen Menschen werden Dinge durch Vorzeigen angeboten« (43c). Folgen der folgenreichen Zeigegeste sind zum einen die Einbeziehung einer Sachdimension in die Sozialdimension, zum andern die über geteilte Intentionalität (›*shared intentionality*‹), die über das *Absichtenlesen* und *Absichtenverstehen* anderer möglich gewordenen gemeinsamen Kooperationen (38). Eingebettet in eine naturgeschichtlich besondere, als Zeigegeste auf Sachen körperlich verankerte und in geteilter Intention gruppenspezifisch kooperativ fundierte Gesamtkonstellation des Menschen lässt Tomasello die Anfänge der Sprachentwicklung auftauchen, nicht als Lautgeste wie bei Mead, sondern als optisch-taktilen Zeigen auf Orte oder Mitmenschen. In der methodologischen Ordnung »erst zeigen, dann sprechen« ermöglichen die (später entstandenen) Lautgesten eine Inkorporation der Zeigegeste des ausgestreckten Arms und Zeigefingers, befreien dadurch die Hände für Handgriffe und Manipulationen, entlasten die Augen von differenzierendem Suchen und ermöglichen gezieltes Handeln (36-39).

Im Vergleich von Tomasello mit Plessner betont Fischer (43), dass Plessner mit dem Begriff ›*exzentrische Positionalität*‹ den Bruch in der Naturgeschichte markiert, der den Menschen als das Lebewesen auftreten lässt, das die zentrische Positionalität überwindet und das Kultur ermöglicht. Die Kultur ist gleichzeitig das neue Charakteristikum des Menschen. Auch ohne den Begriff *expressis verbis* zu verwenden, definiert Tomasello den Menschen indirekt über ›*Exzentrisches*‹: zum einen als neues Lebewesen in der Naturgeschichte, das von seiner Position aus wegzeigen und auf etwas außerhalb seiner selbst hinzeigen kann, zum andern als Lebewesen, das sich virtuell in das Zentrum des Anderen gegenüber oder neben sich selbst versetzen kann und vom Zentrum des Anderen aus die gemeinsamen Sachen, aber auch sich selbst sehen kann. Die Zeigegeste erweitert das menschliche Handlungsfeld um die *Sach-Dimension*, die gemeinsame Kooperation um die *Wir-Dimension*. »Das eigentliche Zentrum zwischen exzentrisch positionierten Lebewesen verla-

gert sich an einen dritten Ort, von dem her sich diese Lebewesen verstehen, auslegen und steuern: Hegel nennt das den objektiven Geist, Plessner die Mitwelt (shared world), Gehlen die Institution, Tomasello nennt es die shared intentionality: Die Zeigegeste dreht sich gleichsam um: die Institution der gemeinsamen Wir-Intentionalität zeigt vom dritten Ort der Kultur her auf jeden von uns menschlichen Lebewesen, fordert ihn zur Kooperation auf, weist ihn zurecht, teilt ihn ein, ermutigt ihn« (43d). »Parallel zum Durchbruch zur Sachlichkeit der Außenwelt und parallel zur Intentionalität des Anderen, zur Alterität der Mitwelt, ereignet sich [...] im menschlichen Lebewesen auch der Durchbruch zu einem eigenen Selbstverhältnis – zur Abgründigkeit und Unergründlichkeit einer Innenwelt« (43e). Anthropologisch sind Außenwelt, Innenwelt und Mitwelt *gleichursprünglich*. Tomasello zeigt mit seiner Zeigegeste die Verschränkung von Außenwelt und Mitwelt, von Objektkognition und Sozialkognition, die *Gleichursprünglichkeit* von Intersubjektivität und Objektivität.

2.2.4 Evan Thompson ›Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind‹

Evan Thompson ist Professor für Philosophie an der Universität von Toronto und veröffentlichte bereits 1991 zusammen mit Francisco Varela, einem chilenischen Forscher, der mit Humberto Maturana über die Autopoiesis lebender Systeme geforscht hatte (23,24), und E. Rosch das Buch ›Embodied Mind – Cognitive Sciences and Human Experience‹ (45).

Thompsons Thema ist die tiefe Kontinuität von Leben und Geist. Die selbstorganisierenden Eigenschaften des Geistigen sind reichere und komplexere Versionen der selbstorganisierenden Eigenschaften des Lebendigen. Geistiges Leben ist leibliches Leben und beide sind fest in der Natur verankert. Das Buch ›Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind‹ (44) ist in drei Teile gegliedert. In Teil 1 ›The Enactive Approach‹ wird in Kapitel 1 ›Cognitive Science and Human Experience‹ die zentrale Idee der Verkörperung, die er 1991 zusammen mit E. Rosch und Francisco Varela in ›Embodied Mind‹ (45) dargestellt hatte, nach dem Tod Varelas im Jahr 2004 wieder aufgegriffen und weiter ausgearbeitet. Das Bewusstsein, das ›Phänomen des Dazwischen‹, ist weder Subjekt noch Objekt. Bewusstsein ist kenntnisreiches Know-how in leiblichen Aktionen und Situationen. In der philosophischen Frage, wie das Bewusstsein aus der Welt und der Natur entsteht (Naturalismus) oder wie die Welt aus dem Bewusstsein konstituiert wird (Idealismus), sucht Thompson – ausgehend von Edmund Husserl und Maurice Merleau-Ponty – einen dritten Weg: Man muss beim ›In-Sein‹ (in der Welt sein, in Aktion sein) beginnen. Primär, unvoreingenommen durch wissenschaftliche Vormeinungen, ›phänomenal‹ erfahre ich weder zuerst die Welt und dann mich selbst noch umgekehrt zuerst mich selbst und dann die Welt, sondern in der Erfahrung ist beides

zugleich in unauflösbarer Verbindung gegeben. In der phänomenologischen Reduktion tritt das in die Welt eingebundene leibliche *Ich* aus dem Zentrum seines (Handlungs-) Raums heraus und nimmt – in Plessners Worten – eine *exzentrische Position* (6) ein, aus der heraus es sich selbst und seine Welt betrachtet, und kann so (selbstreflektiv) seine eigene Wahrnehmung wahrnehmen und Aussagen über Phänomene machen, wie sie ihm erscheinen, unabhängig von der offengelassenen Frage, ob sie real sind oder nicht. Thompson geht auf die Modi der Einbettung des *Ich* in die Lebenswelt ein, greift systemtheoretische Betrachtungen über geschlossene und offene Systeme, über heteronome und autonome Systeme, über nach Plan hergestellte Maschinen und *autopoietisch* lebende Organismen auf, um festzustellen ›This idea of a sensimotor world – a body-oriented world of perception and action – is none other than von Uexküll's original notion of an Umwelt. An Umwelt is an animal's environment in the sense of its lived, phenomenal world‹ (44a). Die Einheit von tierischem Organismus und Umwelt gründet in zirkulärer Kausalität (13,14).

Im zweiten Teil ›Life in Mind‹ beschreibt Thompson die Autopoiesie als Organisation des Lebendigen, die mindestens drei Kriterien erfüllen muss, eine semipermeable Grenze, ein Netzwerk von Reaktionen und Interdependenz, und erläutert, warum Mizellen, Mitochondrien oder Viren diese Mindestanforderungen an autopoietische Systeme nicht erfüllen. Thompson geht ausführlich auf Kants Unterscheidung zwischen mechanischen und teleologischen Prinzipien ein und auf seine Auffassung, dass Organismen eine intrinsische Zweckhaftigkeit, d.h. ihren Zweck in sich selbst haben. Er sieht in Kants Überlegungen zu Ganzheit und Teilen, seiner Erkenntnis, dass in der Organisation des Ganzen neue Eigenschaften auftreten (›emergieren‹), die nicht auf Eigenschaften der Teile zurückgeführt oder reduziert werden können und in Kants Unterscheidung zwischen konstitutiven und regulativen Konzepten eine antizipierte rudimentäre Systemtheorie. Varelas und Maturanas Konzept der Autopoiesie (23) setzt keine intrinsische Zweckhaftigkeit voraus, sondern präferiert naturalistische Erklärungen. In einer späteren Arbeit kommen Weber und Varela (46) zu dem Schluss, dass die Zweckhaftigkeit von Organismen auf Identität und *Sinn-Stiftung* beruht. Eine Umwelt im Sinne von Jakob von Uexküll (13-15) hat Bedeutung und Wert. *Intensionalität* taucht in der Natur erstmals als Autopoiesie und *Sinn-Stiftung* auf. Ein *Proto-Selbst*, Vorstufen des menschlichen Selbst, vermuten die Neurowissenschaftler Damasio (47) und Panksepp (48) schon bei Tieren, und Bewusstsein könnte im Sinne einer *E-motion*, einer Art primitiven Selbstbewusstseins oder beseelten Körpers, entstanden sein.

Thompson kritisiert den Genzentrismus der Molekularbiologie als reduktionistisch und plädiert für eine Systemtheorie der Entwicklung, eine Ko-Determination von Organismus und Umwelt und eine Synthese aus Evolution und biologischer Entwicklung (*development*), eine übergreifende ›Evo-devo-Theorie‹. Aufgrund seiner biografischen Nähe zur Theologie war Darwin in der Frage unentschieden, ob hö-

here Lebewesen durch Zufall und Notwendigkeit entstanden sind oder Produkt eines intelligenten Designers (Gott) sind. Dawkins (49) und Dennett (50) unterstreichen die grundlegende Ähnlichkeit zwischen entworfenen und nach einem Plan hergestellten Geräten oder Artefakten und Organismen. Im Versuch, den Darwinismus zu einer Art materieller Ersatzreligion umzudeuten, unterschlagen sie jedoch, dass sie keine naturalistischen, nicht teleologischen Erklärungen für die natürliche Selektion anbieten können. Der von Thompson vertretenen enaktiven Sichtweise zufolge ist die natürliche Selektion eine emergente Konsequenz der Autopoiesie, nicht ihre Ursache.

Der dritte Teil des Buchs, »Consciousness in Life«, ist dem »*explanatory gap*«, der Erklärungslücke, zwischen physikalischen Strukturen und Funktionen einerseits und dem Bewusstsein andererseits gewidmet. Thompson versucht zu erklären, wie bewusste Erfahrungen physikalische Prozesse sein können. Die Erklärungslücke als ontologisches Faktum zu akzeptieren, mündet in den Dualismus. Die Lücke durch Reduktion auf eine der beiden Alternativen zu schließen, führt entweder zum Materialismus oder zum Idealismus. Die Erklärungslücke zu überbrücken, erfordert, das cartesianische dualistische Vokabular hinter sich zu lassen und etwas Drittes, ein spekulatives »*extra ingredient*« einzuführen: der lebendige Leib ist die Art und Weise, wie wir »*leiben und leben*«. Wir sind keine gefühllosen Zombies und keine Gehirne im Tank. Sensorischer *Input* und motorischer *Output* verursachen keine Erfahrungen in uns, die dann ihrerseits ein bestimmtes Verhalten verursachen. »*Skillful activity*« (bestehend aus sensorischer Stimulation und Verhalten) »is the experience« (44b). Das dynamische Zusammenspiel von Passivität und Aktivität, Affektivität und Rezeptivität bringt die operative Intentionalität zum Ausdruck, die dem objektbezogenen Bewusstsein zugrunde liegt. Unsere perzeptuelle Erfahrung ist auf die Welt gerichtet, nicht auf unser Gehirn. »*Phänomenal*« sind uns im Wahrnehmungsakt die perzeptuellen Einschränkungen (Begrenztheit des Gesichtsfelds, Nichtbemerken des blinden Flecks, Erfordernis von Augenbewegungen...) nicht bewusst, sondern nur Eigenschaften des wahrgenommenen Objekts. Die Erfahrung hat keine Subjekt-Objekt-Struktur, sondern ist »*immersed skillful action*«.

Die Neurophänomenologie will Daten aus der Ersten-Person-Perspektive mit Daten aus der Dritten-Person-Perspektive (inkl. Daten aus bildgebenden Verfahren zur Objektivierung der Hirnaktivität) zusammenbringen und will durch dreifache, d.h. phänomenologische, biologische und dynamische Analysen ein reduktionistisches Vorgehen vermeiden.

2.2.5 Terence Deacon »Incomplete Nature – How Mind Emerged from Matter«

Terrence W. Deacon ist Professor für biologische Anthropologie und Neurowissenschaften an der Universität von Kalifornien in Berkeley und veröffentlichte 1999 ein

von Thure von Uexküll oft zitiertes Buch ›The symbolic species – Co-evolution of language and brain‹ (51). Für alle Naturphilosophie-Interessierten ist Deacons Buch ›Incomplete Nature – How Mind Emerged from Matter‹ (18) ein ›Muss‹, auch wenn es ausgesprochen mühsam ist, die z.T. weit ausholenden und kompakt geschriebenen Kapitel durcharbeiten. Wie ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis (Tabelle 2.3) erkennen lässt, dominieren bei Deacons evolutionsgeschichtlichen Überlegungen vom Einfachen zum Komplexen abstrakte, teils thermodynamische, teils molekularbiologische, teils wissenschaftstheoretische Begriffe.

Ausgehend von der Entdeckung und Bedeutung der Null in der Mathematik wird in logisch aufeinander abgestimmten 17 Kapiteln Schritt für Schritt erläutert, wie etwas Fehlendes Potenzialitäten eröffnet und wie zunehmende Einschränkungen und enger werdende Rahmenbedingungen (dem zweiten Hauptsatz der Thermodynamik zum Trotz) Ordnung aus Unordnung schaffen sowie Selbstorganisation und komplexe biologische Systeme ermöglichen. Verschwommene und schwer definierbare Begriffe wie *Emergenz*, *Zweckdynamik*, *Autogenese*, *Arbeit*, *Information*, *Bedeutung*, *Evolution*, *Selbst*, *Gefühl* und *Bewusstsein* werden in eigenen Kapiteln (unter Verzicht auf mathematische Formeln oder zu theoretischer Darstellung) als natürliche Prozesse dargestellt. Was andere Theorien zu leugnen versuchen, ist für Deacon nicht zu bezweifelnder Ausgangspunkt: Mentale Objekte haben zwar keine materiellen oder energetischen Eigenschaften, sind jedoch dennoch gänzlich Produkte physikalischer Prozesse und besitzen eine in der Natur bis dahin nicht vorgekommene Art von kausaler Kraft, die anders ist als die Kräfte, die Physik und Chemie bisher beschrieben haben. Deacon behauptet, dass die intrinsische Unvollkommenheit dieser semiotischen und teleologischen Phänomene die Quelle ihres Einflusses auf physikalische Prozesse ist. Auf über 550 Seiten werden – entgegengesetzt zu Darwin mit seiner Top-down-Theorie der Evolution und Darstellung des Geistigen als Endprodukt dieser Evolution – ›bottom-up‹ die der Evolution zugrunde liegenden Kräfte und theoretischen Möglichkeiten dargestellt. Diese Kräfte haben in Jahrmillionen von Chaos, Zufällen und Notwendigkeiten, in tausendfachen Whitehead'schen Prozessen das Unwahrscheinliche möglich gemacht, Nichtmaterielles aus Materiellem entstehen lassen und Selbst, Gefühl und Bewusstsein ermöglicht. In Deacons Naturphilosophie ist der zweite Hauptsatz der Thermodynamik in der Biologie nicht durch irgendwelche Maxwell'schen Dämonen außer Kraft gesetzt, die Natur macht keine unverständlichen Sprünge und für dualistische Konzeptionen ist kein Platz. Deacon widerlegt Spötter, die behaupten, teleologisches Denken sei eine Mätresse, ohne die kein Biologe auskomme, mit der er sich jedoch schäme, auf der Straße gesehen zu werden. Das aristotelische Konzept einer ›*causa formalis*‹ wird bei Deacon zur treibenden Kraft von Homeodynamik, Morphodynamik und Teleodynamik und diese zu ›*emergent causal powers*‹. Zentrale Anliegen von Deacon sind die Einheit der Natur und die Eingliederung des Menschen in die Natur – zwei Aspekte, die auch Thure von Uexküll lebenslang am Herzen lagen.

2.3 Zwischen gestern und heute, zwischen naturphilosophischen Klassikern und solchen, die es werden könnten – Versuch eines Resümees

Die Frage nach der Einheit der Natur, 1997 von Meyer-Abich als ›vergessener Traum‹ bezeichnet (4), ist nicht unzeitgemäß oder gar veraltet. Sie hat in den letzten Jahren eine ungeahnte Renaissance erlebt, ist virulent und aktuell wie vor 100 Jahren.

2.3.1 Jakob von Uexkülls Umweltlehre – Bezugspunkt von Thure von Uexküll und Helmuth Plessner

Thure von Uexkülls Buch ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ (3) stellt eine Auseinandersetzung mit der väterlichen Sicht von Natur und eine Übertragung dieser Sicht auf die Medizin dar. Den väterlichen Funktionskreis entwickelte Thure von Uexküll für die Medizin zu einem Situationskreis weiter und die artspezifischen tierischen ›Umwelten‹ zu von Menschen subjektiv konstruierten ›individuellen Wirklichkeiten‹ (9-11). Auch Helmuth Plessner bezieht sich auf Jakob von Uexkülls Umweltlehre. Sie stellt für Plessner einen dritten Weg dar, zwischen Materialismus bzw. Naturalismus einerseits und Idealismus andererseits, zwischen Neukantianismus und logischem Empirismus einerseits und zwischen Lebensphilosophie à la Nietzsche und Bergson andererseits. Jakob von Uexküll entfaltet in der ›Theoretischen Biologie‹ Überlegungen zu Raum und Zeit, zu Inhalts- und Ordnungsqualitäten, zu Sinnesorganen und Reizschwellen, Ausführungen zu Merkrezeptoren und -netzen und zu Wirkrezeptoren und -netzen und bündelt das Zusammenwirken von Merkgorganen und Wirkorganen im Funktionskreis (13). Plessner geht ähnlich von den Sinnen aus, differenziert eine ›Ästhesiologie‹ des Gesichts und eine ›Ästhesiologie‹ des Gehörs, spricht von der Differenz der Sinne, vom System der Sinneskreise und fragt nach dem Sinn der Sinne in der Wahrnehmung der Phänomene der Alltagswelt (29). Sowohl J. von Uexküll als auch Plessner gehen vom Leben und der Lebenswelt aus und suchen nicht-reduktionistisch nach Anfängen des Geistigen im Lebendigen.

Während Thure von Uexküll in Fortschreibung der Gedankenwelt seines Vaters die Ganzes-Teile-Beziehungen und die Organismus-Umwelt-Beziehungen in seiner ›Einheit der Natur‹ fortschreibt (3), führt Plessner durch Charakterisierung des Lebendigen als ›grenzrealisierenden Körper‹ ein Aufbrechen des Gegenstands ein, des Objekts in eine Korrelationsbeziehung zum Anderen seiner selbst (6) – eine ideengeschichtlich völlig andere Denkweise als die systemtheoretische Sicht Thure von Uexkülls.

Plessners Unterscheidung von drei ›Arten des Verstehens‹, entlang derer der Geist ›etwas als etwas‹ versteht, lassen an C.S. Peirces Unterscheidung in *Firstness*, *Secondness* und *Thirdness* (25-27) denken. Diese Aspekte hat Thure von Uexküll in seine sys-

temtheoretisch untermauerte *Integrierte Medizin* übernommen. Das Plessner'sche Medium ›*thematische Prägnanz*‹, in dem der auffassende Leib durch das reine Thema, den Sinn, erfüllt und ergriffen ist, entspricht der Peirce'schen *Firstness*, dem rein qualitativen Erleben. Das Plessner'sche Medium ›*syntagmatische Präzisierbarkeit*‹, das Verstehen auf Bedeutungen, die etwas meinen, und Symbole, die stellvertretend für die gemeinten Sachen stehen, entspricht der Peirce'schen *Secondness* mit den Indizes, die auf etwas verweisen. Plessners Sinnverstehen im Medium ›*schematische Darstellung*‹ entspricht der Peirce'schen *Thirdness*.

2.3.2 Phänomenologie und Embodiment – Bezugspunkte von H. Plessner und E. Thompson

Plessner hat Husserl gekannt und seine phänomenologische Herangehensweise übernommen. Auch Thompson ist Phänomenologe. Während bei Plessner Charakteristika des Lebens Ausgangspunkt des Denkens bilden (6,29), beginnt Thompson beim Phänomen des ›*In-Seins*‹ (in der Welt sein, in Aktion sein) (44). Er betont, dass man, unvoreingenommen durch wissenschaftliche Vormeinungen, ›*phänomenal*‹ weder zuerst die Welt und dann sich selbst noch umgekehrt zuerst sich selbst und dann die Welt erfährt, sondern in der Erfahrung stets beides zugleich in unauflösbarer Verbindung gegeben ist.

Bei Plessner mündet das Zusammenspiel der Sinne, die Konkordanz von Anschauung, Auffassung und Haltung (29c) in der Handlung, bei Thompson ist Erfahrung ›*skillful activity*‹, bestehend aus sensorischer Stimulation und Verhalten (44b).

2.3.3 Plessner und Tomasello – Sprachentwicklung zwischen Sinnesphysiologie und Zeigegeste

Plessner sieht Entwicklung und Funktion der Sprache im Spannungsfeld der Sinne, speziell des Sehens und Hörens. In der ›*Conditio humana*‹ (52) hat er die Sprache als »Überhöhung des Auge-Hand-Feldes« bezeichnet als »gleichsam virtuelles Organ, in dem im Medium des Lautes der spezifisch menschliche Sachkontakt im Sehen und Tasten auf Dauer gestellt und transportierbar wird« (43f), transportierbar in Begriffen und Sprach-Bildern. Bei Tomasello verwandelt sich die körperlich verankerte Zeigegeste in sprachliche Zeigeausdrücke, die mit speziellen Ausdrücken (hier, dort) auf den Ort und mit speziellen Namen auf Personen verweisen. In der Vokalgeste wird die Zeigegeste des ausgestreckten Arms und des ausgestreckten Zeigefingers in ein neues akustisch-motorisches Ausdrucksverhalten des Menschen inkorporiert. Die dadurch freiwerdende Hand steht zum Werkzeuggebrauch und zu handwerklichen Konstruktionen zur Verfügung. Die sich aus der Zeigegeste entwickelnde Sprache fügt der Einheit von Organismus und Umwelt die Sachdimension und Sozialdimension hinzu. Tomasello spricht von ›*triadischer Interaktion*‹

(43f), einer Dreiecksbeziehung, in der ein Subjekt dem anderen Subjekt ein Objekt zeigt. »Ein ›Ich‹ (ego) lässt sich von einem ›Du‹ (alter ego) die Aufmerksamkeit steuern, indem dieses nicht etwa auf sich selbst, sondern auf ein ›Es‹, eine Sache in der Außenwelt zeigt« (43g). Dies ermöglicht die ›Wir-Intentionalität, die gemeinsame Kooperation (36-39).

Tomasellos Zeigegeesten und die Verschränkung von Außenwelt und Mitwelt, von *Objektkognition* und *Sozialkognition*, die *Gleichursprünglichkeit* von *Intersubjektivität* und *Objektivität* haben nicht nur eine wichtige naturgeschichtliche Rolle bei der menschlichen Sprachentstehung gespielt, sondern auch bei der Herauslösung von Objekten aus dem Sehfeld. Auch in der jüngsten Vergangenheit und heute noch spielen moderne Varianten der Zeigegeeste (z.B. Atlanten mit idealtypischen Abbildungen biologischer Arten) eine Rolle im Aufzeigen und in der Charakterisierung von für die betreffende Disziplin typischen Objekten, der Differenzierung zwischen Subjektivität und Objektivität (53).

2.3.4 Thure von Uexküll, ›Einheit der Natur‹ und T. Deacon, ›Incomplete Nature‹ – Systemtheorie, Emergenz und Teleologie

Von Uexkülls ›Einheit der Natur‹ (3) stellt meines Wissens die erste systematische Anwendung der allgemeinen Systemtheorie auf die Medizin dar. Ludwig von Bertalanffy, der Begründer der allgemeinen Systemtheorie (54), war Naturwissenschaftler und Philosoph. Sein Interessengebiet war breit, umfasste Biologie, Psychologie, Soziologie, Kybernetik, Geschichte und Philosophie (55), die 1920er- und 1930er-Jahre in Wien waren vom Wiener Kreis geprägt. Von Bertalanffys Bestreben war, in verschiedenen Teildisziplinen Isomorphien systemischer Prozesse zu beobachten, analog der theoretischen Physik eine theoretische Biologie (56) zu etablieren und von einzelnen charakteristischen Lebensphänomenen (wie Ganzheit, Erhaltung des Systemzustands) deduktiv allgemeine biologische Gesetze abzuleiten. In Abgrenzung zur mehr technisch orientierten Kybernetik (57) und zur mehr philosophisch argumentierenden Naturphilosophie stellt seine allgemeine Systemtheorie (54) den Versuch dar, mit thermodynamischen Begriffen wie *offenes und geschlossenes System*, *Fließgleichgewicht*, *dynamische Morphologie* u.a. zu Integralgesetzen von Systemen zu gelangen, um mit einer allgemeineren Theorie die ›Zwei Kulturen‹, die Natur- und Geisteswissenschaften, zu überbrücken. Von Bertalanffy sah in der allgemeinen Systemtheorie nicht eine neue Transdisziplin, sondern eher eine Art methodologische Maxime, ein vernetztes Forschungsprogramm, eine Basistheorie, um organisatorische Prinzipien der konkreten Welt in einer Art wissenschaftlicher Naturphilosophie zusammen zu denken (55).

Der systemtheoretische Ansatz geht nicht von kontinuierlichen Prozessen, sondern von Übergängen zwischen Systemstufen aus. Von Uexküll hat diese Stufen in der Natur im Anorganischen, Vegetativen, Sensitiven und Menschlichen aus-

gemacht und beschrieben (3). Deacon spricht von Emergenz, einschränkenden Bedingungen, *Homeodynamik*, *Morphodynamic*, *Teleodynamik* u.a. (18). Wie schon in von Bertalanffys allgemeiner Systemtheorie (54) nehmen auch bei Thure von Uexküll und T.W. Deacon Überlegungen zu Ganzem und Teilen und zu Kausalität und Finalität einen breiten Raum ein (siehe Tabelle 1 und 3). Beide referieren auf Aristoteles' Unterscheidung in *causa efficiens* und *causa finalis*. Während diese Überlegungen bei Thure von Uexküll eher allgemein gehalten sind, geht Deacon auf biochemische und thermodynamische Details ein, präzisiert Problematik und aktuelle Forschungsschwerpunkte zu »*emergenten Eigenschaften*« beim Übergang von einem Subsystem zum nächsthöheren und unterstreicht so den Zugewinn an naturwissenschaftlichen Erkenntnissen (58-60), die in den knapp 70 Jahren gewonnen wurden, die zwischen 1953 und 2012, den Erscheinungsjahren der beiden Bücher liegen.

2.4 Fazit

Das dem Kapitel vorangestellte Statement Plessners »Konvergenzen müssen nicht auf Einfluss beruhen« (1) trifft voll und ganz zu. Es ist extrem unwahrscheinlich, dass die amerikanischen bzw. kanadischen Autoren Tomasello, Thompson und Deacon die deutschsprachigen Autoren von Uexküll oder Plessner gelesen haben, aber es überrascht, wie Tomasello in vergleichenden experimentalpsychologischen Untersuchungen an Menschenaffen und menschlichen Kleinkindern philosophische Ansätze von Plessner angeht, wie Thompson Plessner phänomenologisch weiterdenkt und wie Deacon systemtheoretische Überlegungen von Ludwig von Bertalanffy, dessen allgemeine Systemtheorie (54) für Thure von Uexkülls Denken prägend war (9,19), molekularbiologisch untermauert. Alle Autoren eint das Bestreben, »*Geist*« in der »*Natur*« zu verankern und eine naturalistische, nicht reduktionistische Theorie des Geistes zu begründen. Hinsichtlich eines dritten Wegs zwischen Darwin und Dilthey, zwischen Naturalismus und Idealismus »wird mehr gedacht, als man denkt« (1).

Tabelle 2.3:

T.W. Deacon: Incomplete Nature - How mind emerged from matter
Contents

	Acknowledgement	xiii
0	ABSENCE	1
	The missing cipher	1
	What matters?	3
	Calculation with absence	8
	A Zeno's paradox of mind	11
	'As simple as possible, but not too simple'	13
1	(W)HOLES	18
	A stone's throw	18
	What's missing?	22
	Denying the magic	31
	Telos ex machina	34
	Ex nihilo nihil fit	37
	When less is more	42
2	HOMUNCULI	46
	The little man in my head	46
	Homuncular representations	49
	The vessel of teleology	56
	Hiding final cause	59
	Gods of the gaps	61
	Preformation and epigenesis	64
	Mentalese	69
	Mind all the way down?	72
3	GOLEMS	80
	Elimination schemes	80
	Heads of the Hydra	82
	Dead truth	87
	The ghost in the computer	93
	The ballad of Deep Blue	97
4	TELENOMY	107
	Back to the future	107
	The Law of Effect	110
	Pseudopurpose	114
	Blood, brains, and silicon	124
	Fractions of life	128
	The road not taken	136
5	EMERGENCE	143
	Novelty	143
	The evolution of emergence	146
	Reductionism	152
	The emergentists	154
	A house of carts?	164
	Complexity and 'chaos'	169
	Processes and parts	175
6	CONSTRAINT	182
	Habits	182
	Redundancy	187
	More similar = less different	190
	Concrete abstraction	197
	Nothing is irreducible	203

7	HOMEODYNAMICS	206
	Why things change	206
	A brief history of energy	214
	Falling and forcing	219
	Reframing thermodynamics	227
	A formal cause of efficient causes?	230
8	MORPHODYNAMICS	235
	Order from disorder	235
	Self-simplification	243
	Far-from-equilibrium thermodynamics	247
	Rayleigh-Benard convection: A case study	250
	The diversity of morphodynamic processes	255
	The exception that proves the rule	262
9	TELEODYNAMICS	264
	A common dynamical thread	264
	Linked origins	271
	Compounded asymmetries	274
	Self-reproducing mechanisms	277
	What is life?	281
	Frankencells	283
10	AUTOGENESIS	288
	The threshold of function	288
	Autocatalysis	292
	Containment	295
	Synergy	302
	Autogens	305
	Autogenetic evolution	311
	The ratchet of life	315
	The emergence of teleodynamics	319
11	WORK	326
	Forced to change	326
	Effort	328
	Against spontaneity	332
	Transformation	339
	Morphodynamic work	346
	Teleodynamic work	357
	Emergent causal powers	364
12	INFORMATION	371
	Missing the difference	371
	Omissions, expectations, and absences	376
	Two entropies	378
	Information and reference	381
	It takes work	386
	Taming the demon	389
13	SIGNIFICANCE	392
	Aboutness matters	392
	Beyond cybernetics	394
	Working it out	397
	Interpretation	399
	Noise versus error	403
	Darwinian information	407
	From noise to signal	411
	Information emerging	414
	Representation	419

14	EVOLUTION	421
	Natural elimination	421
	'Life's several powers'	426
	Abiogenesis	430
	The replicator's new clothes	434
	Autogenetic interpretation	442
	Energetics to genetics	447
	Falling into complexity	457
15	SELF	463
	Starting small	463
	Individuation	468
	Selves made of selves	470
	Neuronal self	474
	Self-differentiation	476
	The locus of agency	479
	Evolution's answer to nominalism	481
	The extensionless cogito	483
16	SENTIENCE	485
	Missing the forest for the trees	485
	Sentience versus intelligence	490
	The complement to computation	494
	Computing with meat	498
	From organism to brain	504
17	CONSCIOUSNESS	508
	The hierarchy of sentience	508
	Emotion and energy	511
	The thermodynamics of thought	517
	Whence suffering?	524
	Being here	532
	Conclusion of the beginning	538
	EPILOGUE	539
	Nothing matters	539
	The calculus of intentionality	541
	Value	544
	Glossary	547
	Note	555
	References	567
	Index	577

Literatur

- 1 Plessner H. Vorwort zur zweiten Auflage. In: Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard und E. Ströcker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1627; 2. Aufl. 2016: 34.
- 2 Grassi E, von Uexküll T (Hg.). Die Einheit unseres Wirklichkeitsbildes und die Grenzen der Einzelwissenschaften. Bern: A. Francke AG Verlag; 1951.
- 3 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953. a) S. 246; b) S. 247; c) S. 248.
- 4 Meyer-Abich KM. Praktische Naturphilosophie – Erinnerung an einen vergessenen Traum. München: Verlag C.H. Beck; 1997.
- 5 Esfeld M. Einführung in die Naturphilosophie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2. Aufl. 2011 (Zitate Seite 9).
- 6 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöcker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1627; 2. Aufl. 2016.
- 7 Schäfer L. Das Bacon-Projekt. Von der Erkenntnis, Nutzung und Schonung der Natur. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1401; 1999.
- 8 Rössner H. Bemerkungen zum anthropologischen Defizit. In: Rössner H (Hg.). Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 9-28.
- 9 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988. 3.Aufl. 1998.
- 10 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 11 von Uexküll Th. Psychosomatische Medizin ist Humanmedizin – Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 1339-1368.
- 12 Otte R. Thure von Uexküll – Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2001.

- 13 von Uexküll J. Theoretische Biologie. Julius Springer, Berlin, 1928. Nachdruck: Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 20; 1973.
- 14 von Uexküll J, Kriszat G. Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen. Ein Bilderbuch unsichtbarer Welten. Bedeutungslehre. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, Rowohlts Deutsche Enzyklopädie rde 13; 1956.
- 15 von Uexküll Th. (Hg.). von Uexküll J. Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften. Frankfurt a.M.: Propyläen/Ullstein Verlag; 1980.
- 16 von Bergmann G. Funktionelle Pathologie. Berlin: Springer Verlag; 1932, 2.Aufl. 1936.
- 17 Alexander F. Psychosomatic Medicine. Its Principle and Application. New York: W.W.Norton & Company; 1950 und 1965.
- 18 Deacon T.W. Incomplete Nature. How Mind Emerged from Matter. New York/London: W.W. Norton & Company; 2012.
- 19 Dreyfus H, Taylor Ch. Retrieving Realism. Harvard University Press, 2015. Deutsch: Dreyfus H, Taylor Ch. Die Wiedergewinnung des Realismus. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016.
- 20 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 3-22 (Zitat S. 4).
- 21 Piaget J. Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv/Klett-Cotta; 1992.
- 22 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
- 23 Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living. Boston: D. Reidel; 1979.
- 24 Manturana HR, Varela FJ. The Tree of Knowledge. Boston: New Science Library 1987. Deutsch: Manturana HR, Varela FJ. Der Baum der Erkenntnis. Bern/München/Wien: Scherz; 1987.
- 25 Peirce CS. Naturordnung und Zeichenprozess. Schriften über Semiotik und Naturphilosophie. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 912; 1991.
- 26 Peirce CS. Semiotische Schriften. Band I – III. Herausgegeben und übersetzt von C.J.W. Kloesel und H. Pape. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
- 27 Peirce Edition Project (eds.): The Essential Peirce. Selected Philosophical Writings. Volume 2 (1893-1913), Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1998.
- 28 Fischer J. Exzentrische Positionalität. Plessners Grundkategorie der philosophischen Anthropologie. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu

- Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 115-145. a) S. 124; b) S. 125; c) S. 127; d) S. 130.
- 29 Plessner H. Die Einheit der Sinne – Grundlinien einer Ästhesiologie des Geistes. In: Plessner H. Anthropologie der Sinne. Gesammelte Schriften III. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöcker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1980, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1626; 2003: 7-215. a) Seite 62; b) Seite 204; c) Seite 220.
- 30 Lessing H-U. Hermeneutik der Sinne. Eine Untersuchung zu Helmuth Plessners Projekt einer ›Ästhesiologie des Geistes‹. Freiburg/München: Verlag Karl Alber; 1998.
- 31 Fischer J. Theorien der inneren Pluralität des Geistes oder der Kultur: Cassirer, Scheler, Plessner. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 193-212. a) S. 207; b) S. 205; c) S. 206; d) S. 204.
- 32 Fischer J. Tanzendes Tier oder Exzentrische Positionalität. Zur Theoriestrategie der Philosophischen Anthropologie zwischen Darwinismus und Kulturalismus. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 303-317 (Seite 304).
- 33 Pleger W. Handbuch der Anthropologie – Die wichtigsten Konzepte von Homer bis Sartre. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2013: 153.
- 34 Fischer J. Zur Sinneslehre von Helmuth Plessner. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 149-162 (Seite 155).
- 35 Tomasello M. First verbs: A case study in early grammatical development. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- 36 Tomasello M. The Cultural Origin of Human Cognition. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press, 1999. Deutsch: Tomasello M. Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1827; 2002: 8.
- 37 Tomasello M. Origins of Human Communication. Cambridge (Mass.)/London: MIT Press, 2008. Deutsch: Tomasello M. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 2009, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2004; 2011.
- 38 Tomasello M. Why We Cooperate. Cambridge (Mass.)/London: MIT Press, 2009. Deutsch: Tomasello M. Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp Verlag, edition unseld 36; 2010.
- 39 Tomasello M. A Natural History of Human Thinking. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press; 2014. Deutsch: Tomasello M. Eine Naturgeschichte des menschlichen Denkens. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2014.

- 40 Tomasello M. *A Natural History of Human Morality*. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press, 2016. Deutsch: Tomasello M. *Eine Naturgeschichte der menschlichen Moral*. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016.
- 41 Habermas J. *Es beginnt mit dem Zeigefinger*. Der Verhaltensforscher Michael Tomasello hat ein bahnbrechendes Buch über die Ursprünge der menschlichen Kommunikation geschrieben. *Die ZEIT*, Nr. 51,10.12.2009, S. 45.
- 42 Nungesser F. Michael Tomasello: Auf experimentalpsychologischem Wege zu einer kognitiven Kulturtheorie. In: Moebius S, Quadflieg D (Hg.). *Kultur. Theorien der Gegenwart*. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS; 2010: 671-682.
- 43 Fischer J. Michael Tomasello und Helmuth Plessner. Zwei Protagonisten der modernen Philosophischen Anthropologie. In: Fischer J. *Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 319-341. a) S. 325; b) S. 328/329; c) S. 330; d) S. 335; e) S. 336; f) S. 333; g) S. 338/339.
- 44 Thompson E. *Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge/London: The Belknap Press of Harvard University Press; 2007. a) S. 59; b) S. 256.
- 45 Varela FJ, Thompson E, Rosch E. *The Embodied Mind. Cognitive Sciences and Human Experience*. London: MIT Press Cambridge; 1991.
- 46 Weber A, Varela FJ. *Life after Kant: natural purposes and the autopoietic foundation of biological individuality*. *Phenomenology and the Cognitive Science* 2002; 1: 97-125.
- 47 Damasio A. *Selbst ist der Mensch – Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Siedler Verlag, München; 2011.
- 48 Panksepp J. *Affective Neuroscience. The Foundation of Human and Animal Emotions*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 49 Dawkins R. *The Blind Watchmaker*. Penguin Books, London, 1982. Deutsch: *Der blinde Uhrmacher. Ein neues Plädoyer für den Darwinismus*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv; 1996.
- 50 Dennett DC. *Süße Träume: Die Erforschung des Bewusstseins und der Schlaf der Philosophie*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2007.
- 51 Deacon TW. *The Symbolic Species – The Co-Evolution of Language and the Brain*. New York/London: W.W. Norton & Company; 1997.
- 52 Plessner H. *Die Frage nach der Conditio humana*. In: Plessner H. *Conditio humana*. *Gesammelte Schriften VIII*. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1631; 2003, 2. Aufl. 2015: 136-217 (Zitat S. 172).

- 53 Daston L, Galison P. Objectivity. Brooklyn, NY: Zone Books, 2007. Deutsch: Daston L, Galison P. Objektivität. Berlin: Suhrkamp Verlag; wissenschaftliche Sonderausgabe 2017.
- 54 von Bertalanffy L. General System Theory – Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing, 2015.
- 55 Drack M. Ludwig von Bertalanffy's organismic view on the theory of evolution. *J Exp Zool (Mol Dev Evol)* 2015; 324B: 77-90.
- 56 von Bertalanffy L. Theoretische Biologie, Band I. Allgemeine Theorie, Physiokochemie, Aufbau und Entwicklung des Organismus. Berlin: Gebrüder Borntraeger; 1932.
- 57 Drack M, Pouvreau D. On the history of Ludwig von Bertalanffy's ›General Systemology‹, and on its relationship to cybernetics – Part III: convergences and divergences. *International Journal of General Systems* 2015; 44(5): 523-571. <http://dx.doi.org/10.1080/03081079.2014.1000642>.
- 58 Kauffman SA. ›Was ist Leben?‹ – hatte Schrödinger recht? In: Murphy MP und O'Neill LAJ (Hg.). Was ist Leben? Die Zukunft der Biologie. Eine alte Frage in neuem Licht – 50 Jahre nach Erwin Schrödinger. Heidelberg/Berlin/Oxford: Spektrum Akademischer Verlag; 1997: 99-133.
- 59 Schneider ED, Kay JJ. Ordnung aus Unordnung: Die Thermodynamik der Komplexität in der Biologie. In: Murphy MP und O'Neill LAJ (Hg.). Was ist Leben? Die Zukunft der Biologie. Eine alte Frage in neuem Licht – 50 Jahre nach Erwin Schrödinger. Heidelberg/Berlin/Oxford: Spektrum Akademischer Verlag; 1997: 183-196.
- 60 Riedl R, Krall P. Die Evolutionstheorie im wissenschaftstheoretischen Wandel. In: Wieser W (Hg.). Die Evolution der Evolutionstheorie – Von Darwin zur DNA. Heidelberg/Berlin/Oxford: Spektrum Akademischer Verlag; 1994: 234-266.

3 Systemtheorie, Semiotik und Konstruktivismus. Theoretische Grundlagen der *Integrierten Medizin* Thure von Uexkülls

»dass das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht bewähren, nur dem Menschen aufgegeben ist. Das Tier kennt diese Form der Handlung, die Hypothesen aufstellt und damit Maßstäbe entwirft, nicht. Es bewährt sich aufgrund der Maßstäbe, die ihm in den Schematen seiner Lebenshandlungen unmittelbar gegeben sind.«

von Uexküll 1953(1a)

»...Eines aber sehen wir heute deutlicher als vor [...] Jahren: Die Bedeutung der Tatsache, dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss.«

von Uexküll 1994 (2)

»...dass Modelle einer lebenden Medizin sich weiterentwickeln, d.h. ›lernende Modelle‹ bleiben müssen.«

von Uexküll 2002 (3a)

Zum 20-jährigen Bestehen der *Akademie für Integrierte Medizin* (AIM) haben drei der damaligen Mitbegründer und noch immer aktiven Mitglieder unter dem Titel »Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens« (4) 2013 eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen von Thure von Uexküll und anderen Mitgliedern der AIM aus

den vergangenen 20 Jahren vorgelegt. In den verschiedenen Beiträgen des Sammelbands wurde dargestellt, dass die philosophischen und wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Integrierten Medizin auf der Systemtheorie, der Semiotik und dem Konstruktivismus beruhen. Alte Aspekte zur Statik des Theoriegebäudes der *Integrierten Medizin* und aktuelle Aspekte zu sinnvollen Modernisierungen sollen nachfolgend erörtert werden und für eine Weiterentwicklung der philosophischen Grundlagen der *Integrierten Medizin*, für ein ›Update 2020‹ (5) plädiert werden.

3.1 Die Einheit von Praxis und Theorie – Integration als Prozess

»Was bedeutet die Tatsache, dass wir verschiedene Theorien der Medizin besitzen, eine physikalisch-chemische für den Körper und eine psychologische für das Erleben und Verhalten der Menschen? Ergänzen sie sich – und wenn sie es tun, wie sieht eine solche Ergänzung aus? [...] Schließen sie sich gegenseitig aus? Stehen wir vor der Frage, welche von beiden Recht hat? Oder reichen beide Theorien nicht aus, um das Fundament der Medizin abzugeben? Handelt es sich nur um Teil-Theorien, die eine dritte, übergeordnete Theorie verlangen, in die sie integriert werden können? Wo wäre eine solche übergreifende Theorie zu finden, und welche Konsequenzen ergeben sich aus ihr für die Teil-Theorien und die aus diesen abgeleitete Praxis?« (6a).

An anderer Stelle schreibt von Uexküll: »Integrierte Psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt. [...], dass die ›Integration‹ kein Zustand, sondern ein Prozess ist,...« und »...Eines aber sehen wir heute deutlicher als vor [...] Jahren: Die Bedeutung der Tatsache, dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss« (2). In der Integrierten Medizin von 2002 heißt es: »Der Begriff eines ›Lebenden Ganzen‹ als ›psycho-physische Einheit‹ ist für ein Modell der Integrierten Medizin von zentraler Bedeutung« (3b). »...setzen die Vorstellung von Ganzheiten voraus, die sich ...durch ›inneres Wachstum‹ und nicht durch ›äußere Zutaten‹ entwickeln« (3a). »Das biosemiotische Modell der nicht trivialen Maschine beschreibt die Umwelten der Lebewesen und die individuelle Wirklichkeit des Menschen als geschlossene Systeme« (Körper-Sein des Menschen). »Die Modelle der Anatomie, Physiologie und Biochemie sind Modelle der trivialen Maschine, sie beschreiben Wirklichkeiten als offene Systeme« (Körper-Haben des Menschen). »...Wenn wir sie unter den Gesichtspunkten der Zeichentheorie und Systemtheorie verstehen, beginnen sich

die Umriss einer *Integrierten Medizin* anzuzeichnen, welche die beiden Modelle in einem Meta-Modell vereinigt.« (3c).

Was ist mit der abstrakten Formulierung »das biosemiotische Modell der nicht trivialen Maschine« gemeint? Wie soll man dies »unter den Gesichtspunkten der Zeichentheorie und Systemtheorie verstehen? Thure von Uexkülls Denkweg ist ein lebendiges Beispiel dafür, dass »Modelle einer lebenden Medizin sich weiterentwickeln, d.h. »lernende Modelle« bleiben müssen« (3a). Mit seiner unvergleichlichen Neugier auf Neues hat er dies selbst lebenslang praktiziert, hat wichtige Konzepte wie von Bertalanffys allgemeine Systemtheorie (7) schon in den 50er-Jahren aufgegriffen und auf die Medizin übertragen, hat Ende der 70er-Jahre G. Engels biopsychosoziales Modell aufgegriffen (8,9), in den 80er- und 90er-Jahren Umberto Maturanas und Francesco Varelas Konzept der Autopoiesis (10,11) in seine Sicht lebendiger Systeme integriert und Antonovskys Salutogenese-Konzept (12) als bedeutsam für das Arzt-Patienten-Verhältnis erkannt. Seine 1953 in »Der Mensch und die Natur« (1) erstmals detailliert dargestellte systemtheoretische Sicht hat er im Laufe der Jahrzehnte wissenschaftsphilosophisch durch Einbeziehung der Peirce'schen Semiotik untermauert und konzeptionell stringenter gemacht. Seine Sicht der Emergenz, der neuauftretenden Phänomene am Übergang von einem Teilsystem zum nächsthöheren Teilsystem, der Probleme der Systemgrenzen, der Übersetzung von einem Zeichensystem in ein anderes u.a. hat in den vergangenen Jahren durch Thompson (13) und Deacon (14) eine Aktualisierung und philosophische und naturwissenschaftliche Untermauerung erhalten.

3.2 Der Mensch und die Natur – Systemtheorie und Naturphilosophie

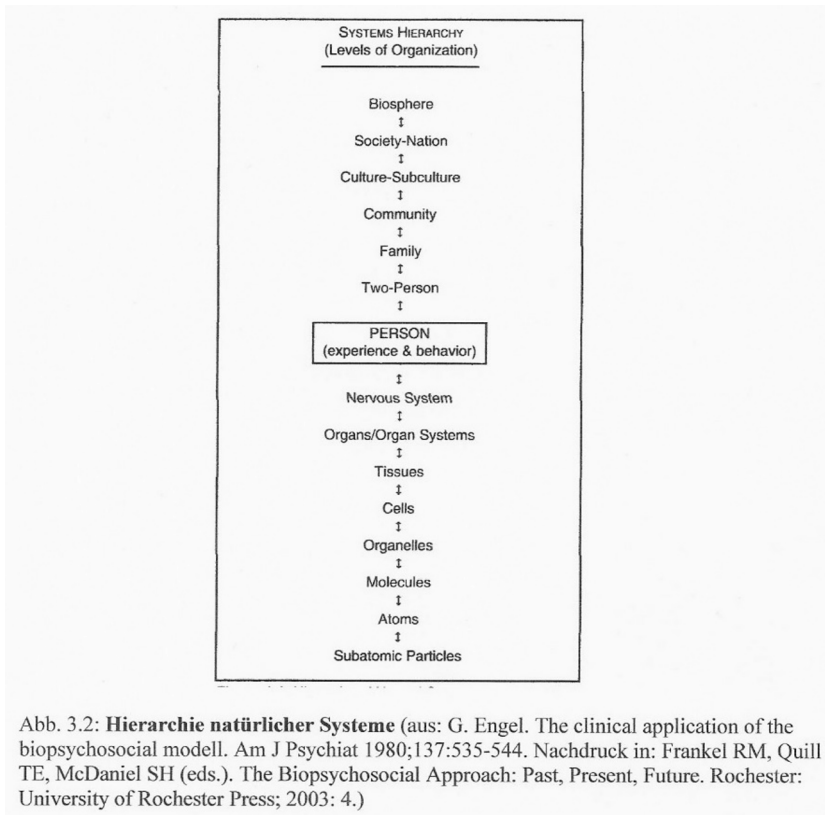
Da bekanntlich nichts begreifbar ist, außer durch seine Geschichte, soll von Thure von Uexkülls Buch »Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie« (1) ausgegangen werden, das eine Auseinandersetzung mit dem geistigen Erbe seines Jahre zuvor verstorbenen Vaters ist (15). Von Uexküll hat von Bertalanffys allgemeine Systemtheorie (7) auf die Medizin angewandt und verschiedene Wirklichkeitsbereiche unterschieden, den der Physik, den des Lebendigen und den des Psychischen (Abb. 3.1).

Er betont: »Es genügt nicht, den Menschen allein ins Auge zu fassen. Man muss zugleich mit ihm immer auch die Welt bedenken, mit der er sich auseinandersetzt,« (1b). Entsprechend forderte er ein Menschenbild, das sowohl die physikalischen Phänomene als auch die biologischen, psychischen und sozialen Phänomene berücksichtigt – ähnlich wie 25 Jahre später George Engel mit seiner Forderung nach einem »*biopsychosozialen Modell*« (siehe auch Kapitel 9) (8,9). Uexkülls Anwendung der allgemeinen Systemtheorie auf die Medizin ermöglichte es ihm, mit dem Reduktionismus und dem dominierenden Maschinenmodell des Körpers

	Mensch	Welt
Geistig-seelische Erscheinungen	Denken, Wollen, Erleben, Triebe, Streben etc.	Die sozialen Gemeinschaften, wie Staat, Gesellschaft, Familie, und die Anforderungen, die sie an den Menschen stellen. Sprache, Kultur und die von dort erwachsenden Anforderungen. Sensorische Wahrnehmungen und deren emotionale Bedeutungen
Körperliche Erscheinungen	Organismus, Organe, Organe, Gewebe, Zellen, sowie deren verschiedenartige Leistungen	Nützliche und schädliche Reize, die aus der Außenwelt auf den Körper treffen oder innerhalb des Organismus wirksam sind
Physikalisch-chemische Erscheinungen	Physikalische und chemische Stoffe, aus denen der Organismus und dessen Organe bestehen	Physikalische und chemische Stoffe, welche die Fähigkeit haben, als Reize mit dem Organismus und den Organen in Verbindung zu treten

Abb. 3.1: Th. von Uexküll: Die Suche nach einem neuen Menschenbild in der Medizin. In: Thure von Uexküll: Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. München: Leo Lehnen Verlag, 1953: Kapitel III 3: 60-77 (Tabelle S. 61).

zu brechen. Er schreibt: »Der entscheidende Punkt ist die Tatsache, dass die Systemtheorie mit der Vorstellung einer kontinuierlichen Reihe vom Atom bis zum Menschen gebrochen hat. Nach ihr ist der Glaube in die Rückführbarkeit aller Erscheinungen auf physikalische Gesetze in dieser Form nicht mehr aufrechtzuerhalten.« (16a). »Die Systemtheorie hat das Konzept einer hierarchischen Ordnung entwickelt, in der einfachere Systeme (z. B. Zellen) als Elemente oder Subsysteme in komplexere Systeme (z. B. Gewebe oder Organe) und diese wieder in noch komplexere Systeme (z. B. Organismen) integriert sind. So kann man bis hinauf zu sozialen Systemen eine Hierarchie entwerfen, in der sich verschiedene Integrationsebenen oder -stufen unterscheiden lassen.« (16a). Zur grafischen Darstellung dieser systemtheoretischen Sicht haben von Uexküll und Wesiak später Engels Abbildung zur Hierarchie natürlicher Systeme verwendet (Abb. 3.2) (6b). »Mit den Begriffen ›Integration‹ und ›Ebene‹ oder ›Stufe‹ hat die Systemtheorie eine Tatsache in unser Gesichtsfeld gerückt, die man nicht zur Kenntnis genommen hatte: die Tatsache, dass ein Ganzes mehr ist als die Summe seiner Teile« (16a). Anders formuliert heißt das, »..., dass mit der Bildung eines Systems sprunghaft, unvorhersehbar und von den Eigenschaften der Elemente unableitbar neue Eigenschaften auftreten; Eigenschaften, die es auf der Ebene der Elemente oder Subsysteme nicht gibt. Diese Tatsache hat man als Emergenz beschrieben.« (6c).



3.3 Systemtheorie und Zeichentheorie

Uexküll betont, »dass lebende Systeme alle Einwirkungen in Zeichen verwandeln, die sie nach einem eigenen Kode beantworten« und dass jedes zur internen Kommunikation verwendete Zeichensystem eines Subsystems an der Grenze zum Übergang in ein höheres System in ein anderes Zeichensystem »übersetzt« werden muss. »Auf der Ebene des Organismus wird die Informationsübertragung zwischen Geweben und Organen von Hormonen, Immunprozessen und Nervenaktionsströmen übernommen. Auf der nächsthöheren Ebene vermitteln psychische Zeichen, [...] die Informationsübertragung zwischen dem Organismus und Vorgängen seiner Umgebung« (16b). Die Feststellung, »...dass an den Grenzen zwischen den verschiedenen Ebenen einer Systemhierarchie, nach jeweils genau festgelegten Bedingungen, Übersetzungen von einem Zeichensystem in ein anderes stattfinden [...] ist für die Frage entscheidend, wie körperliche und seelische

Vorgänge beschrieben und miteinander in Verbindung gebracht werden können; denn unter systemtheoretischem Aspekt ist das Leib-Seele-Problem nur eines der vielen Probleme, wie Übersetzungen zwischen verschiedenen Ebenen einer Systemhierarchie zustande kommen« (16b). Im reduktionistischen Glauben, dass sich die Sprachen aller Wissenschaften auf die Physik reduzieren lassen, hatte man das Problem, wie man sich die Verbindung zwischen den verschiedenen Stufen eines hierarchisch gegliederten Systems vorstellen soll, überhaupt nicht gesehen. Insofern erfordert die Tatsache, »..., dass die Systemtheorie ein anderes Interpretationsmodell für den Körper anbietet als das der Maschine« (16c) eine »Neuinterpretation des »naturwissenschaftlichen Bestandes« der Medizin« (s.u.).

Diese entscheidenden Punkte, »...dass die Systemtheorie ein anderes Interpretationsmodell für den Körper anbietet als das der Maschine«, »...dass lebende Systeme alle Einwirkungen in Zeichen verwandeln, die sie nach einem eigenen Kode beantworten« und dass jedes zur internen Kommunikation verwendete Zeichensystem eines Subsystems an der Grenze zum Übergang in ein höheres System in ein anderes Zeichensystem »übersetzt« werden muss, sind quasi die Stahlmatten und der Beton in Fundament, Erdgeschoß- und Obergeschoßdecke des Uexküll'schen Theoriegebäudes. So wie beim Hausbau die die Etagen verbindenden Treppen erst nach den Geschosdecken betoniert oder später beim Innenausbau als Holztreppe eingepasst werden, so wurden erst in jüngster Zeit Vorstellungen konzipiert, wie in evolutionsgeschichtlicher Sicht Emergentes, »Sprünge«, erklärt werden könnten (13,14). Anthropologen wie Frans van de Waal und Michael Tomasello sehen in moralischen und sozialen Verhaltensweisen von Menschenaffen (17), in der Verwendung von Zeigegeesten und im Auftreten von Kooperation und Sprache (18-20) wichtige evolutionäre »Sprünge« im Übergang von Menschenaffen zum Menschen.

3.4 Engels biopsychosoziales Modell

Die in den 50er- und 60er-Jahren eingetretenen Erfolge der Pharmakotherapie psychiatrischer Erkrankungen verschafften der biologischen Psychiatrie Auftrieb und drängten Psychotherapie und Psychoanalyse in den Hintergrund. Als George L. Engel 1977 und 1980 ein neues Modell forderte (8,9), prägten opponierende Schulen die Psychiatrie (siehe Kapitel 9). Die Alexander'schen Vorstellungen zur Psychogenese »klassischer« psychosomatischer Erkrankungen (wie z.B. des ulcus duodeni (21)) hatten sich nicht als therapeutisch fruchtbar erwiesen (22). Die Psychosomatik in den USA hielt an psychoanalytischen Konzepten Sigmund Freuds und damit an der dualistischen Trennung von Körper und Seele fest. Engel fragte sich, wie lange die Wissenschaft der Medizin sich noch auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen müsse (23). Er sah keine Möglichkeit, die zugrunde liegenden Konzepte von Biomedizin und Psychosomatik in ein gemeinsames System zu inte-

grieren und die unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen kompatibel zu machen. Seine Forderung nach einem biopsychosozialen Modell (8,9) beruhte – wie bei Thure von Uexküll (1,6) – auf einer systemtheoretischen Betrachtungsweise zur Überwindung naturalistisch-reduktionistischer Sichtweisen (23), einer Sicht des Arztes als ›teilnehmender Beobachter‹ und einer Fokussierung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis (24) (siehe Kapitel 9).

3.5 Systemtheoretische Sicht von Leben

Die chilenischen Biologen Humberto Maturana und Francisco Varela, die in den 70er- und 80er-Jahren untersuchten, was lebende von nicht lebenden Systemen unterscheidet, haben als entscheidenden Unterschied eine spezifische Form der Selbstorganisation herausgestellt (10,11). In diesem ›*Autopoiesis*‹ genannten Prozess wird durch ein Netzwerk interagierender Komponenten eine Einheit von einer Umwelt abgegrenzt, wobei das Netzwerk selbst hervorgebracht und aufrechterhalten wird. So kreierte der Stoffwechsel einer Zelle die Zellwand, die ihrerseits dafür sorgt, dass der Stoffwechsel relativ abgeschlossen von der Umwelt stattfinden kann. Lebende Systeme wie z.B. eine Zelle (*autopoietisches System 1. Ordnung*) oder ein Organismus (*autopoietisches System 2. Ordnung*) erneuern im Laufe ihrer Lebenszeit ihre konkreten Komponenten permanent, sie erscheinen einem externen Beobachter trotz ihrer internen Dynamik auf einer phänomenologischen Ebene als statisch und stabil. Dies beruht darauf, dass ihre Organisation, d.h. die Mitwirkung der Bestandteile an der Konstitution einer zusammengesetzten Einheit konstant bleibt. Lebende Systeme sind autonom und strukturdeterminiert. Ihr Verhalten ist nicht im Sinne einer Ursache-Wirkungs-Beziehung durch Ereignisse in der Umwelt determiniert, das System reagiert entsprechend seinen eigenen, inneren Strukturen. Veränderungen in der Umwelt werden als unspezifische Störungen, als Perturbationen, angesehen, welche von dem gestörten System kompensiert werden müssen (10,11). Die einem externen Beobachter lebender Systeme statisch erscheinenden Strukturen, die das Ergebnis dynamischer Prozesse sind, beruhen auf einer Organisationsform, die als operationelle/organisatorische Schließung bezeichnet wird. Während bei der klassischen, naturwissenschaftlichen Beobachtung ein Subjekt von einem Objekt unterschieden werden kann, können bei *autopoietischen* Prozessen Subjekt und Objekt nicht eindeutig unterschieden werden. Leben kann – Maturana und Varela zufolge – als ein selbstbezüglicher, selbstorganisierter Prozess verstanden werden, bei dem sich eine Einheit von einer Umwelt abgrenzt.

3.6 Biosemiotische Sicht der psychischen, sozialen und kulturellen Welt

Die von Maturana und Varela an biologischen Systemen beschriebenen Charakteristika finden sich auch bei psychischen und sozialen Systemen (25). Auch psychische und soziale Strukturen können als Resultate operationaler oder organisatorischer Schließung angesehen werden und erhalten ihre Grenzen und ihre Integrität durch Prozesse, deren Ausgangspunkt und Ergebnis von externen Beobachtern als identisch beurteilt werden. Der Kybernetiker Heinz von Foerster (26,27c) hat das Endresultat solcher zu einem stabilen Ergebnis führender, rekursiver Prozesse eine *Eigenstruktur* (wenn es sich um eine stabile Struktur handelt), ein *Eigenverhalten* (wenn es sich um ein stabiles Verhalten handelt) oder einen *Eigenwert* (wenn es sich um einen numerischen Wert handelt) genannt. In der Komplexitätstheorie werden solche stabilen Werte oder stabilen Muster als »Attraktoren« bezeichnet. In evolutionsgeschichtlicher Perspektive sieht Deacon in »Attraktoren« emergente Zwischenstadien in einer nicht reduktionistischen, naturalistischen Genese von »Geistigem« aus Materiellem (14). Fischer hat darauf hingewiesen, dass der Plessner'sche Begriff der »Positionalität« als Erschließungsbegriff für das Organische möglicherweise dem Begriff der *Autopoiesis* überlegen ist, da er gegenüber der aktivistischen Selbsterzeugung des Organischen »das Widerfahrnismoment alles Lebendigen einfängt, nämlich in eine »Grenze« gesetzt« oder »geworfen« zu sein, die es aus eigenen Mitteln des Lebendigen in Korrelation mit einer Umwelt aufrechterhalten muss« (28).

Interaktionen zwischen dem jeweils autonom und strukturdeterminiert funktionierenden organischen, psychischen und sozialen Phänomenbereich lassen sich im Sinne einer strukturellen Kopplung und wechselseitigen Störung (Perturbationen) konzeptualisieren. »Alle drei Systeme sind füreinander Umwelten; sie entwickeln sich, miteinander verbunden, im Laufe ihrer gemeinsamen Interaktionsgeschichte. Psychische Ereignisse können dabei bestätigend oder störend auf organische und/oder soziale Prozesse wirken; organische Prozesse können bestätigend oder störend auf soziale und/oder psychische Prozesse wirken; und soziale Ereignisse können bestätigend oder störend auf psychische und/oder organische Prozesse wirken« (25a). Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Phänomenbereichen des Organischen, Psychischen und Sozialen besteht darin, dass der Zugang zum Phänomenbereich Psyche nur in der Perspektive der ersten Person (*Beobachter 1. Ordnung*) möglich ist, nicht jedoch bzw. allenfalls indirekt aufgrund des Verhaltens der Person aus der Perspektive einer 3. Person (*Beobachter 2. und 3. Ordnung*). Kriz betont, dass das selbstreflektierende Subjekt bei seiner Innenschau begriffliche Werkzeuge und Kriterien, die in der sozialen Interaktion entwickelt worden sind, auf sich selbst anwendet (29).

Im Phänomenbereich Psyche ist eine klare Trennung zwischen Subjekt und Objekt, wie sie für die harte Methodik der Naturwissenschaft charakteristisch ist,

nicht möglich. Neben der Beobachtung des Verhaltens in verschiedenen Kontexten bedarf es des Mediums zwischenmenschlicher Interaktion und Kommunikation, um eine Vorstellung von den intrapsychischen Prozessen eines anderen entwickeln zu können, d.h. jemand muss erzählen, wie er fühlt und denkt. Aussagen eines *Beobachters 2. Ordnung* über die Psyche eines anderen Menschen sind Konstrukte des Beobachters, die er in das geschlossene System Psyche des anderen lokalisiert (25b).

3.7 Uexkülls naturphilosophische Unterschiede des Menschen zum Tier

Um den evolutionsgeschichtlichen Unterschied zwischen Tier und Mensch an einem einfachen Bild verständlich zu machen, hat Thure von Uexküll Erkenntnisse seines Vaters zum Funktionskreis der Tiere und zur Einheit von Organismus und Umwelt (30,31) auf den Menschen übertragen und im Situationskreis zwischen Merkwelt und Wirkwelt des Tieres das Deuten, die Bedeutungsunterstellung, -erprobung und Bedeutungserteilung, als das spezifisch Menschliche dazwischengeschaltet (6d) (Abb. 3.3). Für die Situation, dass ein Mensch mit seinen Deutungsversuchen bei Dysfunktionen seines Organismus und bei Problemen der zwischenmenschlichen Kommunikation und Interaktion nicht zurecht kommt und bei einem ›Heiler‹, einem Arzt oder Therapeuten Hilfe sucht, hat er den doppelten Situationskreis als Modell für die Arzt-Patienten-Interaktion entwickelt.

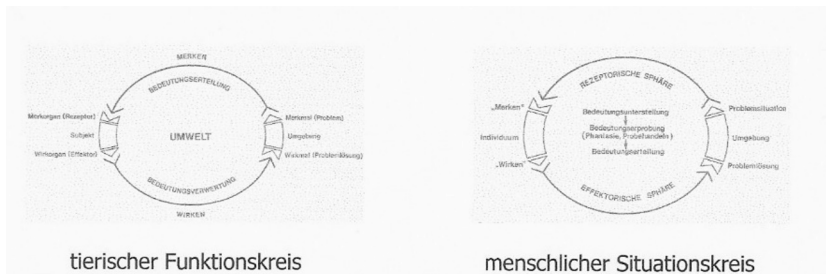


Abb. 3.3: **Vom Funktionskreis zum Situationskreis**
(aus Th. von Uexküll, W. Wesiak: *Theorie der Humanmedizin – Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 3. Aufl, 1998: 67 und 225.)

In ›Der Mensch und die Natur‹ geht von Uexküll (1) ausführlich auf den Unterschied zwischen Mensch und Tier ein. Er schreibt, »...«, dass das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht

bewähren, nur dem Menschen aufgegeben ist. [...] Das Tier kennt diese Form der Handlung, die Hypothesen aufstellt und damit Maßstäbe entwirft, nicht. Es bewährt sich aufgrund der Maßstäbe, die ihm in den Schematen seiner Lebenshandlungen unmittelbar gegeben sind« (1a). Und an anderer Stelle: »Die Tiere leben, wie J. von Uexküll uns gezeigt hat, in ihren artgemäßen Umwelten. Der Mensch aber muss sich seine Welt auf Grund von Entwürfen aufbauen, die er selber erfindet. Darum hat der Mensch keine Umwelt. Doch was hat er dann? Hat er Welt? Die einzige Welt, die er besitzt, ist aus seinen Entwürfen gebaut. Diese Entwürfe sind jedoch, wie wir gesehen haben, nicht etwa auf Erfahrung gegründet, sondern sie dienen der Erfahrung und werden mit jedem Erfahren von neuem in Frage gestellt; denn ihr letzter Sinn besteht ja darin, sich ihr eigenes Gelingen oder Versagen widerfahren zu lassen. Sie bleiben Hypothesen, die in jedem Augenblick durch andere Hypothesen ersetzt werden können. Nur so ist der Mensch für den Zugriff des Objektiven gerüstet, nur so ist er ›offen‹« (1c). »Der Mensch ist auch nicht nur das, was er entwirft und erfährt nicht nur seine Entwürfe. Er ist auch wie die Tiere sensitives Erleben und wie die Pflanzen vegetatives Leben, und er ist wie diese angewiesen auf den Bereich des Unbelebten. Er hat an allen Bereichen der Natur Anteil. Hierin liegt der Grund, weshalb eine anthropologische Medizin ohne Naturphilosophie undenkbar ist, ebenso wie auf der anderen Seite eine Naturphilosophie ohne den Menschen und ohne eine Anthropologie nicht durchgeführt werden kann« (1d) (siehe Kapitel 2). »Für die Medizin, die mit den verschiedensten Entwürfen der Physik, der Chemie, der Biologie und der Psychologie arbeiten muss, folgt daraus, dass sie ihren Bereich niemals ohne einen philosophischen Begriff des Naturganzen aufbauen kann, in dem sich die heterogenen Ergebnisse all dieser Einzelfächer ordnen und aufeinander beziehen lassen« (1e).

3.8 Über von Uexküll hinaus – Zeigegeben, ›mind reading‹, ›shared intentionality‹ und Entwicklung der Sprache

Im ›Denkstil‹ seines Vaters Jakob von Uexküll (30,31), suchte Thure von Uexküll nach Möglichkeiten, wie bei der Beschreibung der menschlichen Lebenswelt der cartesianische Dualismus überwunden werden kann, der eine strikte Trennung zwischen denkendem Subjekt und der physikalischen Natur beinhaltet und in dessen Folge alles Wissen entweder vom denkendem autonomen *Ich* aus (Idealismus) oder umgekehrt von der Natur, von der Physik her (Materialismus, Naturalismus) entfaltet wurde. Ausgehend von der Überzeugung, »Es genügt nicht, den Menschen allein ins Auge zu fassen. Man muss zugleich mit ihm immer auch die Welt bedenken, mit der er sich auseinandersetzt« (1b) und seiner Unterscheidung verschiedener Wirklichkeitsbereiche, den der Physik, den des Lebendigen und den des Psychischen, ging es ihm um ein Menschenbild, das den Erkenntnissen von

Natur- und Lebenswissenschaften nicht widerspricht, aber so angelegt und akzentuiert ist, dass sich »*idealistische*« Vermutungen der Menschen über sich selbst (Vernunft, Selbstbewusstsein, Intersubjektivität, Kunst, Narrativität, Transzendenzerfahrung) nicht als bloße Epiphänomene einer evolutionären Vitalbasis herausstellen.

Seit Mitte der 90er-Jahre hat Michael Tomasello (18-20) Schritt für Schritt eine, in Jakob von Uexkülls Sinne philosophisch konzipierte Biologie entwickelt, über die sich eine Kultur- und Sozialwissenschaft entfalten lässt, die der menschlichen Lebenswelt gerecht wird. In Gegnerschaft zu strikt evolutionsbiologisch naturalistisch orientierten Primatenforschern, die in Sachen Werkzeuggebrauch und Kommunikation nur eine graduelle, aber keine gravierende Differenz zwischen Menschenaffen und Menschen erkennen können, arbeitet Tomasello mit seinem kontrastiven Tier-Mensch-Vergleich die Sonderstellung des Menschen heraus. Sein entscheidender Fund ist die »körperliche Zeigegeste vor aller Sprache. Menschen sind die Primaten, die von Natur aus ihresgleichen etwas zeigen und damit einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsrahmen herstellen.« »Am Anfang der Menschwerdung steht bei Tomasello nicht Vernunft (Rationalität) oder Sprache, sondern ein verändertes Verhältnis zum eigenen Körper im Verhalten, zur Extremität des Armes, der Hand, des Fingers, der in eine hinweisende Richtung gestreckt wird: Es wird auf äußere Gegenstände gezeigt, Dinge werden hochgehoben, um sie anderen zu zeigen« (32a). Die Basis gemeinsamer Kooperationen für die in Gruppen lebenden Menschen der Frühzeit ist ein »*mind reading*«, ein neurobiologisch verankertes Lesen von Absichten anderer via Wahrnehmung von Ausdrucksverhalten, Gestik und Mimik (34). Über die Zeigegeste und den sich ikonisch auffordernden Hinweis baut sich eine über Sachverhalte informierende und aufeinander in den Intentionen abgestimmte »*shared intentionality*«, eine Wir-Intentionalität, auf. Tomasello lässt Sprache aus einer vorsprachlichen Konstellation von Faktoren auftauchen (18-20), ähnlich wie Plessner, der in der »*Conditio humana*« die Sprache als Überhöhung des Auge-Hand-Feldes rekonstruiert hat (33). Darüber hinaus stiftet Tomasellos »*shared intentionality*« das Motiv zu helfen, zu kooperieren und einander zu informieren. Es schafft darüber hinaus eine Distanz zur eigenen Vitalität und kreiert Resonanzmöglichkeiten für Emotionen und Stimmungen. Das Entscheidende an Tomasellos Ansatz ist die Gleichursprünglichkeit von Intersubjektivität und Objektivität, eine triadische Interaktion, in der ein Subjekt einem anderen Subjekt ein Objekt zeigt. Der Mead'sche »*generalisierte Andere*« ist der Dritte als Beobachter, als Entscheider im Streitfall, als Öffentlichkeit. Über ihn »beobachtet und institutionalisiert sich die Gruppe und nimmt systemische Strukturzüge an, die keine Menschenaffengruppe kennt« (32b). Aus dieser frühgeschichtlichen Verschränkung von Sachdimension, Innenleben und Sozialdimension haben sich Jahrtausende später durch »Hochstilisierung lebensweltlicher Erfahrungen« (35) die Naturwissenschaft und Sozialwissenschaft entwickelt.

3.9 Thure von Uexkülls medizinische Anthropologie

Thure von Uexküll hat eine medizinische Anthropologie vorgelegt, die den Doppelaspekt von Körper und Seele mit einer neuen Betrachtungsweise überwinden will. Uexküll behauptet, die Medizin habe sich als anthropologische Wissenschaft selbst disqualifiziert, da sie nicht ein einheitliches Menschenbild, sondern »zwei sich gegenseitig ausschließende Menschenbilder, eines für den Körper und eines für die Seele« habe (16). Wie er in seiner Rede ›Was weiß die Medizin vom Menschen?‹ bei den Salzburger Humanismus-Gesprächen 1984 (16) ausführlicher schildert (siehe Kapitel 4) hat sein klinischer Lehrer Gustav von Bergmann betont, »...dass am Anfang der Krankheit nicht die lädierte Struktur steht,« »...«, sondern die gestörte Funktion, die früher oder später zu einem Strukturschaden führen kann, aber nicht muss« (16f). Victor von Weizsäcker stellte die Person des Kranken mit ihren psychischen und sozialen Konflikten an den Anfang der Funktionsstörung und forderte entsprechend »die Einführung des Menschen als Subjekt in die Medizin«. Er wollte die Psychoanalyse auch in die Organmedizin einführen, um eine medizinische Anthropologie, eine allgemeine Lehre vom Menschen als Grundwissenschaft der Heilkunde voranzutreiben, eine Forderung, der Thure von Uexküll kritisch gegenüberstand, da er dies nicht als Möglichkeit ansah, den Dualismus von einer Medizin für den Körper und einer Medizin für die Seele zu überwinden (siehe ausführlichere Diskussion in Kapitel 4).

3.9.1 Von Uexkülls Neuinterpretation des ›naturwissenschaftlichen Bestandes‹ der Medizin – das Beobachterproblem und die Lehren der Quantenphysik

Thure von Uexküll kritisierte an der gegenwärtigen Medizin, dass sie keine eigene theoretische Fundierung habe, dass sie eine Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts geblieben sei (23) und noch immer glaube, ihre Aufgabe bestehe in der Enthüllung einer objektiven, von menschlichen Beobachtern unabhängigen Realität. Seine Kritik kumulierte in der Forderung, dass die Medizin der Tatsache Rechnung zu tragen habe, dass die Naturwissenschaft im 20. Jahrhundert ihre Voraussetzungen radikal geändert habe (6), dass die Quantenphysik gezeigt habe, dass der menschliche Beobachter Einfluss auf das beobachtete ›Objekt‹ habe und das Elektron mal als Teilchen, mal als Welle interpretiere, dass also die Naturwissenschaft keine von der menschlichen Beobachtung unabhängige Natur aufdecken könne. »Sie kann uns nur Bilder zeigen, die scharfsinnige Beobachter von einer Natur entworfen haben, [...] und da in diesen Bildern immer die Fragestellung, die Zielsetzung und die Methode der Beobachter enthalten ist, gibt es im Grunde ebenso viele Bilder der Natur, wie es Naturbeobachter gibt. Diese können sich höchstens über ihre Fragestellung, ihre Zielsetzung und Methode einigen. Dann bekommen

sie ein intersubjektiv übereinstimmendes Bild, das sie gemeinsam für ihre Zielsetzung verbessern können. [...] Damit hat die Physik nicht nur eine wichtige Aussage über die Natur, sondern auch eine ebenso wichtige Aussage über die Natur des Menschen gemacht. Von ihr muss die Medizin ausgehen, wenn sie eine Wissenschaft vom Menschen werden und sich begründet Humanwissenschaft nennen will« (16g).

3.9.2 Einführung des Subjekts in die Medizin – der teilnehmende Beobachter

Eine Option, die Einführung des Subjekts in die Medizin zu ermöglichen, sah von Uexküll in der Anwendung der allgemeinen Systemtheorie auf Biologie und Medizin und der damit verbundenen Überwindung reduktionistischer Betrachtungsweisen. Darüber hinaus stellen die Einsicht in das Beobachterproblem und die daraus folgende Uexküll'sche Forderung nach einer Berücksichtigung der Heisenberg'schen Unschärferelation in der Medizin einen weiteren Aspekt seiner ›Neuinterpretation des ›naturwissenschaftlichen Bestandes‹ der Medizin‹ dar. Beides, sowohl die systemtheoretische Sicht vom Suprasystem Mensch plus individuelle Wirklichkeit als auch die Unschärfe zwischen biologischem Organismus einerseits und Person des Kranken andererseits, stellen Möglichkeiten dar, den Menschen als Subjekt in die Medizin einzuführen und ernst zu nehmen. Menschlichen Beobachtern ist kein außenstehender Blick von nirgendwo (Nagels ›view from nowhere‹), keine Wahrheit erheischende Objektivität möglich (33). »Einstein hat Wahrheit einmal als eine Übereinstimmung definiert, die durch die Berücksichtigung der Beobachtungen und ihrer Beziehungen untereinander sowie die Beziehungen der Beobachtungen zu den Beobachtern erreicht werden kann« (27c). Die systemtheoretische Sicht unterscheidet *Beobachter 1. Ordnung* und *Beobachter 2. Ordnung* usw. (25,27). Solche Beobachter stehen nicht außerhalb der ›Einheit von Organismus und Umwelt‹, sondern sind immer Teilnehmer einer mehr oder weniger gemeinsamen Lebenswelt, sind – worauf sowohl von Uexküll/Wesiak (6) als auch Engel (24) immer wieder hingewiesen haben – immer ›teilnehmende Beobachter‹.

3.9.3 ›Gegenstand‹ und Ausgangspunkt der Medizin

Von Uexküll hat gesehen, dass die erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten der Quantenphysik bezüglich des Objekts der Quantenphysik und die messtechnischen Besonderheiten, dass das Elektron mal wie ein Partikel, mal wie eine Welle erscheint, in ähnlicher Weise auch auf den ›Gegenstand‹ der Medizin, den Menschen, zutreffen. Der Mensch erscheint dem teilnehmend beobachtenden Arzt mal als Person (Partikel), mal als komplexer biologischer Organismus (Welle), mal als das komplexeste System in der Hierarchie biologischer Systeme, mal als basalstes

System in der Hierarchie sozialer Systeme. Ausgangspunkt der Medizin ist eine Situation, in der ein kranker/sich krank fühlender Mensch mit seinen Deutungsversuchen und Handlungen nicht mehr klarkommt und Hilfe bei einem in der Lösung körperlicher, psychischer und sozialer Probleme Erfahrenen sucht. Ein in der eigenen Situation gefangener und sich bei seinen Interpretationsversuchen im Kreise drehender Patient ›dockt‹ in seiner Not bei einem Spezialisten für die Lösung körperlicher Beschwerden, psychischer Störungen oder sozialer Probleme an. Aus seinem Situationskreis wird so der die Arzt-Patienten-Interaktionen symbolisierende doppelte Situationskreis (6e). Im Modell des doppelten Situationskreises stellt das gemeinsame Feld des ›Deutens‹ und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit die Verbindung zwischen den Einzel-Situationskreisen von Arzt und Patient dar. Dieses Feld muss in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln gemeinsam bearbeitet werden (37). Der Arzt muss dabei seine Aufmerksamkeit dynamisch wechselnd sowohl auf die biologische als auch auf die psychologische und soziale Systemebene fokussieren, muss organische Befunde, psychische Störungen und soziale Beeinträchtigungen im Blick haben, um die unterschiedlichen Krankheitsaspekte *Disease* (organische Erkrankung), *Illness* (psychisches Krankheitserleben) und *Disability* (Handicaps, Behinderungen und Beeinträchtigungen im sozialen Miteinander) angemessen bewerten zu können. Erst nach erfolgter Begriffs- und Verständnisklärung der geklagten Symptome kann auf der Basis eines gemeinsamen (Krankheits-)Verständnisses und einer gemeinsamen Erörterung der Therapieoptionen eine Entscheidung getroffen und durch neues Handeln erprobt werden (6e,37).

3.9.4 Medizin als Indizienwissenschaft – Einordnung der Medizin in eine Semiotik der Wissenschaften

Uexkülls fragt, was für eine Wissenschaft die Medizin sei, ob sie Naturwissenschaft, angewandte Naturwissenschaft, Geisteswissenschaft oder beides sei, oder ob sie eine Handlungswissenschaft sei (6)? Unter Verweis auf Ginzburg (38) legt er sich auf die überraschend erscheinende Antwort fest: Medizin ist eine Indizienwissenschaft, verwandt mit Jägerkulturen, wo es darum geht, eine Spur aufzunehmen und weiterzuverfolgen, und verwandt mit der Jurisprudenz, wo Indizien gesucht werden, die auf etwas anderes hindeuten (6,39). Die Dinge, auf die beim »eine Spur aufnehmen« geachtet wird, können unterschiedlichen Phänomen- oder Seinsweisen angehören. Die einzelnen Phänomene stehen dabei mitunter für etwas anderes, sind Zeichen für etwas, überbrücken als Indizien die Grenzen eines Teilsystems und verweisen auf ein anderes Teilsystem, bilden zusammen ein größeres Ganzes.

In Engels Schema einer Hierarchie natürlicher Systeme reicht die Naturwissenschaft von der Phänomenebene Atom bis zur Phänomenebene Organismus, sie

deckt damit allenfalls die Hälfte des Spektrums natürlicher Systeme ab. Uexküll hat diesen Bereich als die »gewordene Welt« bezeichnet (40). Medizin als Handlungswissenschaft aufzufassen, fokussiert auf das Zwei-Personen-Teilsystem, das Familien-Teilsystem und das Teilsystem Gemeinschaft. Der Begriff Humanwissenschaft würde noch die Teilsystemebene ›Person‹ einbeziehen. Beide Wissenschaftsbegriffe würden wiederum nur Teile der Systemebenen in Engels Hierarchie natürlicher Systeme abdecken, Teile, die Uexküll als »gewirkte Welt« bezeichnet hat. Die Geistes- und Kulturwissenschaften, Engels Teilsysteme Kultur/Subkultur und Gesellschaft/Staat, gründen auf dem gesprochenen und geschriebenen Wort (Uexkülls »*gewortete Welt*« (40)), transportieren im Medium der Kommunikation Prozesse der Wahrnehmung und Selbstreflexion auf höhere Systemebenen und transformieren sie zu Aspekten des ›*Geistigen*«.

Eine Medizin, die auf einem Menschenbild fußen will, das alles Menschliche berücksichtigt und einschließt, bedient sich inhaltlich der Erkenntnisse aller Wissenschaften (1; s.o.). Ihr methodisches Vorgehen ist das einer Indizienwissenschaft. Sie bedarf einer Zeichenlehre, die verständlich macht, in welcher Relation Zeichen zueinander (d.h. horizontal innerhalb einer Integrations-/Systemebene) und untereinander (d.h. vertikal zwischen verschiedenen Integrations-/Systemebenen) stehen. Thure von Uexküll hat die Zeichentheorie von Charles Sanders Peirce (41,42) auf die Biologie und die Medizin übertragen. Er unterschied zwischen einer erklärenden Funktion von Zeichen (Peirces *indexikalische Zeichen*), einer veranlassenden Funktion von Zeichen (Peirces *symbolische Zeichen*) und zwischen naturwissenschaftlicher und semiotischer Kausalität (6,39). In einer Top-down-Perspektive lassen der Reduktionismus und Naturalismus nur eine naturwissenschaftliche Kausalität gelten. Eine Bottom-up-Perspektive, wie sie Peirce, von Uexküll, Thompson (13) und Deacon (14) vertreten, sieht auch semiotische Kausalitäten und ›*Attraktoren*« am Werk und kann in naturalistischer, jedoch nicht-reduktionistischer Sicht eine sukzessive Emergenz von Geistigem aus Materiellem plausibel machen.

3.10 Die zentrale Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Eine effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat – Engel zufolge – zwei fundamentale menschliche Bedürfnisse zu erfüllen: zu erkennen und zu verstehen sowie erkannt und verstanden zu werden. »The need to know and understand originates in the regulatory and self-organizing capabilities of all living organisms to process information from an ever changing environment in order to assure growth, self-regulation, and survival. In turn, the need to feel known and understood originates in the life-long need to feel socially connected with other humans« (23). Um das zu erreichen, sei es nötig, dass »The physician [...] is an participant observer who, in the process of attending to the patient's reporting

of inner world data, taps into his/her own personal inner viewing system for comparison and clarification. The medium is dialogue, which at various levels includes communing (sharing experiences) as well as communicating (exchanging information). Hence, observation (outerviewing), introspection (innerviewing), and dialogue (interviewing) are the basic methodological triad for clinical study and for rendering patient data scientific« (24).

Wie die von Thure von Uexküll immer wieder betonte zentrale Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und wie Engels ›outerviewing‹, ›innerviewing‹ und ›interviewing‹ des Patienten in der ärztlichen Sprechstunde gelebt, praktiziert, reflektiert und ›einverleibt‹ werden kann, ist in anderen Kapiteln des vorliegenden Buches ausführlicher dargestellt (siehe Kapitel 7, 10 und 11).

3.11 Zeichenlehre und Konstruktivismus

Peirces Zeichenlehre beinhaltet eine triadische Auffassung von Zeichen. Die Peirce'sche Ebene der *Firstness* fokussiert auf Phänomene und Qualitäten, hier steht ein Zeichen für sich selbst (*icon*). Auf der Peirce'schen Ebene der *Secondness* bezieht sich ein Zeichen auf etwas anderes, ist Hinweis auf etwas anderes, Zugrundeliegendes (*index*). Auf der Peirce'schen Ebene der *Thirdness* steht ein Zeichen stellvertretend für ein anderes Zeichen, hat ein Zeichen symbolische Bedeutung (*symbol*), weist auf nicht Vorhandenes, Mögliches oder Künftiges hin (41,42). Mit Peirce unterscheidet von Uexküll eine naturwissenschaftliche Kausalität, die auf etwas Zugrundeliegendes verweist, von einer semiotischen Kausalität, die auf nicht Vorhandenes, aber Mögliches verweist.

Die Philosophien von Charles S. Peirce und Jakob von Uexküll gingen von Kants Kritiken der Vernunft und Kants Kategorienlehre aus. In erkenntnistheoretischer Hinsicht vertritt Thure von Uexküll Thesen, die an Ernst von Glasersfeld und Heinz von Förster, beide Begründer eines radikalen Konstruktivismus, angelehnt sind (43-45). Jedes Erkennen ist mehr als Abstrahieren, Kombinieren und Schematisieren; es enthält – wie jede Wahrnehmung – immer auch konstruktive Elemente. Wie schon oben beim Unterschied zwischen Mensch und Tier angeführt, sieht Thure von Uexküll »das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht bewähren«, als Besonderheit des Menschen an (1a). Er vertritt damit Vorstellungen, wie sie Popper zum Erkenntnisfortschritt der Wissenschaft via Verifizierung oder Falsifizierung von Hypothesen vertritt (46) und Peirce mit seiner These, dass eine ideale Forschergemeinschaft ›in the long run‹ eine objektive Wahrheit über Dinge der Realität erreichen kann.

3.11.1 Radikaler Konstruktivismus oder methodischer Konstruktivismus (Kulturalismus)?

Beim Versuch, das Konzept der ›*Passung*‹ selbstbezüglich auf die philosophischen Grundlagen *Integrierter Medizin* anzuwenden, scheinen Semiotik, speziell Biosemiotik, und radikaler Konstruktivismus nicht gut zueinander zu passen (5). Das von Glaserfeld'sche Statement »Die Realität ist nicht vorhanden, sie muss konstruiert werden«, auf das im Sammelband ›Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der Integrierten Medizin‹ (4) wiederholt hingewiesen wird, passt nicht recht zu Thure von Uexkülls Bemühungen, die Semiotik in der Biologie zu fundieren (47,48) und bis auf die Ebene der Molekularbiologie herunter zu brechen (49). Im radikalen Konstruktivismus (43-45) wird der Beobachter nur als Erkenntnis konstruierende Figur, nicht als Teilnehmer einer gemeinsamen Lebenswelt gesehen. In der naturalistischen Sicht von Maturana und Varela (10,11) werden den Zellen und dem Organismus autopoetische Eigenschaften zugesprochen. In konstruktivistischer und autopoetischer Sicht wird – zumindest indirekt – ein ontologischer Realismus bestritten. Peirce, von Uexküll und moderne Biosemiotiker (50) sind dagegen ontologisch Realisten. Meines Erachtens muss hier stärker differenziert werden, wann sich der Begriff ›Realität‹ auf Aussagen zur Ontologie der Welt bezieht und wann er Eigenschaften von Repräsentationen meint, die sich auf Ontisches, auf Seiendes, beziehen.

Im Gegensatz zum radikalen Konstruktivismus von Glaserfeld'scher Art, tritt der methodische Konstruktivismus (*Kulturalismus*) des Marburger Philosophen P. Janisch und seiner Mitarbeiter (51-53) eine lebensweltlich näherliegende Position. Sie gehen von der Sicht eines Primats des Handelns vor dem Sprechen und einer Fundierung von wahr und falsch in einer lebensweltlichen Handlungstheorie aus und betonen das auf kulturellen Errungenschaften beruhende Prinzip der methodischen Ordnung, die diesem Prinzip zugrunde liegenden Zweck-Mittel-Relationen und die geltungstheoretische Begründung am Handlungserfolg (51-53). Eine geltungstheoretische Begründung am Handlungserfolg, »das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht bewähren« (1a) hat von Uexküll schon 1953 als Charakteristikum des Menschen herausgestellt.

3.11.2 Die Lebenswelt als ›blinder Fleck‹ des radikalen Konstruktivismus

Geht man von der *unhintergehbaren* Lebenswelt aus, sieht man die Lebenswelt als ›*kulturelles System*‹ an (54), in das man hineingeboren wird, an dem man teilnimmt und das man mitgestaltet oder sieht man – in der Sichtweise des methodischen Kulturalismus (51-53) – alle Wissenschaft, auch die Medizin, als ›Hochstilisierung einer lebensweltlichen Praxis‹ (35) an, dann ist man mitten in der Teilnehmer-

ebene, dann muss der Mensch nicht nachträglich in die Medizin eingeführt werden, dann ist das Subjekt von Anfang an ›dabei‹. In diesem Fall wird Kultur zur ›Zwischenwelt‹ (35), relativiert sich die Wissenschaft, ist man mitten im Dilemma des Holismus der Alltagswelt und der Stückwerk-Technik der Wissenschaft. Dann kann jede empirische Wissenschaft »als empirische Wissenschaft immer nur Stückwerk-Erkenntnisse produzieren und der Lebenswelt zur Verfügung stellen. Diese Stückwerk-Erkenntnisse sind sehr viel besser gesichert, gründlicher geprüft, genauer formuliert als das holistische Wissen unserer sonstigen Lebenswelt. Aber sie können für sich allein nicht existieren. Wenn sie einfach ausgeweitet werden zu einer ›wissenschaftlichen Weltauffassung‹ dann haben sie in diesem Augenblick schon den Charakter der Wissenschaftlichkeit wieder verloren. [...] ›Szientistische‹ Menschen-Wissenschaft wird immer nur in Form von Korrekturen an der alltags-sprachlich konstituierten Weltansicht lebenswirksam werden« (35).

3.11.3 Kritik der Medizintheorie – back to Firstness

Warum ›passt‹ – trotz leidenschaftlicher Plädoyers für eine Einführung des Subjekts in die Medizin (6,39) – das Subjekt (bisher) nicht in eine Theorie der Medizin. Könnte dies damit zusammenhängen, dass die Systemtheorie, die *Integrierte Medizin* theoretisch fundiert, und die Semiotik als Interpretationskonstrukte der Peirce'schen Ebene der *Thirdness* zuzuordnen sind? Liegt es vielleicht daran, dass der Konstruktivismus mit seinem Blick auf die Beobachterebene und auf *indexikalische* Kopplungen einer *Secondness* fokussiert ist (5), die Teilnehmerebene, die *Firstness*, jedoch medizintheoretisch weitestgehend ausgeblendet wird, auch wenn sie in der Alltagspraxis des niedergelassenen Arztes der Ausgangspunkt ärztlichen Handelns ist?

Ein Plädoyer für einen Vorrang der Teilnehmerebene vor der Beobachterebene ist ein Plädoyer für eine Erkenntnistheorie der Lebenswelt. Die in der Lebenswelt vorherrschende phänomenologische Herangehensweise stellt einen der Wissenschaft vorgelagerten Ansatz der Erkenntnis dar. Den Ertrag der neuen Phänomenologie für die Psychosomatik auszuloten und nutzbar zu machen, gehört zu dem, was eingangs mit Modernisierungsbedarf am Theoriegebäude der Integrierten Medizin gemeint war. Hierunter ist auch die auf die Peirce'sche Ebene der *Firstness* fokussierende ›Leibphilosophie‹ zu fassen, wie sie von Gernot Böhme, Thomas Fuchs, Bernhard Waldenfels u.a. vertreten wird (55-59). Der *Leib* als primärer Orientierungspunkt in der Welt, als Nullpunkt der Erfahrung, als Sensorium für ›Qualia‹, das ist – salopp formuliert – *Firstness* pur. Im ›Konzept des Leibes‹ ist die dualistische Trennung in Körper und Geist noch nicht vollzogen. Thure von Uexküll war *leibphilosophischen* Gedanken gegenüber sehr aufgeschlossen und hat 2001 zusammen mit anderen ein *leibphänomenologisch-psychotherapeutisches* Buch mit dem Titel ›Subjektive Anatomie‹ herausgegeben (60).

3.11.4 ›Our allegiance is to our patients not to our models‹ oder ›by means of our models‹?

Vergegenwärtigt man sich Thure von Uexkülls Einsicht der 50er-Jahre, »...dass das Entwerfen von Hypothesen und Maßstäben sowie die Prüfung, ob sie sich bewähren oder nicht bewähren, nur dem Menschen aufgegeben ist« (1a) und sieht man, wie in der gut zwölf Jahre nach seinem Tod erschienenen Neuauflage seines Lehrbuchs zur Psychosomatischen Medizin sein von ihm und W. Wesiak verfasstes Einleitungskapitel (39) und sein Schlusskapitel (61) mit der Begründung einer neuen Gewichtung von Theorie und Praxis unter Verweis auf ein Statement von Lewis »our allegiance is to our patients – not to our models« gestrichen wurden (62), dann fragt man sich, ob die Herausgeber der 8. Auflage des ›Uexküll Psychosomatische Medizin‹ Thure von Uexkülls Denkweg kennen, sich seinem Anliegen (1,6,16,39) verpflichtet fühlen und es fortschreiben wollen (63). Thure von Uexküll hätte den ersten Teil des o.a. Statements voll und ganz unterstrichen, dem zweiten Teil aber nie und nimmer zugestimmt, er hätte »not to our models« durch »by means of our models« ersetzt.

3.12 Ärztliche Praxis als Integration der Peirce'schen Ebenen *Firstness, Secondness und Thirdness*

Fokussiert man auf die Medizin als praktische Wissenschaft (64,65) wird verständlich, dass die gängige Erkenntnistheorie für die ärztliche Situation wenig hilfreich ist. Der naturwissenschaftlichen Erkenntnis geht es um gesetzmäßige Zusammenhänge zwischen Dingen, bei der ärztlichen Diagnose handelt es sich um eine Einzelaussage zu einem bestimmten Patienten in einer bestimmten Situation (64). Sie erfordert ärztliche Urteilskraft, eine Tugend, die nötig ist, um die Kluft zwischen probabilistischem Wissen einer evidenzbasierten Medizin und dem konkreten ärztlichen Handeln in einer bestimmten Situation zu überwinden. Die praktische Fähigkeit der ärztlichen Urteilskraft, Aristoteles ›*Phronesis*‹, muss man an Einzelfällen trainieren, so wie man das Spielen eines Musikinstruments immer wieder üben muss, bevor es ›*einverleibt*‹ ist und ›blind‹, d.h. unreflektiert und unbewusst, beherrscht wird.

Das Training der ärztlichen Wahrnehmungsfähigkeit und Urteilskraft in Balint-Gruppen oder mittels ›*reflektierter Kasuistik*‹ (37) ist gelebte und gleichzeitig reflektierte *Firstness* (siehe Kapitel 8). Symptome als Indizien für Krankheiten zu sehen und Diagnostik als ›*Spurenlesen*‹ zu betreiben, ist Denken in Kausalketten und praktizierte *Secondness*. Ein Symptom gegebenenfalls auch als Symbol zu sehen, gehört zur psychosomatischen Herangehensweise an eine Interpretation von organmedizinisch unklaren Symptomen, gehört zur Peirce'schen Ebene der

Thirdness, der Symbolik. Um Adäquatheit und Inadäquatheit von gedanklichen Modellen (1a), Realitätsnähe und Realitätsferne von Interpretationskonstrukten, Brauchbarkeit oder Nutzlosigkeit historisch gewachsener nosologischer Krankheitsbegriffe (64,65) und eine Ethik ärztlicher Verantwortung (6,61) geht es auch in einer Theorie der Medizin als selbstreflektierende *Thirdness*. Integration in *Integrierte Medizin* bedeutet, alle Ebenen zusammen zu sehen und weiter zu denken – und sei es auf noch so unvollkommene Weise.

Literatur

- 1 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953. a) S. 43; b) S. 61; c) S. 246; d) S. 247; e) S. 248.
- 2 von Uexküll Th. Was ist und was will ›Integrierte Psychosomatische Medizin? In: von Uexküll Th (Hg.) Integrierte Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag, 1986: 17-34 (Zitat Seite 18).
- 3 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 3-22. a) S. 4; b) S. 17; c) S. 22.
- 4 Hontschik B, Bertram W, Geigges W. Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der Integrierten Medizin. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2013.
- 5 Leiß O. Plädoyer für eine Weiterentwicklung medizintheoretischer und philosophischer Grundlagen der Integrierten Medizin. AIM telegramm Nr 20, September 2013, S. 28-32. <https://uexkuell-akademie.de/plaedoyer-fuer-eine-weiterentwicklung-medizintheoretischer-und-philosophischer-grundlagen-der-integrierten-medizin/>
- 6 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 3. Aufl. 1998. a) S. 3; b) S. 131; c) S. 84; d) S. 225; e) S. 415.
- 7 von Bertalanffy L. General System Theory – Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing 2015.
- 8 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
- 9 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiat 1980; 137: 535-544.
- 10 Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living. Boston: D. Reidel, 1979.

- 11 Maturana HR, Varela FJ. *The Tree of Knowledge*. Boston: New Science Library 1987. Deutsch: Maturana HR, Varela FJ. *Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen – die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*. Bern/München/Wien: Scherz Verlag, 1987.
- 12 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc. Publishers, 1987.
- 13 Thompson E. *Mind in Life. Biology, Phenomenology, and the Sciences of Mind*. Cambridge/London: The Belknap Press of Harvard University Press, 2007.
- 14 Deacon TW. *Incomplete Nature. How Mind Emerged from Matter*. New York/London: W.W. Norton & Company, 2012.
- 15 Otte R. *Thure von Uexküll – Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin*. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht; 2001.
- 16 von Uexküll Th. Was weiß die Medizin vom Menschen? In: Rössner H (Hg.). *Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 146-168. a) S. 154; b) S. 155ff; c) S. 156; d) S. 147; e) S. 148; f) S. 150; g) S. 160.
- 17 de Waal F. *Der Mensch, der Bonobo und die zehn Gebote*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2015.
- 18 Tomasello M. *Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2009.
- 19 Tomasello M. *Wy We Cooperate*. Cambridge (Mass.)/London: MIT Press, 2009. Deutsch: Tomasello M. *Warum wir kooperieren*. Berlin: Suhrkamp Verlag, edition unseld 36; 2010.
- 20 Tomasello M. *A Natural History of Human Thinking*. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press; 2014. Deutsch: Tomasello M. *Eine Naturgeschichte des menschlichen Denkens*. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2014.
- 21 Alexander F. *Psychosomatic Medicine. Its Principle and Application*. New York: W.W. Norton & Company; 1950 u. 1965. Deutsch: Alexander F. *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete*. Berlin/New York: de Gruyter; 1971.
- 22 Spiegel D (ed.). *Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*. Washington DC/London, England: American Psychiatric Press, Inc.; 1999.
- 23 Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992; 57 (1-2): 3-16. Nachdruck: Engel GL. Wie lange noch muß sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg; 5. Aufl. 1996: 3-11.
- 24 Engel GL. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 38(6): 521-528.

- 25 Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 1995. a) S. 63; b) S. 115.
- 26 von Foerster H. Bemerkungen zu einer Epistemologie des Lebendigen. In: von Foerster H. Sicht und Einsicht. Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie. Springer Fachmedien Wiesbaden 1985 (ursprünglich erschienen bei Friedr. Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH, Braunschweig 1985): 81-93.
- 27 von Foerster H. Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 876; 1993.
 - a) Über das Konstruieren von Wirklichkeiten. S. 25-49
 - b) Über selbst-organisierende Systeme und ihre Umwelten. S. 211-232
 - c) Verstehen verstehen. S. 282-298 (Zitat S. 284).
- 28 Fischer J. Plessner und die Pointe der Philosophischen Anthropologie. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Hellmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 291- 301. (Zitat S. 298)
- 29 Kriz J. Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2017.
- 30 von Uexküll J. Umwelt und Innenwelt der Tiere. Julius Springer, Berlin, 1921. Nachdruck: Forgotten Books, FB & c Ltd, Dalton House, London, 2015.
- 31 von Uexküll Th. (Hg.). von Uexküll J. Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften. Frankfurt a.M.: Propyläen/Ullstein Verlag, 1980.
- 32 Fischer J. Michael Tomasello und Hellmuth Plessner – Zwei Protagonisten der modernen Philosophischen Anthropologie. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Hellmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, 2016: 319- 341. a) S. 330; b) S. 340.
- 33 Plessner H. *Conditio humana*. Gesammelte Schriften VIII. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, 1983, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1631, 2003, 2. Aufl. 2015.
- 34 Suddendorf T. The gap – the science of what separates us from other animals. New York: Basis Books; 2013.
- 35 Eibl K. Kultur als Zwischenwelt. Eine evolutionsbiologische Perspektive. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. edition unseld 20; 2009.
- 36 Nagel T. Der Blick von nirgendwo. Berlin: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2035; 2012.
- 37 Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassman R (Hg.) Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2002, Kapitel 2, S. 23-33.

- 38 Ginsburg C. Spurensicherung. Die Wissenschaft auf der Suche nach sich selbst. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach; 1995.
- 39 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., München: Urban & Fischer, 2003: 3-42.
- 40 von Uexküll T. Von Psychosomatischer zu Integrierter Medizin. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.) Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens – Bausteine der Integrierten Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2013: 61-72 (Fußnote zu ›gewortete Welt‹ S. 65).
- 41 Peirce, C.S.: Semiotische Schriften. Band I – III. Herausgegeben und übersetzt von C.J.W. Kloesel und H. Pape. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
- 42 Peirce Edition Project (eds.): The Essential Peirce. Selected Philosophical Writings. Volume 2 (1893-1913). Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1998.
- 43 von Foerster H. Entdecken oder Erfinden. Wie lässt sich das Verstehen verstehen? In: Einführung in den Konstruktivismus. Serie Piper 1165. München/Zürich: Piper Verlag, 3. Aufl. 1997: 41-88.
- 44 von Glasersfeld E. Konstruktion der Wirklichkeit und des Begriffs der Objektivität. In: Einführung in den Konstruktivismus. Serie Piper 1165. München – Zürich: Piper Verlag, 3. Aufl. 1997: 9-39.
- 45 von Glasersfeld E. Radikaler Konstruktivismus. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1996.
- 46 Popper K. Auf der Suche nach einer besseren Welt. Vorträge und Aufsätze aus dreizig Jahren. Serie Piper 699. München/Zürich: Piper Verlag; 8. Aufl. 1995.
- 47 von Uexküll Th. The relationship between semiotics and mechanical models of explanation in the life sciences. *Semiotica* 1999; 127-1/4: 647-655.
- 48 von Uexküll Th. Biosemiose. In: Posner R, Robering K, Seboek TA (Hg.) Semiotik – ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur. De Gruyter Verlag, Berlin, 1997, S. 447-57. (Nachdruck in: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.). Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der Integrierten Medizin. Schattauer-Verlag, Stuttgart, 2013, Kapitel 5, S. 43-59.)
- 49 Hoffmeyer J. Molekularbiologie und Genetik in semiotischer Sicht. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hrsg). Uexküll Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., Urban & Fischer, München, 2003: 97-106.
- 50 Emmeche C, Kull K (eds.) Towards a semiotic biology. Life is the action of signs. Imperial College Press, London 2011.

- 51 Hartmann D, Janich P (Hg.). *Methodischer Kulturalismus. Zwischen Naturalismus und Postmoderne*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1272; 1996.
- 52 Janich P. *Kultur und Methode: Philosophie in einer wissenschaftlich geprägten Welt*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1773; 2006.
- 53 Janich P. *Naturwissenschaft vom Menschen versus Philosophie*. In: Janich, P. (Hg.): *Naturalismus und Menschenbild*. Hamburg: Felix Meiner Verlag; 2008: 30-51.
- 54 Geertz C. *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft 696; 1987.
- 55 Böhme, G. *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Sicht*. Kusterdingen: Die Graue Edition, SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH; 2003.
- 56 Böhme G. *Ethik leiblicher Existenz*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1880; 2008.
- 57 Fuchs T. *Leib – Raum – Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000.
- 58 Fuchs T. *Leib und Lebenswelt*. Kusterdingen: Die Graue Edition, SFG-Servicecenter Fachverlage GmbH, 2008.
- 59 Waldenfels, B.: *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1472; 2000.
- 60 von Uexküll Th. *Körper-Sein, Körper-Haben – der Hintergrund des Dualismus in der Medizin*. PPM 2001; 51: 128-133.
- 61 von Uexküll Th. *Psychosomatische Medizin ist Humanmedizin – Argumente im Spannungsfeld von Berufspolitik, Menschenbild und ärztlicher Verantwortung*. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. 6. Aufl., München: Urban & Fischer, 2003: 1339-1368.
- 62 Köhle K. ›Integrierte Medizin‹. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) *Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 8. Auflage. München: Elsevier; 2017, Kapitel 1, S. 3-22.
- 63 Leiß O. *Offener Brief an die Herausgeber der 8. Auflage des Uexküll Psychosomatische Medizin*. (24.1.2017) https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2017/01/Offener-Brief-an-die-Herausgeber_24.1.17.pdf
- 64 Wieland W. *Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie*. 1975. Nachdruck, Verlag Warendorf: Johannes G. Hoof; 2004.
- 65 Lanzerath D. *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*. Alber Praktische Philosophie, Band 66. Freiburg/München: Verlag Karl Alber; 2000.

Teil III: Menschenbild der Medizin – Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen

4 Was weiß die Medizin vom Menschen?

Biologische und philosophische Aspekte eines Bilds vom Menschen und Thure von Uexkülls Plädoyer für ein ärztliches Menschenbild (1986)

»Die Medizin muss, um arbeiten zu können, ein Menschenbild haben, anders ausgedrückt: ein Modell, das beschreibt, was der Arzt unter einem Gesunden und einem kranken Menschen zu verstehen hat, und von dem er Anweisungen ableiten kann, wie sich Krankheiten behandeln oder verhüten lassen. Dieses Menschenbild muss die Medizin ständig auf die Probe stellen und, wenn es sich nicht bewährt, verändern.«

Thure von Uexküll, 1986 (1a)

»146. [...] Wir machen uns das Bild etc.< und dies Bild hilft uns nun zum Beurteilen verschiedener Sachverhalte.«

Ludwig Wittgenstein (2a)

Welt- und Menschenbilder bestehen aus Erkenntnisfragmenten und Meinungen über Struktur und Sinn der Welt bzw. des Menschen. Mit Wittgenstein können wir sie als »Brillen« bezeichnen, durch die wir Ausschnitte der Welt oder den Menschen sehen und wahrnehmen. Das mit den bloßen Augen oder mit »bebrillten« (»bewaffneten«) Augen sinnlich Wahrgenommene wird denkend interpretiert und im Gehirn gespeichert. Welcher Art sind die gespeicherten Bilder? Handelt es sich um Bilder im eigentlichen Sinne, um Fotografie-artige Abbilder von Ausschnitten der Welt oder vom Menschen? Sind gesehene Bild und gespeichertes Abbild identisch? Ist das Abbild über Zeit und Raum hinweg konstant oder bleicht das Foto im Laufe der Zeit aus? Ist es retuschierbar?

Manche Welt- und Menschenbilder mögen zwar bildhafte, figurative Aspekte enthalten, aber sie sind nie vollständige und getreue Abbilder. Als Wahrnehmungsbilder, und erst recht als Vorstellungsbilder, umfassen sie immer nur eine selektive Auswahl an charakterisierenden Merkmalen ihrer Gegenstände. Weltbilder haben als ›Einbildungen‹ eine organisierende Kraft, Weltbilder enthalten unser Wissen über die Welt und unser Handeln in der Welt, sie sind sowohl komplexe Wissensstrukturen als auch Mittel des Verstehens (3,4). Weltbilder sind jedoch keine bloß kognitiven oder rationalen Erkenntnisstrukturen, sondern stets emotional besetzte Rekonstruktionen von Welt, die als solche positive oder negative Wertstrukturen darstellen. Weltbilder sind die Hintergrundannahmen derjenigen Kultur (2b,5), in die wir als Menschen hineingeboren werden und die wir meist unbewusst übernehmen. Von diesen Hintergrundannahmen emanzipieren wir uns nur selten und – wenn überhaupt – erst nach großen philosophischen Anstrengungen. Weltbilder sind kulturabhängig und zeitabhängig, sie haben eine Geschichte, entstehen, entwickeln und verändern sich sowohl in kulturhistorischer Perspektive als auch im ontogenetischen und individualgeschichtlichen Bildungsprozess.

Vor dem Hintergrund der Rede Thure von Uexkülls bei den Salzburger Humanismus-Gesprächen 1984 (1) sollen nachfolgend einige für die Medizin wichtige naturwissenschaftliche und philosophische Aspekte zu Menschenbildern dargestellt (6) und nach ihrer Bedeutung für die heutige Medizin gefragt werden.

4.1 Womit anfangen: Wesen des Menschen oder Daseinsweise?

Die Frage nach einem Bild oder einem Begriff zum Menschen hat in der Philosophiegeschichte eine lange Tradition. Nach Aristoteles ist das eigentlich Seiende *das Wesen, die Substanz* (7,8). Was sonst noch in gewisser Weise sein mag, hängt der Substanz bloß an und hat sein *Sein* nur in Abhängigkeit von der Substanz. Nach Aristoteles werden Prädikate, ohne die eine Substanz nicht sein kann, was sie ist, (d.h. Prädikate, die der Substanz wesentlich zukommen) *Attribute* genannt. Prädikate, die der Substanz nur gelegentlich zukommen, die also wechseln können, werden *Akzidenzien* genannt (8,9). Relative Prädikate, solche, die einer Substanz nur in Relation zu einer anderen Substanz zukommen, sind nach Aristoteles für das Wesen einer Sache nicht unerlässlich. Vater zu sein, bzw. Elternschaft allgemein, ist für das Sein eines Menschen nicht zwingend notwendig, es handelt sich bei relativen Prädikaten demnach nicht um *Attribute*, sondern um *Akzidenzien*. Die Aristoteles'schen substanzontologischen Voraussetzungen, die für unser kulturelles Selbstverständnis nach wie vor prägend sind, führen dazu, dass es für unser Menschsein nicht entscheidend ist, dass man in einer Beziehung zu einem anderen Menschen steht (9).

Die kulturelle Bedingtheit dieser Auffassung wird von anderen Kulturen nicht geteilt. In der japanischen Kultur werden – im Gegensatz zur europäischen Kultur – die zwischenmenschlichen Beziehungen als wesentlich für das Sein des Menschen angesehen (9). Das Problem, vor das die Aristoteles'sche Substanzphilosophie die europäische Ontologie stellte, hat Heidegger dadurch zu lösen versucht, dass er das *Sein* des Menschen nicht mehr mit Kategorien bestimmt, sondern durch *Existenzialien*, d.h. *mögliche Weisen, zu existieren*. Mit seinem Begriff des ›*Mitseins*‹ hat Heidegger ein Umdenken, einen Weg von der Ontologie hin zur Daseinsanalyse vollzogen (10). Die Möglichkeiten, die im ›*Mitsein*‹ gegeben sind, müssen vom Menschen ergriffen und sich zu eigen gemacht werden, um ›*eigentlich*‹, um existent zu sein. Das heißt, dass ein Mensch, der die Möglichkeit des ›*Mitseins*‹ nicht ergreift und realisiert, damit nicht gleich sein Menschsein verliert, sondern sich lediglich in einem defizienten, ›*uneigentlichen*‹ Modus befindet. Ein Eremit lebt zwar nicht in konkreten Beziehungen zu anderen Menschen, er verliert aber damit keineswegs sein Menschsein, sondern ist lediglich in einem Zustand der Defizienz, er lebt sein Dasein zwar unabhängig von anderen, aber doch in seiner Unabhängigkeit sich auf das Dasein der Anderen beziehend (9).

Neben den Versuchen, das Wesen des Menschen substanzontologisch mit Prädikaten und Attributen zu definieren oder es daseinsanalytisch über Existenzialien zu charakterisieren, gibt es auch den ethnologischen Ansatz, durch interkulturelle Untersuchungen, z.B. zur Interpretation von Mimik und Gestik, unterschiedliche Emotionen, *Universalien menschlichen Verhaltens in den verschiedensten Kulturen*, nachzuweisen (11,12).

4.2 Biologische Sichtweisen des Menschen

4.2.1 Die Menschen als die Sterblichen

In der griechischen Mythologie, der Geschichte der Götter, sind die Götter idealisierte Menschen, charakterisiert durch Schönheit, Leichtigkeit und überlegene Kraft (13a). Sie repräsentieren all das, was einzelne Menschen in glücklichen Momenten und besonderen Situationen sein können. Ebenso wie Menschen sind sie aber auch rachsüchtig, eifersüchtig und launisch. In einer prinzipiellen Hinsicht jedoch überragen die Götter die Menschen: sie sind unsterblich. Die Menschen als die Sterblichen (13a) werden zum leitenden Motiv für das frühe anthropologische Denken. Platons These von der Unsterblichkeit der Seele und Epikurs Gedanke, dass der Tod den Menschen nichts angeht, denn solange wir sind, ist der Tod nicht da, und wenn der Tod da ist, sind wir nicht da, stellen Versuche dar, die Sterblichkeit zu leugnen (13a).

4.2.2 Der Mensch als Mängelwesen

»Dass der Mensch den Tieren an Stärke und Sicherheit des Instinktes weit nachstehe« (13b) war für Johann Gottfried Herder (1744-1803) naturphilosophischer Ausgangspunkt seines von Spinoza und Leibniz ausgehenden Denkens, das sich zwar an der Aufklärung orientierte, sie jedoch zugleich kritisierte. Herder vertritt ein *Stufenkonzept*, bei dem die anorganische Materie, Pflanze, Tier und Mensch hierarchisch angeordnet sind (13b). Der Mensch wird als ›*Mittelgeschöpf*‹ angesehen, das dem Tier in seiner ganzen Form überlegen ist, insbesondere durch den aufrechten Gang und die Vergrößerung und Umbildung des Gehirns. Der Lebenskreis des Tieres ist eng begrenzt, aber innerhalb dieses Kreises verfügt es aufgrund seiner Instinkte über alles, was es zum Leben braucht. Der Mensch als nacktes, instinktloses Tier ist von den Zwängen der Instinkte befreit und kompensiert dies durch »Dispositionen seiner Kräfte«, Verstand, Vernunft, Besinnung, in einen »Vorzug der Freiheit« (13b).

Herder lehnt Kants Metaphysik ab, das Denken ist für ihn ein organisch bedingter Akt der Reflexion und nicht Leistung eines transzendentalen Subjekts. Herders bedeutende philosophische Schrift ›Über den Ursprung der Sprache‹ stellt eine erste Ausarbeitung seiner Anthropologie dar und ist charakterisiert durch den Kontrast, der sich aus den natürlichen Mängeln des Menschen einerseits und deren Kompensation durch die Sprache andererseits ergibt. In späteren Schriften konstatiert Herder zwar, dass der Mensch situationsabhängige und in ihrer Bedeutungsbreite eng umgrenzte Empfindungslaute mit dem Tier teilt, betont jedoch, dass die menschliche Sprache als eine eigene Erfindung des Menschen zu deuten ist und dass menschliches Denken und Sprechen auf Dialog angelegt sind (13b).

Arnold Gehlen (1904-1976) sieht den Menschen von Natur aus als ›*Mängelwesen*‹ (14,15). Die natürlichen Mängel des Menschen bestehen aus *Unangepasstheiten* (z.B. das fehlende Haarkleid, d.h. fehlender Witterungsschutz), *Unspezialisiertheiten* (z.B. die menschliche Hand, die für keine genaue Verwendungsweise angelegt ist, oder die Unbestimmtheit der Struktur des Gebisses, weder Pflanzenfresser-, noch Fleischfressergebiss) und *Primitivismen* (z.B. die außergewöhnlich lange Kindheit und die mit ihr verbundene Hilflosigkeit). Die Sonderstellung des Menschen beruht auf seinem »lebensgefährlichem Mangel an echten Instinkten« (13b,14,15). Sie führt dazu, dass dem Menschen eingeschlifene Muster von Reiz und Reaktion, von Schnelligkeit und Sicherheit fehlen, mit denen andere Lebewesen auf arttypische Umweltreize reagieren, so Gefahren begegnen und ihr Überleben sichern. Im Unterschied zum Tier hat der Mensch keine spezifische Umwelt, er ist nicht umweltgebunden, sondern ›*weltoffen*‹ (13b,14,15). Im Gegensatz zu Scheler und Heidegger, die in der Weltoffenheit etwas Positives sehen, ist die Weltoffenheit für Gehlen grundsätzlich eine Belastung, eine ›*untierische Reizüberflutung*‹, eine unzumutbare Fülle einströmender Eindrücke, die der Mensch irgendwie bewältigen müsse.

Aufgrund seiner natürlichen Mängel einerseits und der Reizüberflutung andererseits sei der Mensch für den Überlebenskampf schlecht gerüstet. Zur Umarbeitung der Mängelbedingungen seiner Existenz in Chancen seiner Lebensfristung dienen ihm Kultur und Technik. Für Gehlen ermöglichen instrumentelle, technische Handlungen eine Kompensation der natürlichen Mängel mittels Organersatz, Organentlastung und Organüberbietung (16). Sie erlauben ein habitualisiertes Verhalten, das – kritikfest und einwandsimmun gegen Interventionen des Bewusstseins – ein Handeln gewährleistet, das hinsichtlich Sicherheit und Schnelligkeit dem instinktiven Verhalten der Tiere gleichkomme.

Im Gegensatz zu Herder versteht Gehlen die Sprache im Kontext der Technik als ein Mittel der Verständigung für das Mängelwesen Mensch, um sich durch Kooperation in einer feindlichen Umwelt zu behaupten, als eine ›Zwischenwelt‹, die zwischen Bewusstsein und der Welt liegt. Die Sprache erfüllt nach Gehlen ihre wesentliche Funktion der Entlastung dadurch, dass sie Kommunikation und Kooperation erleichtert, den Menschen von der unmittelbaren Gegenwart der Dinge befreit und sie gleichwohl seiner gedanklichen Verfügung zugänglich macht (14,15).

4.2.3 Evolutionsgeschichtliche Besonderheit: der Mensch als Frühgeburt

Für Adolf Portmann (1897-1982) ist die Evolutionstheorie der Rahmen seiner eigenen zoologischen Forschungen. In Ergänzung zu Darwin betont Portmann die Bedeutung von Mutationen. Die Ergebnisse der Populationsgenetik haben Darwins Ansatz verändert. In der erweiterten Theorie der Evolution (Neodarwinismus) sind Selektion und Mutation die entscheidenden Mechanismen der Evolution zur Differenzierung und Erhaltung der Arten. Portmann kritisiert am Neodarwinismus, dass jede Auslese nur bereits Vorhandenes bzw. zumindest in Anfängen Vorhandenes betreffen kann, d.h. es wird die Existenz eines Merkmals vorausgesetzt, das erst den späteren Selektionswert ausmachen soll. Portmann führt das ›Gestaltphänomen‹ ein, d.h. eine ganz eigenständige, zweckfreie Hervorbringung von Gestalten (Farbmuster, Gehörne, Geweihe oder auch Gesänge) als weiteren, in der Evolution wirkenden Faktor. Mit der Betonung von ästhetischen und morphologischen Aspekten von Lebewesen steht Portmann in der Tradition der Naturforschung von Goethe und Alexander von Humboldt und erweitert seinen naturwissenschaftlichen Ansatz zu einem umfassenden Verständnis der Natur (›Naturkunde‹) (13c).

Beim Vergleich der Entwicklungsgeschichte des Menschen mit der Ontogenese höherer Säugetiere weist Portmann auf bedeutsame Unterschiede hin und betont, dass der neugeborene Mensch weder in der Bewegungsart noch in der Körperhaltung oder in seiner Kommunikationsweise den artgemäßen Typus der Reifeform erreicht hat. Statt bis zur betreffenden Ausbildungsstufe im Mutterschoß heranzureifen, »wird das kleine Menschenwesen auf einer viel zu frühen Stufe bereits aus dem Mutterleibe entlassen und ›zur Welt gebracht«, d.h. er ist eine ›physiologische

Frühgeburt (13c,17,18). Die Zeit, die der Mensch – als echtes Säugetier aufgefasst – noch im Mutterleib verbringen müsste, entspricht etwa dem ersten Lebensjahr nach der Geburt. Portmann hat diese Zeit die ›*extra-uterine Frühzeit*‹ genannt. In der Vogelwelt werden Vögel, die nicht sofort nach der Geburt flügge sind, sondern eine längere Zeit im Nest bleiben müssen (wie z.B. Singvögel und Spechte), als Nesthocker bezeichnet. Der paradoxe Sachverhalt, dass der menschliche Säugling zwar eindeutig den höheren Säugetieren zuzurechnen ist (lange Schwangerschaft der Mutter, geringe Zahl der Nachkommen), jedoch in seiner Hilflosigkeit Merkmale von Nesthockern aufweist, veranlasste Portmann dazu, beim Menschen von einem ›*sekundären Nesthocker*‹ zu sprechen (17,18).

Portmann unterstreicht das Ineinander von Anlage und Umwelt, von Natur und Kultur in der Entwicklung des Menschen und weist auf drei entscheidende menschliche Kompetenzen hin: den aufrechten Gang, die Sprache und – mit ihr verbunden – das einsichtige Handeln. Ohne menschliche Mithilfe entwickelt kein Mensch den aufrechten Gang. Wie beim Laufenerwerb lässt sich auch beim Spracherwerb eine typische Entwicklung feststellen. Ausgehend von Schreien, Brummen und Quieken erweitern sich diese Lautäußerungen in den ersten sechs Monaten zu einer Phase des Lallens. Mit zehn Monaten werden Worte aus der Umgebung nachgeahmt. Über Nachahmung, Zeigegesten und die so zugewiesene Bedeutung lernen Kinder im Laufe des zweiten und dritten Lebensjahrs den ›*beherrschten Ausdruck*‹, der nach Portmann das Wesen der menschlichen Sprache ausmacht. Auch das einsichtige Handeln entwickelt sich in Stufen, ausgehend von instinktiven Reflexen über erlernte Nachahmungen analoger Situationen bis hin zu einer Stufe, in der Einsicht und Verstehen von Sinnzusammenhängen zu charakteristischen Elementen unseres Verhaltens werden. Während das Handeln auch bei höheren Tieren erblich festgelegt ist, ist beim Menschen die Weltbeziehung weitgehend offen und der Entscheidung freigestellt.

4.3 Philosophische Sichtweisen des Menschen

Die biologische Sicht des Menschen als Mängelwesen geht schon bei Herder, vor allem jedoch bei Gehlen in eine Sicht über, die soziale Errungenschaften wie die Entwicklung der Sprache (bei Herder) und die Entwicklung der Technik und der Institutionen (bei Gehlen) als Kompensationsmechanismen für die naturgegebenen Mängel des Menschen interpretieren (13b,14,15). Ein markantes Datum der deutschsprachigen philosophischen Anthropologie stellt das Jahr 1928 dar. Damals erschienen sowohl Max Schelers ›*Die Stellung des Menschen im Kosmos*‹ (19) als auch Helmuth Plessners ›*Die Stufen des Organischen und der Mensch*‹ (20).

4.3.1 Schelers Stufenleiter des Seins mit vier Wesensstufen und der Sonderstellung des Menschen

Max Scheler (1874-1928) hat zusätzlich zum Studium der Medizin später auch Philosophie und Soziologie bei Wilhelm Dilthey studiert und sich nach einer Begegnung mit Edmund Husserl der Phänomenologie zugewandt. Scheler bemängelt, dass es drei unterschiedliche anthropologische Gedankenkreise gebe: Die jüdisch-christliche Tradition betrachte den Menschen als Schöpfung Gottes, die griechisch-antike Philosophie definiere ihn im Kontext einer dem Kosmos zugrunde liegenden Vernunft, an der auch der Mensch teilhabe. Die moderne Naturwissenschaft sehe mit Darwins Evolutionstheorie den Menschen als spätes Ergebnis einer langen biologischen Entwicklung. Scheler versucht, in seiner eigenen Philosophie eine Synthese dieser drei Gedankenkreise zu entwickeln und die Anthropologie zu einer Grundlagenwissenschaft der Philosophie zu machen. Um die Frage nach der Stellung des Menschen im Sein zu beantworten gliedert Scheler das Sein in vier Wesensstufen:

- 1) das anorganische Sein,
- 2) die Stufe der Pflanze,
- 3) die Stufe des Tieres und
- 4) die des Menschen (13d).

Scheler lehnt Darwins These von einem nur graduellen Unterschied von Mensch und Tier ab und postuliert eine prinzipielle Sonderstellung des Menschen. Das spezifische anthropologische Kriterium, das über die vier bei Tieren vorkommenden psychischen Kräfte, den Gefühlsdrang, den Instinkt, das gewohnheitsmäßige Verhalten und die praktische Intelligenz hinausgeht, sieht Scheler im Geist. Allein der Mensch sei ›als geistiges Wesen‹ in unbegrenztem Maße ›weltoffen‹, im Akt der Reflexion entstehe Selbstbewusstsein, als Person sei er »ein stetig selbst sich vollziehendes [...] Ordnungsgefüge von Akten« (13d,19).

4.3.2 Exzentrische Positionalität

Helmuth Plessners (1892-1985) breit gefächerte anthropologische Schriften (20-24) sind weder einer bestimmten Fachdisziplin, noch einer bestimmten Denkströmung eindeutig zuzuordnen, seine Problemerkörterungen sind interdisziplinär, sein naturphilosophischer Ansatz ist mit soziologischen und philosophischen Aspekten kombiniert. Sein Buch ›Die Stufen des Organischen und der Mensch‹ (20) stellt sein anthropologisches Hauptwerk dar. Um die Wirklichkeit des Menschen in seiner Totalität zu erfassen, reduziert er den Menschen weder auf einen Gegenstand naturwissenschaftlicher Forschung, noch interpretiert er ihn nur als

denkendes Subjekt. Er will den Menschen als Lebewesen auf dem Hintergrund des Lebens insgesamt erforschen, in seiner Philosophie des lebendigen Daseins und seiner natürlichen Horizonte sieht er den Menschen als ›*personale Lebenseinheit*‹.

Die Kennzeichen des Lebens sieht Plessner in großer Nähe zu Aristoteles (13d). Aus dem Verhältnis unbelebter Körper zu belebten entwickelt Plessner ein Ensemble von Begriffen, die für seine Anthropologie leitend sind: ›*Doppelaspektivität*‹, ›*Positionalität*‹, ›*Systemcharakter*‹, ›*Organisiertheit*‹ und ›*Selbstregulierbarkeit*‹. Bei Lebewesen handelt es sich um ›*Körperdinge*‹, die wie die anorganischen Körper physikalisch beschreibbar sind, zugleich aber durch ihre Lebendigkeit dem *Körperding* einen neuen Aspekt hinzufügen. *Doppelaspektivität* bedeutet: Lebewesen sind Körper im physikalischen und biologischen Sinne, sie haben ein bestimmtes Verhältnis zu Raum und Zeit, sind ›*raumhaft*‹ und ›*zeithaft*‹ und realisieren eine ›*immanente Teleologie*‹. Ihre Entwicklung ist also von vorneherein in ihnen angelegt. Die Voraussetzung für den zweiten Plessner'schen Aspekt, die *Positionalität*, ist, dass Lebewesen Grenzen bilden, durch die sie sich von der Umwelt sowohl abgrenzen wie in Beziehung setzen und damit eine *Außen-Innen-Beziehung* herstellen. Weitere Merkmale sind Systemcharakter und Organisiertheit, die sich gewissermaßen als Konsequenz aus der *Außen-Innen-Beziehung* ergeben, und die Selbstregulation, die Fähigkeit eines Lebewesens, auf Einwirkungen der Umwelt in einer der Selbsterhaltung dienlichen Weise zu reagieren. Infolge der Ausblendung des letzteren Aspekts unterschätzt Darwins Evolutionstheorie die in den Lebewesen selbst enthaltenen Möglichkeiten. Beim evolutionsgeschichtlichen Übergang von Einzellern zur Mehrzelligkeit sieht Plessner einen Zwang zur Differenzierung in die ›*offene Form*‹ der Pflanze bzw. die ›*geschlossene Form*‹ des Tieres.

Mit dem Tier ist eine neue Stufe des Lebens erreicht, es hat bei seinen Reaktionen auf Umweltreize die Möglichkeit der Wahl, es kann als selbstständiger Organismus den eigenen Körper zum Medium seiner »Merkwelt und Wirkwelt« (Jakob von Uexküll) machen. »Das Tier lebt aus seiner Mitte heraus, aber es lebt nicht als Mitte. Das Zentrum seiner Existenz bleibt ihm selbst verborgen. Erst dem Menschen ist die Zentralität seiner Existenz bewusst geworden. [...] Der Mensch ist ein Ich, ein Zuschauer seiner selbst, er ist Subjekt, er ist fähig zu Akten der Reflexion und er ist bestimmt durch Selbstbewusstsein«. »Indem er im Akt der Reflexion eine exzentrische Position einnimmt, steht der Mensch nicht mehr im Hier-Jetzt, sondern hinter ihm, hinter sich selbst, ortlos, im Nichts« (13d, 25). Genau genommen, hat der Mensch eine dreifache Position: zum einen »die Position eines lebendigen Körpers, als zentrisch organisiertes Lebewesen hat er zum anderen eine Position in der Mitte seines Körpers und als exzentrisches Lebewesen hat er schließlich eine Position, die es ihm ermöglicht, auf beide zu blicken« (13d). Plessners Begriff der exzentrischen Positionalität steht im Zentrum seiner Anthropologie (25). »Durch die exzentrische Positionsform seiner selbst ist dem Menschen die Realität der Mitwelt gewährleistet«, kraft der Struktur der eigenen Daseinsweise kann

sich der Mensch zum Gegenstand seiner Reflexion machen und zugleich in der anderen Person ein ›alter ego‹ anerkennen. Mit dem Begriff der ›exzentrischen Positionalität‹ versucht Plessner, eine Verbindung zwischen ontologischem Realismus und transzendentalen Idealismus herzustellen (25).

4.3.3 Das Natur-Sein des Menschen: der Leib

Das anthropologisch-phänomenologische Denken zum Natursein des Menschen hat in der zeitgenössischen Philosophie der letzten Jahrzehnte eine Renaissance erlebt (26,27). Insbesondere in den phänomenologischen Arbeiten von Maurice Merleau-Ponty (28-30), Hermann Schmitz (31-34), Gernot Böhme (9,35,36), Thomas Fuchs (37-39) und Bernhard Waldenfels (40) ist der Unterschied zwischen Körper und Leib thematisiert und die Priorität des Leibes vor dem Körper herausgearbeitet worden.

Einen wesentlichen Aspekt für die begriffliche Unterscheidung von Leib und Körper hat Gernot Boehme herausgestellt: Die Differenz von Selbsterfahrung und Fremderfahrung (35a). Der Begriff Leib bezeichnet »den Gegenstand, den wir als unseren Körper kennen, insofern er uns in Selbsterfahrung gegeben ist«, während der Begriff Körper »jenen Gegenstand bezeichnet, den wir lebensweltlich als unseren Körper kennen, jedoch in der Perspektive der Fremderfahrung, d.h. wie er dem ärztlichen Blick erscheint, wie er naturwissenschaftlich erforscht wird und wie er durch Eingriffe von außen manipulierbar wird« (35a). »Der Leib ist die Natur, die wir selbst sind« (35b), der Leib ist die Natur in uns, ist das Medium unserer Existenz, unserer Wahrnehmungen und Handlungen. Die Dialektik von ›Leib-Sein‹ und ›Körper-Haben‹ beruht nach Waldenfels auf unterschiedlichen Sichtweisen: »In der personalistischen Einstellung geht es um *jemanden*, in der naturalistischen Einstellung um *etwas*« (40b). Wird diese Doppelheit auf den Leib übertragen, so tritt der Leib auf zweifache Weise auf: in der personalistischen Einstellung als fungierender Leib und als Medium, in der naturalistischen Einstellung als *Körperding*. Als fungierender Leib leistet er etwas, spielt eine Rolle, ist die Bedingung für etwas. In der naturalistischen Einstellung ist der Leib etwas, das in der Welt vorkommt wie ein Ding, ein »Ding besonderer Art«, ein *Körperding*.

Aus Descartes ›Meditationes‹ und Husserls ›Ideen II‹ hat Bernhard Waldenfels vier verschiedene Merkmale extrahiert, die den Leib charakterisieren (40d). Das erste Merkmal ist die Permanenz, der Leib ist immer da, man kann ihn nicht ablegen wie ein Hemd oder stehen lassen wie einen Schirm. Darüber hinaus ist mir der Leib immer in einem bestimmten Blickwinkel gegeben. Ich kann mir (ohne Hilfe eines Spiegels) nicht in die Augen sehen oder auf den Rücken schauen. Ein zweites Charakteristikum des Leibes ist seine Doppelempfindung, d.h. der Leib ist stets von sich aus auf sich selbst zurück bezogen. Meine getastete linke Hand spürt, dass die rechte Hand sie abtastet. Das dritte Merkmal des Leibes als »Ding besonderer

Art« ist die Affektivität. Den Schmerz – als Prototyp eines Affekts – sucht man sich nicht aus, der Schmerz macht sich selbst bemerkbar. Kein normales Ding hat Lust oder Schmerz. Der vierte Aspekt, die kinästhetische Empfindung, die Bewegungsempfindung, ist ein *sich* bewegen und ein *›sich-im-Raum-bewegen-können‹*. Es wird von *Jemandem* her gedacht, der seinen Ort wechselt, und nicht von Etwas her, das sich an wechselnden Stellen im Raum befindet. Der Leib wird *unmittelbar* bewegt, ohne dass sich ein Werkzeug vermittelnd zwischen *Ich* und Körper dazwischen schiebt (40d).

In der Auseinandersetzung mit dem Werk von Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) (28-30) hebt Waldenfels auf verschiedene Begriffe ab, die in der phänomenologischen Sichtweise für den Leib charakteristisch sind: seine Ambiguität (Zweideutigkeit, Mehrdeutigkeit), sein Selbstbezug, sein Selbstentzug und sein Fremdbezug (40e). Der Leib hat bei Merleau-Ponty (12-15) eine ontologisch fundamentale Stellung, er steht in einer »Kommunikation mit der Welt, die älter ist als alles Denken«, »ich kann weder denken noch wahrnehmen, ohne bereits in meinem Leib zu wohnen« (37c). Merleau-Ponty spricht von einem *›Zur-Welt-Sein‹* des Leibes (28), von einer extrovertierten Gerichtetheit des Leibes und seiner Tendenz, im Lebensvollzug aufzugehen und sich dabei unsichtbar zu machen.

Thomas Fuchs differenziert »zwischen a) dem unwillkürlich fungierenden, prä-reflexiv gelebten Leib, b) dem erlebten, gespürten, sicht- oder tastbarem Leib, c) dem in der Negativität (als Gegenstand, Hindernis u.a.) erscheinenden Körper, der mir als mein Körper bewusst und als Instrument verfügbar wird (körperlicher Leib) und d) dem reinen Körper der Anatomie oder Physiologie oder dem Organismus« (37d). Diese verschiedenen Stufen beschreiben eine zunehmende Bewusstwerdung, Distanzierung und zugleich Entfremdung der Leiberfahrung. Fuchs betont die *›Zentralität des Leibes‹* als Ausgangs- und Zielpunkt erfahrener Bewegungen und Wahrnehmungen. Der Leib als »Nullpunkt aller Orientierung« (37f), als »Medium des Ausdrucks, in Mimik, Stimme, Gestik, Haltung und Gang« (37g) ist der »Resonanzkörper für Atmosphären, die uns umgeben, für Stimmungen und Gefühle, die wir erleben« (37g). Der Leib ist ferner ein »einheitliches Sensorium, ein Ensemble von Empfindungen, die in einem Zusammenhang stehen« (37h). Der Leib ist Fuchs zufolge nicht gegenständlich im Raum, er bildet vielmehr selbst einen primären, absolut gegebenen Raum, der Leib ist ausgedehnte, raumerfüllende Subjektivität (37h). Der Leib ist darüber hinaus – wie Merleau-Ponty betont – inkarniertes Wissen und Können (37g). Der Leib ist das Organ, das Medium und der *›Resonanzkörper‹* unserer Teilnahme und Teilhabe an der Welt. Portmanns Sicht des Menschen als *›physiologische Frühgeburt‹* fortschreibend, sieht Fuchs das Gehirn als nachreifendes Organ, das, eingebettet in den Organismus, dessen vielfältige, vor allem sensomotorische Interaktionen mit der Umwelt vernetzt. Das Gehirn fungiert als Schaltzentrale des Organismus und leibliche Grundlage von Bewusstsein und Subjektivität (38).

4.3.4 Die psychosoziale Natur des Menschen: das System der Spiegelneurone

Einen wesentlichen Fortschritt in der Erforschung der psychosozialen Natur des Menschen stellt die Entdeckung des Systems der *Spiegelneurone* durch Rizzalotti und Gallese dar (41). Das *Spiegelneuronensystem* verknüpft die interpersonelle Wahrnehmung mit der Eigenbewegung (41-43). Es reagiert auf Bewegungen von lebendigen Artgenossen, vor allem auf ziel- bzw. objektgerichtete Bewegungen. Spiegelneurone werden aktiviert, wenn man eine beobachtete Bewegung nachahmt, aber auch, wenn man sich die Ausführung einer Bewegung vorstellt. Wahrscheinlich stellt das Spiegelneuronensystem die Grundlage für das Imitations- und Modelllernen dar, dem eine zentrale Rolle für die Kulturentwicklung zugeschrieben wird. Neuere Untersuchungen gehen von einem komplexen, über verschiedene Hirnregionen verteilten *Spiegelneuronensystem* aus, das neben der Funktion der Eigen- und Fremdwahrnehmung auch Gefühlsempfindungen integriert und so zur Grundlage der Empathie wird. Die Möglichkeit der Einfühlung, des ›*Sich-hineinversetzen-können*‹ (44), weist auf den eigenen Leib und sein ›*Fühlen-können*‹ zurück. Die Empathie, das ›*Fühlen-im-Anderen*‹, setzt einen empathischen, einen fühlenden Eigenleib voraus.

4.4 Medizinische Sichtweisen des Menschen

4.4.1 Die medizinhistorische Perspektive

In der Geschichte der Medizin findet sich zu allen Zeiten ein fundamentales Interesse an anthropologischen Leitbildern. Der Heidelberger Medizinhistoriker Heinrich Schipperges (1918-2003) hat dargestellt, dass und wie die Medizin in allen Epochen, von der Antike bis zur Neuzeit, immer auch eine Aspektlehre vom Menschen war. Zu invariablen Konstanten, zum Wandel der konzeptionellen Strukturierungen und zur Plastizität und Variationsbreite der anthropologischen Grundannahmen sei auf seine kenntnisreichen Bücher verwiesen (45,46). In der Antike wurde das Weltall als Kosmos, als Ordnung gesehen und der menschliche Körper als Nachahmung der großen Welt in den Rhythmus des Weltalls, mit seinem Wechsel der Jahreszeiten, dem Kreislauf der Elemente und der Reifung der Früchte und Lebensalter eingeordnet.

Bei Hippokrates waren Physiologie und Humoralpathologie Teil eines kosmologischen Strukturmusters, der Mensch wurde auf eine soziale Ordnung hin orientiert. Der Heilkunst wurden mit den Leitbildern einer guten Mischung und eines Mittelwegs harmonisierende Aufgaben zugewiesen. Die sechs zu kultivierenden Dinge (*sex res non naturales*), die sich auf Licht und Luft, Speis und Trank, Arbeit

und Ruhe, Schlaf und Wachen, Ausscheidungen und Absonderungen sowie auf die seelischen Affekte bezogen, waren bereits in den späten Schriften des Corpus hippocraticum auf ein Schema gebracht worden, um die verlorene Mitte, die rechte Mischung wiederzuerlangen und den Menschen wieder in eine kosmische Ordnung einzugliedern. Auch in der arabischen Heilkunde des 9. Jahrhunderts und im Mittelalter wurden die *res non naturales* rekapituliert und modifiziert, haben die Tradition über ein Jahrtausend beeinflusst und sind erst im 19. Jahrhundert zusammengebrochen. Zu anthropologischen Modellen bei Paracelsus, Descartes, La Mettrie und anderen sei auf weiterführende Literatur verwiesen (45,46).

4.4.2 Ansätze zu einer medizinischen Anthropologie

Mit den Erfolgen der Naturwissenschaften und dem Niedergang idealistischer und materialistischer Menschenbilder (13e) hatte sich im Ausgang des 19. Jahrhunderts ein immer stärker werdendes Unbehagen durchgesetzt und Raum für neue Konzeptionen geschaffen. Ausdruck dafür sind die Lebensphilosophie (nach Nietzsche oder Dilthey), die Tiefenpsychologie (nach Freud, Adler und Jung), die philosophische Anthropologie (nach Scheler und Plessner) und die Existenzphilosophie (nach Heidegger und Jaspers). Ansätze zu einer medizinischen Anthropologie finden sich bereits bei Rudolf Krehl (1861-1937), aber erst bei Viktor von Weizsäcker (1886-1957) werden ›Grundfragen medizinischer Anthropologie‹ (47) und eine Philosophie des ›*Pathischen*‹ (48-50) thematisiert.

4.4.3 Thure von Uexküll: Was weiß die Medizin vom Menschen?

Thure von Uexküll hat in seinen Publikationen ›Das Menschenbild in der heutigen Medizin‹ (51), ›Der Mensch und die Natur. Grundzüge einer Naturphilosophie‹ (52), beide aus dem Jahre 1953, seinen wissenschaftstheoretischen Publikationen aus dem Jahr 1986 (1,53) und seiner zusammen mit W. Wesiak verfassten ›Theorie der Humanmedizin‹ (54) eine medizinische Anthropologie vorgelegt, die den Dualismus zwischen Körper und Seele mit einer neuen Betrachtungsweise überwinden will. Seine Vorstellungen könnten zwar in der Lage sein, frühere Ansätze einer medizinischen Anthropologie auf eine höhere Stufe zu heben, werden de facto jedoch nicht breit diskutiert und wurden in der neuen Auflage seines Lehrbuchs zur psychosomatischen Medizin gestrichen (siehe Kapitel 3) (55).

Seine Argumentationslinie und die Darstellung seiner Grundsätze kommen besonders klar in seinem Referat ›Was weiß die Medizin vom Menschen?‹ bei den Salzburger Humanismus-Gesprächen 1984 zum Ausdruck (1). Er geht von der merkwürdigen Tatsache aus, dass die Medizin sich als anthropologische Wissenschaft selbst disqualifiziert: sie hat nicht ein einheitliches Menschenbild, sondern zwei sich gegenseitig ausschließende Menschenbilder (1a), eines für den Körper

und eines für die Seele (1a). Man mache es sich zu leicht, diesen Dualismus einseitig Descartes und seiner Unterscheidung zwischen »*res extensa*« und »*res cogitans*« anzulasten. Der Dualismus sei auch von Ärzten verschuldet, die die Erklärung für Krankheitssymptome in anatomischen Strukturen von Leichen suchten, nicht aber in veränderten Lebenssituationen und Lebensfunktionen. Die »Kluft liege daher gar nicht zwischen Seele und Körper, sondern zwischen Ärzten auf der einen Seite, die kranke Menschen und deren Lebensfunktionen untersuchen und behandeln, und Medizinern auf der anderen, die Leichen auf den Tischen der Pathologie sezieren und die dort erhobenen Befunde auf Lebende übertragen« (1b).

Ohne auf die Geschichte des Dualismus von Leib und Seele im Detail einzugehen, merkt von Uexküll mit Recht an, dass der Pathologe bei Sektionen nur bei einem Teil der Verstorbenen gestörte Strukturen in den Organen findet. In vielen Fällen sind jedoch keine Strukturveränderungen zu finden, die den Tod erklären könnten. Ärzte, die von La Mettries (1709-1751) Maschinenmodell des Menschen (56) »nicht geblendet waren« und schon immer darauf aufmerksam machten, »dass Maschinen keine Gefühle haben«, »warnten vor der gefährlichen Einseitigkeit und Verkürzung der Probleme des Kranken, wenn man die Bedeutung des emotionalen Erlebens für Gesundheit und Krankheit ignoriert« (1c). Von Uexküls klinischer Lehrer an der Charite in Berlin, der Internist Gustav von Bergmann, hat in seiner »Funktionellen Pathologie« (1932) betont, »dass am Anfang der Krankheit nicht die lädierte Struktur steht«, »sondern die gestörte Funktion, die früher oder später zu einem Strukturschaden führen kann, aber nicht muss« (1d). Victor von Weizsäcker hat diese Sicht aufgegriffen und ist noch einen Schritt weitergegangen: »Wenn am Anfang der Krankheit die Funktionsstörung steht, was steht dann am Anfang dieser Störung?« Er gab die Antwort: »Die Person des Kranken mit ihren psychischen und sozialen Konflikten« (1d). Als Konsequenz dieser These forderte er »die Einführung des Menschen als Subjekt in die Medizin« (1d). Dem Versuch Viktor von Weizsäckers, die Psychoanalyse auch in die Organmedizin einzuführen, um eine medizinische Anthropologie, eine allgemeine Lehre vom Menschen als Grundwissenschaft der Heilkunde voranzutreiben, stand Thure von Uexküll kritisch gegenüber, da er dies nicht als Möglichkeit ansah, den Dualismus von einer Medizin für den Körper und einer Medizin für die Seele zu überwinden.

Von Uexküll ist einen anderen Weg gegangen, um die Einführung des Subjekts in die Biologie und in die Medizin möglich zu machen, nämlich die Einbeziehung der allgemeinen Systemtheorie in Biologie und Medizin (52). Von Uexküll schreibt: »Der entscheidende Punkt ist die Tatsache, dass die Systemtheorie mit der Vorstellung einer kontinuierlichen Reihe vom Atom bis zum Menschen gebrochen hat. Nach ihr ist der Glaube in die Rückführbarkeit aller Erscheinungen auf physikalische Gesetze in dieser Form nicht mehr aufrechtzuerhalten« (1e).

»Mit den Begriffen ›Integration‹ und ›Ebene‹ oder ›Stufe‹ hat die Systemtheorie eine Tatsache in unser Gesichtsfeld gerückt, die man bisher nicht zur Kenntnis genommen hatte: die Tatsache, dass ein Ganzes mehr ist als die Summe seiner Teile. Anders formuliert heißt das, dass mit der Bildung eines Systems Eigenschaften auftreten, die auf der Stufe der Teile oder Subsysteme noch nicht existieren« (1e), ein Vorgang, den man als ›Emergenz‹ bezeichnet. Uexküll betont, »dass lebende Systeme alle Einwirkungen in Zeichen verwandeln, die sie nach einem eigenen Kode beantworten« (1f) und dass jedes zur internen Kommunikation verwendete Zeichensystem eines Subsystems an der Grenze zum Übergang in ein höheres System in ein anderes Zeichensystem »übersetzt« werden muss. »Auf der Ebene des Organismus wird die Informationsübertragung zwischen Geweben und Organen von Hormonen, Immunprozessen und Nervenaktionsströmen übernommen. Auf der nächsthöheren Ebene vermitteln psychische Zeichen [...] die Informationsübertragung zwischen dem Organismus und Vorgängen seiner Umwelt« (1f).

Im reduktionistischen Glauben, dass sich die Sprachen aller Wissenschaften auf die Physik reduzieren lassen, hatte man das Problem, wie man sich die Verbindung zwischen den verschiedenen Stufen eines hierarchisch gegliederten Systems vorstellen soll, überhaupt nicht gesehen. Insofern erfordert die Tatsache, »dass die Systemtheorie ein anderes Interpretationsmodell für den Körper anbietet als das der Maschine« (1g) eine »Neuinterpretation des ›naturwissenschaftlichen Bestandes‹ der Medizin« (1g). Jakob von Uexküll hatte bereits Anfang des 20. Jahrhunderts eine neue Sichtweise in die Biologie eingeführt, nämlich Suprasysteme, »die aus [einem] Tierorganismus – als primär aktivem Subsystem – und einer subjektiven Umwelt bestehen, welche das Tier mit Hilfe seiner Sinnesorgane aus Objekten seiner Umgebung aufbaut...« (1h). Das väterliche Modell der Interaktion zwischen tierischem Organismus und seiner Umwelt, den Funktionskreis (57,58), hat Thure von Uexküll zum Situationskreis des Menschen modifiziert und als Basis für ein neues Menschenbild in seine Theorie der Humanmedizin übernommen (54).

Von Uexküll untermauert seine Kritik an der gegenwärtigen Medizin, dass sie noch eine Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts geblieben sei und noch immer glaube, ihre Aufgabe bestehe in der Enthüllung einer objektiven, von menschlichen Beobachtern unabhängigen Realität. Uexküll fordert, dass die Medizin der Tatsache Rechnung zu tragen habe, dass die Naturwissenschaft im 20. Jahrhundert ihre Voraussetzungen radikal geändert hat, dass die Quantenphysik gezeigt hat, dass der menschliche Beobachter Einfluss auf das beobachtete ›Objekt‹ habe und das Elektron mal als Teilchen, mal als Welle interpretiere, dass also die Naturwissenschaft keine von der menschlichen Beobachtung unabhängige Natur aufdecken kann. »Sie kann uns nur Bilder zeigen, die scharfsinnige Beobachter von einer Natur entworfen haben [...] und da in diesen Bildern immer die Fragestellung, die Zielsetzung und die Methode der Beobachter enthalten ist, gibt es im Grunde ebenso viele Bilder der Natur, wie es Naturbeobachter gibt. Diese können sich

höchstens über ihre Fragestellung, ihre Zielsetzung und Methode einigen. Dann bekommen sie ein intersubjektiv übereinstimmendes Bild, das sie gemeinsam für ihre Zielsetzung verbessern können. [...] Damit hat die Physik nicht nur eine wichtige Aussage über die Natur, sondern auch eine ebenso wichtige Aussage über die Natur des Menschen gemacht. Von ihr muss die Medizin ausgehen, wenn sie eine Wissenschaft vom Menschen werden und sich begründet Humanwissenschaft nennen will« (ti).

Neben und in Ergänzung zur Berücksichtigung der allgemeinen Systemtheorie ist Thure von Uexkülls Forderung nach einer Berücksichtigung der Heisenbergschen Unschärferelation in der Medizin (52) ein zweiter wesentlicher Aspekt seiner »Neuinterpretation des »naturwissenschaftlichen Bestandes« der Medizin« (1g). Beide, sowohl die systemtheoretische Sicht vom Suprasystem Mensch und dessen individueller Wirklichkeit (des kranken Menschen) als auch die Unschärfe zwischen biologischem Organismus einerseits und der Person des Kranken andererseits, könnten Möglichkeiten darstellen, den Menschen als Subjekt in die Heilkunde einzuführen. Hinzu kommt, dass auch dem Arzt als Beobachter kein von außerhalb der Lebenswelt kommender, objektiver Blick (Nagels »view from nowhere«) möglich ist, dass er nicht außerhalb des Systems steht, sondern immer auch Teilnehmer einer mehr oder weniger gemeinsamen Lebenswelt ist, oder – wie von Uexküll dies genannt hat – immer auch »teilnehmender Beobachter« ist (54) und sich damit als Subjekt auch selbst in die Heilkunde einführt.

4.5 Aspekte statt Bausteine, Skizze statt Grundriss – Anmerkungen zum Prozesscharakter einer medizinischen Anthropologie

Gehlen zieht aus seinem »Bild vom Menschen« (14) die Schlussfolgerung: »Diese hier im Grundriss angedeutete Anschauung vom Menschen bis in die Einzelheiten zu sichern, ist die Aufgabe einer empirischen, die Resultate mehrerer Einzelwissenschaften verarbeitenden Philosophie, und wir erhoffen von ihr ein Bild des Menschen, das es uns möglich macht, uns darin auch wiederzuerkennen« (14, Zitat S. 249). Portmann beklagt, dass bisher nur eine Vielzahl latenter Anthropologien am Werke seien und Viktor von Weizsäcker stellt fest, dass wir zur Beantwortung der Frage »Was ist der Mensch?« keinen integrierenden anthropologischen Ansatz haben. Carl Friedrich von Weizsäcker fasst in seinen »Beiträgen zur geschichtlichen Anthropologie« (59) das Dilemma der Anthropologie in dem Statement zusammen: »Ein herrschendes Paradigma einer umfassenden wissenschaftlichen Anthropologie hat es bisher nicht gegeben. Es hat zersplitterte Einzelwissenschaften mit anthropologischen Fragestellungen gegeben. Fragen wir überhaupt nach einer umfassenden Anthropologie, so philosophieren wir bereits« (60). Rössner fragt, ob sich vielleicht der »Gegenstand« der Anthropologie, der Mensch, einem umfas-

senden wissenschaftlichen Zugriff und Verständnis gegenüber sperrt (60). Er kritisiert, dass Gadamer in seiner Einleitung zu der von ihm mit herausgegebenen ›Neuen Anthropologie‹ schreibt: »...ein ›richtiges‹ Menschenbild, das sei vor allem ein durch Naturwissenschaft, Verhaltensforschung, Ethnologie wie durch die Vielfalt geschichtlicher Erfahrung ›entdogmatisiertes‹ Menschenbild« (61). Die Begriffe ›richtiges‹ oder ›falsches‹ Bild setzen normative Vorstellungen voraus, eine ›wissenschaftliche‹ Anthropologie müsse jedoch – wie Rössner betont – auf normative Ansprüche verzichten, wenn sie ›entdogmatisierend‹ wirken wolle und solle (60). Wissenschaftliche Anthropologien »stehen allemal vor der Schwierigkeit« – so sehe es Habermas –, »dass empirische Verallgemeinerungen von Verhaltensmerkmalen zu schwach, ontologische Aussagen über das Wesen des Menschen zu stark sind« (60). Ob die unaufhebbare Zwiespältigkeit menschlichen Wesens, die ›anthropologische Differenz‹, der Hiatus, wie schon Scheler und Plessner ausgeführt haben, dass der Mensch sowohl die Spitze der Wirbel-Säugetier-Reihe als auch etwas dem Begriff des Tieres scharf Entgegengesetztes ist, überhaupt von der (Natur-)Wissenschaft geklärt werden könne, darf bezweifelt werden (62-66). Thure von Uexkülls vor über einem halben Jahrhundert geäußerte naturphilosophische Gedanken zum Unterschied zwischen Tier und Mensch (52) und seine Sicht, dass der Mensch einerseits das komplexeste Subsystem in der Hierarchie biologischer Systeme und andererseits das basalste Subsystem in der Hierarchie psychologisch-sozialer Systeme ist (52,54), wurden 2013 von Thomas Suddendorf eindrucksvoll fortgeschrieben (67). Mittels Sprache auf jenseits der Sinneswelt und jenseits von zeitlicher Präsenz Liegendes verweisen zu können, die Fähigkeit, Gedanken und Gefühle anderer Artgenossen ›lesen‹ zu können und die Fähigkeit, abstrahieren und komplexe Verbindungen zu ›Weltbildern‹ konstruieren zu können, stellen unverändert fundamentale, nicht überwindbar erscheinende Unterschiede zwischen Mensch und höheren Menschenaffen dar (67).

Das Dilemma der Anthropologie besteht darin, dass der wissenschaftlich mit sich selbst befasste Mensch immer Subjekt und Objekt zugleich ist, dass alles wissenschaftliche Fragen nach dem Wesen des Menschen an ein vorwissenschaftliches Selbstverständnis des Menschen gebunden ist und dass die Subjekt-Objekt-Identität des Gegenstandes und des Beobachters eine erkenntnistheoretisch unmögliche Situation darstellt, die eine Lösung scheitern lässt (60). Deshalb gilt es, bescheiden zu sein, nicht von Bausteinen zu einer oder gar dem Grundriss einer Anthropologie zu reden, sondern allenfalls von Aspekten und Skizzen, von Voraussetzungen und Randbedingungen (68) oder Durchgangsstadien, die keinen Endgültigkeitsanspruch haben (6).

Kants Erkenntnis, »die physiologische Menschenkenntnis geht auf die Erforschung dessen, was die Natur aus dem Menschen macht, die pragmatische auf das, was er als frei handelndes Wesen aus sich selbst macht oder machen kann und soll«, trifft unverändert zu (60). Dank der Erkenntnisse der Wissenschaften hat un-

sere ›physiologische‹ Menschenkenntnis, unsere Kenntnis zu Werden und Sein des Menschen zugenommen. Objekt der Wissenschaft ist immer der abstrakte ganze Mensch, der Mensch im Allgemeinen. Bei der Frage, was der Mensch sein kann oder soll, beim schwierigen Versuch, Wege vom Sein zum Sollen zu finden, geht es jedoch nicht um ein abstraktes oder allgemeines Problem, das wissenschaftlich gelöst werden könnte (62-66). Es geht hier um eine ethische Frage, um die Frage, wie ich als individuelle Person in einer konkreten Situation einem konkreten Menschen gegenüber handeln soll (69-72). Darauf kann es keine allgemeine, auf vielfältige Situationen zutreffende, sondern immer nur eine individuelle und konkrete Antwort geben. Kants Entwurf einer ›Anthropologie in pragmatischer Hinsicht‹ ist bis heute ein unerfülltes, weithin vergessenes und nur von wenigen aufgegriffenes Projekt (9, 69-72) geblieben.

Thure von Uexküll zitiert Portmann: »Ausgesprochen oder verborgen sind die verschiedenen Menschenbilder am Werk, welche unser Tun und Lassen bestimmen« (1j). Um ein guter Arzt zu werden und zu sein (73,74), gilt es, sich der Janusköpfigkeit der Anthropologie, der physiologischen und pragmatischen Seite von Menschenbildern bewusst zu sein, beide zu reflektieren und in konkreten Situationen konkreten Kranken gegenüber handelnd zu integrieren (66,70). Thure von Uexküll betont, »..., dass ein Menschenbild für die Medizin Orientierungsfunktion hat. Es gibt Auskunft über die Verfahren, nach denen Ärzte mit Kranken umgehen, und über die Ziele, die sie dabei verfolgen« (1j). Ganz allgemein kann man sagen, »..., dass das Bild, welches der einzelne vom Menschen hat, sein Verhalten zu sich selbst und zu seinen Mitmenschen bestimmt« (1j).

Literatur

- 1 von Uexküll T. Was weiß die Medizin vom Menschen? In: Rössner H (Hg.). Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 146-168. a) S. 146; b) S. 147; c) S. 148; d) S. 150; e) S. 154; f) S. 155; g) S. 156; h) S. 157; i) S. 160; j) S. 151.
- 2 Wittgenstein L. Über Gewißheit. 13. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2015. a) (146.) S. 46; b) (94.) S. 33.
- 3 Seiler TB. Sind wir selbst die Schöpfer unserer Weltbilder? In: Braitenberg V, Hosp I (Hg.). Die Natur ist unser Modell von ihr. Forschung und Philosophie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, rororo Sachbuch 60254; 1996: 27-50.
- 4 Leiß O. Ärztliche Weltbilder zur Ulkuskrankheit früher und heute. Von der Helicobakterisierung einer psychosomatischen Krankheit zur Eradikation psychosomatischer Konzepte? Eine medizinhistorische und wissenschaftstheoretische Betrachtung. In: Albers L, Leiß O (Hg.). Körper – Sprache – Weltbild. In-

- tegration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 208-224.
- 5 Blumenberg H. Theorie der Lebenswelt. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2010.
 - 6 Schad W. Menschenbild und Medizin – Methodologische Zugänge. In: Girke M, Matthiessen PF (Hg.). Medizin und Menschenbild. Erweiterte Neuauflage. Bad Homburg: VAS-Verlag; 2015: 49-64.
 - 7 Aristoteles: Physik. Vorlesungen über Natur. Erster Halbband: Bücher I- IV und zweiter Halbband: Bücher V – VIII. Übersetzt, mit einer Einleitung und mit Anmerkungen herausgegeben von Hans Günther Zekl. Hamburg: Felix Meiner Verlag, Philosophische Bibliothek 380 und 381; 1987.
 - 8 Flashar H. Aristoteles – Lehrer des Abendlandes. München: Verlag C.H. Beck; 2013.
 - 9 Böhme G. Gut Mensch sein. Anthropologie als Proto-Ethik. Zug/Schweiz: Die Graue Edition; 2016: 117ff.
 - 10 Heidegger M. Sein und Zeit. Tübingen: Max Niemeyer-Verlag; 19. Aufl. 2006.
 - 11 Eibl-Eibesfeldt I. Stammesgeschichtliche Anpassungen im Verhalten des Menschen. In: Gadamer H-G, Vogler P (Hg.). Neue Anthropologie, Band 2: Biologische Anthropologie, zweiter Teil. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1972: 3-59.
 - 12 Eibl-Eibesfeldt I. Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriss der Humanethologie. München/Zürich: Piper; 1984.
 - 13 Pleger W. Handbuch der Anthropologie – Die wichtigsten Konzepte von Homer bis Sartre. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2013. a) I. Die Sterblichen – griechische Mythologie, Seite 17-34; b) V. Der Mensch als Mängelwesen – das Kompensationsmodell, Seite 95-114; c) VIII. Genetische Modelle, Seite 161-186. 3. Die Bildung der menschlichen Gestalt (Portmann), Seite 179-186; d) VII. Das Stufenmodell, Seite 136-160 (Zitate S. 151-160: 153,155,157); e) XII. Das absolute Ich – das Konzept der Subjektivität, Seite 261-287.
 - 14 Gehlen A. Ein Bild vom Menschen. In: Gebauer G (Hg.) Anthropologie. Leipzig: Reclam Verlag; 1998: 234-249.
 - 15 Gehlen A. Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. 9. Aufl. Frankfurt: Athenäum Verlag; 1971.
 - 16 Gehlen A. Die Technik in der Sichtweise der Anthropologie. In: Gehlen A. Anthropologische Forschung. Zur Selbstbegegnung und Selbstentdeckung des Menschen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, rowohlts deutsche enzyklopädie rde 138; 1961: 93-103.
 - 17 Portmann A. Zoologie und das neue Bild vom Menschen. Biologische Fragmente zu einer Lehre vom Menschen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, rowohlts deutsche enzyklopädie rde; 1956.
 - 18 Portmann A. An den Grenzen des Wissens. Vom Beitrag der Biologie zu einem neuen Weltbild. München: Econ; 1982.

- 19 Scheler M. Die Stellung des Menschen im Kosmos. Hamburg: Felix Meiner Verlag, Philosophische Bibliothek 672; 2015.
- 20 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch – Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard und E. Ströker. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1627; 1981: Siebtes Kapitel: Die Sphäre des Menschen, S. 360-425.
- 21 Plessner H. Die Frage nach der *Conditio humana*. In: Plessner H. *Conditio humana*. Gesammelte Schriften VIII. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1631; 1983, 2. Aufl. 2015: 136-217.
- 22 Plessner H. Ausdruck und menschliche Natur. Gesammelte Schriften VII. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard und E. Ströker. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1630; 1982.
- 23 Plessner H. Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens. In: Plessner H. Ausdruck und menschliche Natur. Gesammelte Schriften VII. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard und E. Ströker. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1630; 1982: 201-387.
- 24 Plessner H. Die Deutung des mimischen Ausdrucks. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des anderen Ichs. In: Plessner H. Ausdruck und menschliche Natur. Gesammelte Schriften VII. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard und E. Ströker. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1630; 1982: 67-129.
- 25 Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016.
- 26 Franke E. Die Renaissance anthropologisch-phänomenologischen Denkens in der zeitgenössischen Philosophie. In: Deter H-C (Hg.). Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Chancen einer biopsychosozialen Medizin. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001: 83-94.
- 27 Schürmann V. Max Scheler und Helmuth Plessner – Leiblichkeit in der Philosophischen Anthropologie. In: Alloa E., Bedorf T., Grüny C., Klass T.N. (Hg.). Leiblichkeit – Geschichte und Aktualität eines Konzepts. Tübingen: Verlag Mohr Siebeck, UTB 3633; 2012: 207-223.
- 28 Merleau-Ponty M. Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: Walter de Gruyter Verlag, 6. Aufl. 1966.
- 29 Merleau-Ponty M. Das Sichtbare und das Unsichtbare. München: Wilhelm Fink Verlag; 1986. 3.Aufl. 2004.
- 30 Merleau-Ponty M. Das Auge und der Geist. Philosophische Essays. Hamburg: Felix Meiner Verlag; 2003.
- 31 Schmitz H. Der Leib. System der Philosophie II/1 und II/2. Bonn: Bouvier Verlag; 3.Aufl. 1998.

- 32 Schmitz H. Höhlengänge. Über die gegenwärtige Aufgabe der Philosophie. Berlin: Akademie-Verlag; 1997.
- 33 Schmitz H. Was ist Neue Phänomenologie? Rostock: Ingo Koch Verlag; 2003.
- 34 Schmitz H. Situationen und Konstellationen. Wider die Ideologie totaler Vernetzung. Freiburg/München: Verlag Karl Alber; 2005.
- 35 Böhme G. Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Sicht. Zug/Schweiz: Die Graue Edition; 2003. a) S. 12; b) S. 63.
- 36 Böhme G. Ethik leiblicher Existenz. Über unseren moralischen Umgang mit der eigenen Natur. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1880; 2008.
- 37 Fuchs T. Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000. a) S. 23; b) S. 136; c) S. 44; d) S. 90; e) S. 99.
- 38 Fuchs T. Das Gehirn – ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer; 2008.
- 39 Fuchs T. Leib und Lebenswelt. Neue philosophisch-psychiatrische Essays. Prof. Dr. Alfred Schmid-Stiftung. Zug/Schweiz: Die Graue Edition; 2008.
- 40 Waldenfels B. Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1472; 2000. a) S. 248; b) S. 30-42; c) S. 42-44.
- 41 Rizzolatti G, Sinigaglia C. Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. edition unseld 11; 2008.
- 42 Bauer J. Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe; 2005.
- 43 Iacoboni M. Woher wir wissen, was andere denken und fühlen. Die neue Wissenschaft der Spiegelneurone. München: Deutsche Verlags-Anstalt; 2009.
- 44 Schubotz RI (Hg.). Other Minds – Die Gedanken und Gefühle anderer. Paderborn: Mentis; 2008.
- 45 Schipperges H. Kosmos Anthropos – Entwürfe zu einer Philosophie des Leibes. Stuttgart: Klett-Cotta; 1981.
- 46 Schipperges H. Homo patiens – Zur Geschichte des kranken Menschen. München/Zürich: Piper; 1985.
- 47 von Weizsäcker V. Grundfragen medizinischer Anthropologie. Hamburg: Furcht; 1948.
- 48 von Weizsäcker V. Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie. Stuttgart: Koehler; 1951.
- 49 von Weizsäcker V. Warum wird man krank? Ein Lesebuch. Herausgegeben von W. Rimpau. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, medizinHuman, suhrkamp taschenbuch 3936; 2008.
- 50 Jacobi RME, Janz D (Hg.). Zur Aktualität Viktor von Weizsäckers. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann; 2003.

- 51 von Uexküll T. Über das Menschenbild in der heutigen Medizin. *Studium Generale* 1953; 6: 471-80.
- 52 von Uexküll T. *Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie*. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953.
- 53 von Uexküll T. Die Einführung der psychosomatischen Betrachtungsweise als wissenschaftstheoretische und berufspolitische Aufgabe – Gedanken zum Problem der ärztlichen Verantwortung. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1986: 1279-1300.
- 54 von Uexküll T, Wesiak W. *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*. München/Wien: Urban & Schwarzenberg; 1988.
- 55 Leiß O. Offener Brief an die Herausgeber der 8. Auflage des ›Uexküll Psychosomatische Medizin‹, Januar 2017. https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2017/01/Offener-Brief-an-die-Herausgeber_24.1.17.pdf
- 56 Julian Offray de la Mettrie. *L'homme machine – die Maschine Mensch*. Hamburg: Felix Meiner Verlag; 2009.
- 57 von Uexküll J. *Theoretische Biologie*. Berlin: Julius Springer; 1928 und Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 20; 1973.
- 58 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. *Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften*. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt/Berlin/Wien: Propyläen, Verlag Ullstein; 1980: 226-290.
- 59 von Weizsäcker CF. *Der Garten des Menschlichen. Beiträge zur geschichtlichen Anthropologie*. München: Carl Hanser Verlag; 1977.
- 60 Rössner H. Bemerkungen zum anthropologischen Defizit. In: Rössner H (Hg.). *Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 9-28.
- 61 Gadamer H-G. *Theorie, Technik, Praxis – die Aufgabe einer neuen Anthropologie*. In: Gadamer H-G, Vogler P (Hg.). *Neue Anthropologie, Band 1: Biologische Anthropologie, erster Teil*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1972: IX – XXXVII.
- 62 Lenk H. *Einführung in die moderne philosophische Anthropologie*. Münster: LIT Verlag; 2013.
- 63 Thies C. *Einführung in die philosophische Anthropologie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 3. Aufl. 2013.
- 64 Wieland W. *Medizin als praktische Wissenschaft*. In: Girke M, Matthiessen PF (Hg.). *Medizin und Menschenbild. Erweiterte Neuauflage*. Bad Homburg: VAS-Verlag; 2015: 25-48.
- 65 Wieland W. *Diagnose – Überlegungen zur Medizintheorie*. 1975. Nachdruck in ›Bibliothek des skeptischen Denkens‹, Warendorf: Verlag Johannes G. Hoof; 2004.

- 66 Lanzerath D. Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Freiburg – München: Verlag Karl Alber, Alber Praktische Philosophie Band 66; 2000.
- 67 Suddendorf T. The gap – the science of what separates us from other animals. New York: Basis Books; 2013.
- 68 Rössner H. Über einige Voraussetzungen und Randbemerkungen der Anthropologie. In: Rössner H (Hg.). Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 257-281.
- 69 Böhme G. Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Darmstädter Vorlesungen. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, edition suhrkamp 1301; 1985.
- 70 Spiro H, McCrea Curnen MG, Peschel E, St. James E (eds.). Empathy and the Practice of Medicine. Yale University; 1993.
- 71 Tugendhat E. Anthropologie statt Metaphysik. München: Verlag C.H. Beck, Beck'sche Reihe 1825; 2010.
- 72 Heilinger J-C, Nida-Rümelin J (Hg.). Anthropologie und Ethik. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH; 2015
- 73 Dörner K. Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart/New York: Schattauer; 2001.
- 74 Simon S (Hg.). Der gute Arzt im Alltag. Anleitung zur ärztlichen Grundhaltung in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag; 2005.

5 Von trivialen und nicht-trivialen Diagnosen, von Krankheiten als realen oder hypothetischen Entitäten und von funktionaler Gesundheit

»Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.«

Arthur Schopenhauer (1a)

»Eine der am meisten verbreiteten Krankheiten ist die Diagnose.«

Karl Kraus (1b)

»Die Frage ist nicht so sehr, ob ein Mensch gesund oder krank sei, wie, was er mit seiner Gesundheit oder Krankheit macht.«

Ludwig Hohl (1c)

Was ist eine ›triviale Diagnose‹? Umgangssprachlich meint ›trivial‹ so etwas wie ›offensichtlich‹ oder »...ist doch klar, darüber muss man doch nicht nachdenken«. In Kombination mit dem Substantiv ›Diagnose‹ könnte also eine triviale Diagnose eine sein, die offensichtlich ist, bei der man nicht nachdenken muss, die auf Anhieb klar ist. Auch ein Laie kann – um ein Beispiel zu nennen – schon von Weitem erkennen, da geht einer, der einen Schlaganfall hatte und halbseitig gelähmt ist. Auch ein Nicht-Neurologe, wie z.B. ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder ein Facharzt für Hygiene, kann an kleinschrittigem Gang und zitternder Hand die Verdachtsdiagnose eines M. Parkinson stellen. ›Trivial‹ in diesem Sinne sind das phänomenologisch Offensichtliche und das lebensweltlich Bekannte, das, was Peirce als ›*Firstness*‹ bezeichnet hat, Zeichen, die für sich selbst stehen (2-4). Nicht-trivial wäre demnach alles, was nicht offensichtlich ist, was nicht auf Anhieb klar ist, alles, wobei man erst einmal überlegen muss, was es sein könnte. Eine nicht triviale Diagnose wäre demnach eine kompliziertere oder komplexere Diagnose, eine, bei der man über das Peirce'sche Icon der *Firstness* auch Indizes der *Secondness* und Symbole der *Thirdness* (2-4) berücksichtigen muss.

5.1 Von trivialen und nicht-trivialen Maschinen und Diagnosen

Im Kontext der Diskussionen um den Unterschied zwischen Maschinen und Lebewesen hat der Kybernetiker Heinz von Foerster (5,6) den Begriff der ›trivialen Maschine‹ geprägt. Von Foerster vertrat die Ansicht, dass wir zur Interpretation der Veränderungen in unserer Umwelt zwei verschiedene Denkmodelle verwenden, »ein Modell für mechanische Zusammenhänge und ein Modell für das Verhalten von Lebewesen« (7a). Beide Modelle »bestehen aus drei ›Bauelementen‹, einem Input, einem Output und einem ›Operator‹ als Vorrichtung, die den Input in den Output verwandelt« (7a). Das ›Bauelement‹ *Input* entspricht der Wahrnehmung, dem, was Jakob von Uexküll in seinem Modell des Funktionskreises der Tiere (8) als ›Merken‹ bezeichnet hat, das ›Bauelement‹ *Output* entspricht dem Verhalten, dem ›Wirken‹ des Lebewesens. Der *Operator* ist eine ›black box‹, über die von einem Beobachter nichts ausgesagt werden kann. Liegt in der *black box* eine fixe Kopplung von Input und Output (nach den Regeln der mechanischen Kausalität) vor, handelt es sich – in der Terminologie H. von Foersters – um eine ›triviale Maschine‹. Liegt keine fixe Kopplung vor, d.h., der Operator ändert sich im Zeitverlauf und lernt aus Erfahrung, dann handelt es sich um eine ›nicht-triviale Maschine‹. Erkenntnistheoretisch sind triviale Maschinen ›offene Systeme‹, in dem Sinne, dass die *black box* geöffnet, die fixe Kopplung festgestellt und an dieser internen ›Verdrahtung‹ manipuliert werden kann: der Uhrmacher kann die Uhr öffnen und ein defektes Schraubchen austauschen. Der Abdominalchirurg kann die Bauchhöhle eröffnen und die Gallenblase mitsamt dem die Oberbauchkoliken verursachendem Stein entfernen und der Neurochirurg kann die Schädeldecke eröffnen und ein subdurales Hämatom oder einen Hirntumor entfernen.

Bei trivialen Diagnosen liegt erkenntnistheoretisch eine fixe Kopplung zugrunde zwischen phänomenologisch Offensichtlichem und lebensweltlich Bekanntem, zwischen (wieder-)gesehenen Zeichen/Mustern und (wieder-) erkannten Bedeutungen/Interpretationskonstrukten (9), zwischen beobachteten Symptomen und erlernten Diagnosen. Trivialen Diagnosen liegt therapeutisch das Modell des Körpers als triviale Maschine zugrunde, ein Modell, bei dem die *black box*, das geschlossene System Lebewesen, geöffnet, ein defektes Teil repariert, ein Gelenk gewechselt und an einer internen ›Verdrahtung‹ manipuliert werden kann. Legt man Peirce's Semiotik (2-4) Lenks Stufen der Interpretation (9,10) oder Abels Zeichen der Wirklichkeit (11,12) zugrunde, können verschiedene Ebenen unterschieden werden, denen verschiedene Grade der Komplexität der internen ›Verdrahtung‹ der *black box* zugeordnet werden können (Tab.5.1). Für die von Lenk unterschiedenen sechs Stufen der Interpretation gibt Tabelle 5.2 Beispiele aus Biologie, Ethnologie und Medizin für zugrunde liegende Mechanismen einer zunehmende Komplexität der ›Verdrahtungen‹ in der *black box* von Tieren und Menschen.

Tabelle 5.1:

Lenks Stufen der Interpretation, Abels Ebenen der Interpretation und die Pierce'schen Kategorien Ikon, Index, Symbol (aus Leiß (56), Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags.), modifiziert nach Lenk H: Interpretationskonstrukte als Interpretationskonstrukte. In: Simon J (Hrsg.). Zeichen und Interpretation. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1158; 1994: 36 – 56.)

<i>Interpretationsstufen</i> (nach Lenk)		<i>Ebenen</i> (nach Abel)	<i>Kategorien</i> (nach Pierce)
IS1	praktisch unveränderliche <i>produktive Urinterpretation</i> (primäre Konstitution bzw. Schematisierung)	I ₁	
IS2	gewohnheits-, gleichförmigkeitsbildende <i>Musterinterpretation</i> (habituelle Form- und Schemakategorisierung + vorsprachliche Begriffsbildung)	I ₂	Ikon (Erstheit)
IS3	sozial tradierte, übernommene <i>sprachlich-konventionelle Begriffsbildung</i>		
IS4	anwendende, aneignende <i>bewusst</i> geformte <i>Einordnungsinterpretation</i> (Klassifikation, Subsumierung, Beschreibung, Artenbildung u. -einordnung; gezielte Begriffsbildung)	I ₃	Index (Zweitheit)
IS5	erklärende, „verstehende“ (i.e.S.) rechtfertigende (<i>theoretische</i>) <i>begründende Interpretation / Rechtfertigungsinterpretation</i>		Symbol (Drittheit)
IS6	erkenntnistheoretische (methodologische) <i>Metainterpretation</i> der Interpretationskonstruktumethode		

5.2 Lebewesen als geschlossene Systeme

Lebewesen sind erkenntnistheoretisch ›*geschlossene Systeme*‹ (7), hier kann die *black box* nicht geöffnet werden, der Operator ist nicht in Raum und Zeit konstant, die interne Verdrahtung ändert sich im Laufe des Lebens aufgrund von Widerfahrnissen/(Leib-)Erfahrungen, Lernen (›*Einverleibung*‹ durch eingebaute Verhaltensweisen) und Werteänderungen. Lebewesen sind für einen Beobachter hinsichtlich des Sollwerts und wirksamer interner Mechanismen erkenntnistheoretisch ›*geschlossene Systeme*‹. In systemtheoretischer Hinsicht stehen Lebewesen mit ihrer Umwelt in einem ›*Fließgleichgewicht*‹ (von Bertalanffy (13)), tauschen Bausteine und Energie mit ihrer Umwelt aus, sind in dieser Hinsicht ›*offen*‹. Lebewesen plus Umwelt sind Einheiten des Überlebens (14).

Gegenüber trivialen Maschinen geht das Regelkreismodell einen wesentlichen Schritt weiter, es öffnet die *black box* zwischen Input und Output im Jakob von Uexküll'schen Funktionskreis, »trägt also der ›subjektiven Seite‹ insofern Rechnung, als es Perzeption, Bewertung und Einflussnahme auf die Reaktion simuliert« (7b). Das Regelkreismodell »führt einen Fühler und einen Sollwert ein; es vergleicht die Einwirkungen der Umgebung auf den Fühler (als Istwert) mit dem Sollwert und verwendet die Resultate dieses Vergleichs zur Steuerung der Gegenwirkungen (der

Tabelle 5.2:

Stufen der Interpretation (nach Lenk) und Beispiele aus Biologie, Ethnologie und Medizin (aus Leiß (57), Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags).

Interpretationsstufe (nach Lenk)	Charakteristikum	zugrunde liegendes Prinzip / involvierte Mechanismen	Beispiel		
IS-1	Urinterpretation (phylogenetische) fixe Kopplung (unbewusst)	Reflex Reiz – Reaktion	Greifreflexe des Säuglings,		
IS-2	Musterinterpretation (ontogenetisch) erlernte relativ feste Kopplung (unbewusst)	(Wieder-) Erkennen einer Gestalt	Gestaltpsychologie		
		Prägung ,Mantik'	Graugans K. Lorenz wittern, spüren, ahnen		
IS-3	sozial tradierte Begriffsbildung a) vorsprachlich	kulturell erworbene (unbewusste) Verhaltensweisen	Imitation / Nachahmung Verhaltensmuster	Distanzonen / Intimsphäre Archetypen C.G. Jungs	
	b) sprachlich	Sichtweisen, Perspektiven, Denkstile	propositionale Relationen ,Metaphorik'	in...(der Schüssel), an...(der Wand), auf...(dem Tisch) ,der Himmel weint'	
IS-4	Einordnungs-Interpretation	sprachlich-begriffliche Klassifikation (bewusstseinsfähig)	Abstraktion, Subsumierung Bedeutungserteilung ,Semantik'	Einordnung zu Bäumen, Sträuchern, Blumen Verkehrssampel	
IS-5	begründende Interpretation a) anthropologisch	sprachliche (anthropo-) logische Zuordnung (bewusst)	,Grammatik'	Zuschreibung von Absichten	Handlungserklärungen
	b) logisch			Zuordnung zu Naturgesetzen	Reflektion von Lichtwellen
IS-6	Metainterpretation	komplexe sprachlich-begriffliche Theoriebildung (bewusst)	Integration Verschachtelung / Komplexbildung	Evolutionstheorie, Interpretationsphilosophie	

Reaktion)« (7b). Thure von Uexküll zieht aus den in den 50er- bis 70er-Jahren gewonnenen Erkenntnissen der Kybernetiker vier bedeutsame Schlussfolgerungen

- 1) »..., dass die Beziehungen zwischen dem Organismus und seiner Umgebung nicht mit linearen Ursache-Wirkungs-Modellen, sondern nur mit Hilfe von kreisförmigen Modellen dargestellt werden können« (7c)
- 2) ..., dass kybernetische Überlegungen zu einer Wiederentdeckung der Systemtheorie und der Zeichenlehre (Semiotik) geführt haben (7c)
- 3) »..., dass Kreismodelle das Verhalten von Ganzheiten (d.h. von Systemen) operational beschreiben können« (7d)
- 4) »..., dass dem Modell der Übersetzung eine Schlüsselstellung für die Biologie und die Erkenntnistheorie zukommt« (7e).

5.3 Die Zwischenschaltung der spielerischen Phantasie beim Menschen

Thure von Uexküll erweitert daher seine in ›Der Mensch und die Natur‹ dargestellten Überlegungen (15): »Die entscheidende biologische, psychologische und soziale Bedeutung des Spielens liegt in einer Konstellation, in der gewisse Funktionen ihre ursprünglichen biologischen Ziele verlieren und damit zur Verwendung in anderen Zusammenhängen und für andere, zum Beispiel soziale Ziele verfügbar geworden sind; sie können dann zu ›Ritualen‹ werden. Spielen erweist sich damit als Ausdruck einer Phantasie, die Verhaltensprogramme auf einer höheren (sozialen) Integrationsebene neu zu kombinieren vermag« (7f). Durch »Zwischenschaltung der spielerischen Phantasie, in der Programme für Bedeutungserteilung (›Merken‹) und Bedeutungsverwertung (›Wirken‹) zunächst in der Vorstellung durchgespielt und erprobt werden« (7g), erweitert er den väterlichen Funktionskreis der Tiere zum Situationskreis des Menschen (siehe auch Kapitel 2).

Naturphilosophisch und erkenntnistheoretisch ändert sich beim Übergang vom Tier zum Menschen Entscheidendes: einfache Kreismodelle werden ersetzt durch immer komplexer werdende kybernetische Regelwerke mit positivem und negativem Feedback. Die fixe Kopplung in der *black box* von Tieren mit ihren Reflexen und angeborenen Auslösemechanismen macht Platz für erlernte, Pawlov'sche Reflexe und Prägungen in kritischen Entwicklungsphasen (siehe Tab. 2). Erlernte oder antrainierte und ›*einverleibte*‹ Verhaltensweisen können zu komplexeren Verhaltensweisen wie dem professionellen Klavierspielen ›*hochstilisiert*‹ werden. Interne Sollwerte in der *black box* stabilisieren das Gesamtsystem. Mit dem Auftreten der Sprache und sprachlich koordinierter Kooperation nehmen die Freiheitsgrade weiter zu (9-12).

5.4 Geschichte der Interpretation von Krankheiten

5.4.1 Phantasievolle Anschauungen zu Krankheiten - von Geistern und Dämonen

In den Frühzeiten der Menschheit führten die Menschen das Geschehen in der Natur (wie Blitz und Donner) auf das Wirken übersinnlicher Wesen, Geister und Dämonen zurück. Dieses Erklärungsmuster wurde auch auf das Krankheitsgeschehen angewandt. Krankheit wurde darauf zurückgeführt, dass ein Dämon in den Körper eines Menschen eingedrungen sei. Heilung wurde von der Besänftigung der Götter durch Opfergaben erwartet und/oder erforderte die Austreibung des Dämons durch spirituelle und physische Katharsis, z.B. durch Beichte, Exorzismus und abführende Drogen (16,17a).

Die frühen Hochkulturen (zwischen 3500 und 1500 v. Chr.) am Nil in Ägypten, an Euphrat und Tigris im Mittleren Osten, am Indus in Indien und am Gelben Fluss in China entwickelten eine Heilkunde, in deren Mittelpunkt die Religion stand und in der zahlreiche Götter und Göttinnen über Gesundheit und Krankheit herrschten. Krankheiten wurden als göttliche Strafe für begangene Verfehlungen angesehen. Man versuchte, sie durch entsprechende Opfergaben, die die Götter gütig stimmen sollten, zu beeinflussen. Zwar ging die babylonische Heilkunde mit vereinzelt Beschreibungen konkreter Krankheiten und Angaben zu pflanzlichen und mineralischen Behandlungsmitteln über eine rein magisch-religiöse Medizin hinaus, aber erst die hippokratische Medizin (etwa 500 v. Chr. bis 500 nach Chr.) brach mit der Sicht, Krankheiten als Manifestationen böser Geister oder als Strafen der Götter für Fehlverhalten des Menschen anzusehen (16,17a).

5.4.2 Versuch rationaler Krankheitserklärung und die pseudorationale Humoralpathologie

Hippokrates (460-377 v. Chr.) war überzeugt, dass Gesundheit und Krankheit rational zu erklären seien und der Glaube an Geister, Dämonen und übernatürliche Kräfte abzulehnen sei. Mit den im Corpus hippocraticus festgehaltenen Beobachtungen der Reaktionen des menschlichen Organismus auf Einwirkungen der natürlichen Umwelt wurde die Basis für einen empirischen Zugang zu Gesundheit und Krankheit geschaffen, ohne den die Entwicklung zur modernen Medizin nicht denkbar ist. Die hippokratischen Ärzte deuteten Krankheit als Kampf der dem Körper innewohnenden natürlichen Heilkräfte gegen krankmachende Schädigungen, z.B. durch fehlerhafte Ernährung, ungesunde Lebensweise, Beschaffenheit von Wasser und Boden, giftige Ausdünstungen (Miasma) und Einflüsse der Jahreszeit und des Klimas. Das pathophysiologische Modell der hippokratischen Medizin, die ›Humoralpathologie‹, beruht auf der Gegenüberstellung von vier Körpersäften (Galle, Schleim, Blut und schwarzer Galle), deren Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen ist (17b,18a). Die in die Naturphilosophie integrierte hippokratische Medizin ist in erster Linie Gesundheitslehre, erst in zweiter Linie Krankheitsversorgung. Der Arzt ist Moderator, der Maß nimmt, Maß hält und Maßstäbe setzt (17b).

Die Humoralpathologie wurde von dem römischen Arzt Galen (129-199 n. Chr.) erweitert und zu einer umfassenden biologischen Theorie perfektioniert. Die vier Körpersäfte, von denen sich jeweils zwei gegenüberstanden, wurden mit vier Qualitäten (heiß, trocken, kalt und feucht), mit den vier Jahreszeiten, den vier Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und Alter), den vier Elementen (Luft, Feuer, Erde, Wasser) und den vier Temperamenten (Choleriker, Melancholiker, Phlegmatiker und Sanguiniker) in Verbindung gesetzt. Dies ergab ein Schema, das über ein relativ hohes Erklärungspotenzial verfügte. Im Gegensatz zum naturphiloso-

phisch-empirischen Ansatz der hippokratischen Medizin sah Galen in der Natur einen Feind, dem der Arzt mit seinen Therapiemaßnahmen entgegentrat (17c,18b). Im therapeutischen Ansatz, dem Übergewicht eines Körpersaftes mit Elementen aus der entgegengesetzten Kategorie zu begegnen, fokussierte später der persische Arzt Avicenna (980-1037) auf den Aderlass als ein Mittel gegen alle Krankheiten.

5.4.3 Krankheit als Defekt der Körpermachine

Infolge der Erkenntnisse der Astronomie, der Physik und der Technik entstand mit dem Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin (Entwicklung der Anatomie durch Andreas Vesalius Humani (1543), Beschreibung des Blutkreislaufs durch William Harvey (1628)) die Vorstellung, dass Krankheiten ein im Körper ablaufendes und dort auch zu lokalisierendes Geschehen darstellen. La Mettrie (1709-1751) prägte das Maschinenmodell des Körpers; Rene Descartes (1596-1650) Einteilung des Menschen in ein immaterielles ›Ich‹ (*res cogitans*), denkende Sache) und ein materielles Ding (*res extensa*) führte zur Vorstellung eines Dualismus von Geist und Materie bzw. Seele und Körper und beeinflusste die philosophischen Diskussionen über Jahrhunderte. In der Medizin herrschte seitdem eine Orientierung auf den Körper des Menschen vor (16,17).

5.4.4 Ontologisches und physiologisches Krankheitsverständnis

Im 19. Jahrhundert entbrannte ein wissenschaftlicher Streit zwischen Vertretern eines ontologischen oder essenziellen Krankheitsverständnisses (wie z.B. William Osler (1849-1919) und Vertretern eines physiologischen Krankheitsverständnisses (wie z.B. Archibald Garrod (1857-1936)) (19). Erstere sahen Krankheiten als Entitäten an, die von außen in Menschen eindringen und sie krank machen, letztere lehnten eigenständige Krankheiten ab und betonten die chemische Individualität kranker Menschen – ein Konzept, das durch Garrods Entdeckung der »inborn errors of metabolism« großen Aufschub bekam. Im 19. Jahrhundert entdeckten Louis Pasteur (1822-1895) und Robert Koch (1843-1910), dass bestimmte Erreger bestimmte Krankheiten verursachen (16,17d,18c). Es entstand das Konzept der spezifischen Ätiologie, dem zufolge jede Krankheit eine spezifische Ursache hat. Zunächst bezog man dieses Konzept nur auf die Infektionskrankheiten, Jahrzehnte später wurde es auch auf Mangelkrankheiten übertragen.

5.4.5 Krankheit als Strukturschaden oder als Funktionsstörung

Der Pathologe Rudolf Virchow (1821-1902) sah die Ursache von Krankheiten in strukturellen Defekten von Geweben und Zellen und begründete die Zellulärpathologie (17d,18c). 1932 hat G. von Bergmann (1878-1955) Funktionsstörungen als

primäre Krankheitsursache herausgestellt und der auf Strukturdefekte fokussierten Pathologie eine ›funktionelle Pathologie‹ (20) entgegengesetzt. Die primäre Ursache von Krankheiten sah er in Funktionsstörungen, die zu Strukturschäden führen können, aber nicht dazu führen müssen. Aufgrund der Zunahme chronischer Erkrankungen erfolgten nach dem 2. Weltkrieg prospektive epidemiologische Untersuchungen zur Pathogenese der koronaren Herzkrankheit, die mit dem ›Risikofaktoren-Konzept‹ (21,22) eine Erweiterung des Konzepts der spezifischen Ätiologie etablierte.

5.5 Sinnhaftigkeit internationaler Klassifikationssysteme von Krankheiten, psychischen Störungen und Behinderungen

Medizinische Klassifikationssysteme (23-25) sollen einer standardisierten Verständigung über organische Krankheiten, psychische Störungen und Behinderungen dienen. Klassifikationssysteme verwenden – nach Möglichkeit – operationalisierbare Begriffe, geben Kategorien für eine z.T. kritisch diskutierte Einteilung von physischen oder psychischen Krankheiten vor (26,27) und schaffen ein Ordnungssystem für die Vergleichbarkeit von medizinisch-wissenschaftlicher Forschung und Einheitlichkeit von Krankheitsstatistiken. Die in Klassifikationssystemen (23-25) beschriebenen Krankheiten, psychischen Störungen oder Behinderungen sind in wissenschaftstheoretischer und philosophischer Hinsicht z.T. ›reale Entitäten‹ (z.B. sicht- und fotografierbare Hauterkrankung, perforiertes Magenulkus), z.T. ›hypothetische Entitäten‹ oder ›Interpretationskonstrukte‹ (9,10) (z.B. somatoforme Störungen), über die in einer einheitlichen Sprache gesprochen werden kann. Als von Menschen geschaffene Ordnungssysteme sind sie zeit- und kulturabhängig und müssen in mehr oder weniger größeren Abständen aktualisiert werden.

5.5.1 International Classification of Diseases (ICD) und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Die ›International Classification of Diseases‹ (ICD) stellt eine Weiterentwicklung der Bertillon-Klassifikation von Todesursachen aus dem Jahr 1893 dar, die 1948 auf Krankheiten und Verletzungen ausgeweitet wurde. 1992 erschien die 10. Revision (ICD-10) (Tab. 5.3.), 2015 wurde die 11. Revision (ICD-11) veröffentlicht (25). Die einzelnen Krankheiten und Gesundheitsprobleme, insgesamt etwa 20.000, werden mit bis zu fünf Zeichen kodiert (Buchstabe I steht z.B. für Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, die Ziffern bezeichnen die Diagnosen und Untereinheiten). In Deutschland stellt die ICD-10-GM zurzeit noch die amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen dar, die in der ambulanten (§ 295, Abs. 1 Sozi-

algesetzbuch V (SGB V) und der stationären Versorgung (§ 301 SGB V) im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend ist.

Tabelle 5.3:
Krankheitsgruppen der ICD-10

Klasse	Bezeichnung
1	Ausgewählte infektiöse und parasitäre Krankheiten
2	Neubildungen
3	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen der Immunreaktion
4	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5	Psychische Krankheiten sowie Verhaltens und Entwicklungsstörungen
6	Krankheiten des Nervensystems
7	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
9	Krankheiten des Kreislaufsystems
10	Krankheiten des Atmungssystems
11	Krankheiten des Verdauungssystems
12	Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
14	Krankheiten des Urogenitalsystems
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
16	Bestimmte in der Perinatalperiode entstandene Zustände
17	Angeborene Missbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalie
18	Symptome, Zeichen, und abnorme klinische und Laborbefunde, nicht anderenorts klassifizierbar
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursache
20	Äußere Ursachen der Morbidität und Mortalität
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Für die Diagnosen psychischer Störungen steht neben dem Kapitel V der ›International Classification of Diseases‹ (ICD-11) der WHO (25) mit dem ›Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders‹ (DSM) der American Psychiatric Association ein zweites Klassifikationssystem zur Verfügung. Das 1952 erstmals erschienene DSM liegt seit 2013 in der 5. Version vor (24). Darin wird als psychische Störung ein Verhalten angesehen, das mit Leiden, Beeinträchtigungen oder einem erhöhtem Sterberisiko einhergeht; soziale Abweichung oder Konflikt, ohne persönliche Einschränkung, gelten allein nicht als psychische Störung. Die DSM-5-Klassifikation folgt einem kategorialen Ansatz (feststellbar oder nicht), beruhend auf beobachtbaren Veränderungen in den Bereichen Emotion, Kognition, soziale Interaktion und Körperfunktion. Ein dimensionaler Ansatz (quantitative Darstellbarkeit und kontinuierliche Verteilung beobachtbarer Phänomene) wird vor allem bei Persönlichkeitsstörungen als sinnvolle Ergänzung diskutiert. Eine Klassifikation psychischer Störungen sollte sich im Idealfall auf umfassendes Wissen der Symptomatologie, der Krankheitsursachen (Ätiologie) und der therapeutischen Beeinflussbarkeit stützen, was jedoch derzeit nicht der Fall ist (26-28). Das DSM-5 kann daher – im Gegensatz zu vielen Kapiteln der ICD – nur als deskriptives (beschreibendes) Diagnosesystem angesehen werden (siehe Tab. 5.4).

Tabelle 5.4:
Perspektiven, logische Herangehensweisen und ‚ways of looking‘ in der Psychiatrie
 (nach McHugh and Clark (26))

Perspektive	Logische Herangehensweise	‚ways of looking‘
Krankheitsperspektive	Logik der Kategorien	Was <i>hat</i> der Patient?
dimensionale Perspektive	Logik der Graduation und Quantifikation	Was <i>ist</i> der Patient?
Verhaltensperspektive	Logik der Teleologie und Ziele	Was <i>macht</i> der Patient?
lebensgeschichtliche Perspektive	Logik der Narration	Was <i>erzählt</i> der Patient?

5.5.2 Krankheiten als reale oder hypothetische Entitäten

Im Idealfall soll eine Diagnose relevant, reliabel und valide sein. »Eine Diagnose ist relevant, wenn sie spezifische therapeutische Möglichkeiten eröffnet, sie ist reliabel, wenn sie verlässlich, d.h. unabhängig von der Person des Diagnostizierenden, gestellt werden kann, und sie ist valide, wenn sie tatsächlich das beschreibt, was vorliegt« (29a). Die Diagnosesysteme psychischer Störungen (26-28) sind von

diesem Ideal noch weit entfernt. Diagnosen psychischer Störungen sind *Interpretationskonstrukte* (9), d.h., »Bezeichnungen für das, worauf sich theoretische Begriffe beziehen, nämlich etwas, das selbst nicht beobachtbar ist, sondern zum Zweck der Erklärung beobachtbarer Daten angenommen, gefordert oder eben konstruiert worden ist« (29b). In der Naturwissenschaft galt der Begriff »Elektron« unter Physikern lange als theoretisches Konstrukt, ehe – Jahrzehnte später – in Experimenten diesem Konstrukt kausale Wirkungen zugesprochen werden mussten und bestimmte Eigenschaften dieser »theoretischen Entität« daher inzwischen als »real«, da experimentell handhabbar, angesehen werden (30). Als im naturwissenschaftlichen Sinne »reale Entität«, als existierend angesehen sind organopathologische Veränderungen, sind »diseases«, auf die das Klassifikationssystem ICD (25) fokussiert. Auch etlichen psychiatrischen Erkrankungen liegen organische Ursachen zugrunde. Bei manchen psychischen Erkrankungen, »illnesses«, kennt man die genaue Ursache nicht, manche stellen nur ein graduelles Abweichen von der statistischen Normalverteilung dar (27). Ärzte (*Beobachter 2. Ordnung*) können nicht in die *black box* der Psyche eines anderen Menschen (*Beobachter 1. Ordnung*) hineinsehen, sie können lediglich das Verhalten des betreffenden Menschen zu interpretieren versuchen (28) und dieses ihr *Interpretationskonstrukt* hypothetisch in die *black box* des Anderen hineinverlagern. Der Begriff »somatoforme Funktionsstörung« ist eine solche »hypothetische Krankheitsentität«.

5.5.3 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die ICF wurde 2001 von der WHO verabschiedet und ersetzt die »Internationale Classifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen« (ICIDH) von 1980 (23). Sie baut auf der WHO-Definition der Gesundheit auf (31) und enthält eine biopsychosoziale Perspektive (Abb. 5.1). Die ICF unterscheidet zwischen »impairment«/Behinderung als physiologische oder psychologische Voraussetzung, »disability«/Unvermögen als funktionale Konsequenz dieser Behinderung und »handicap«/Benachteiligung als soziale Konsequenz des Unvermögens. Kontextfaktoren, die den Lebenshintergrund einer Person abbilden, können sich positiv als Förderfaktoren und negativ als Barrieren auf die funktionale Gesundheit auswirken. Bei gestörten Körperfunktionen und Körperstrukturen können Rehabilitationsmaßnahmen incl. apparativer Versorgung helfen, die Aktivitäten betroffener Personen wieder weitgehend zu verbessern und die Partizipation/Teilhabe an bestimmten Lebensbereichen zu erleichtern (32a). Die Einführung der ICF hat der Rehabilitationsmedizin neue Bedeutung und starke Impulse gegeben.

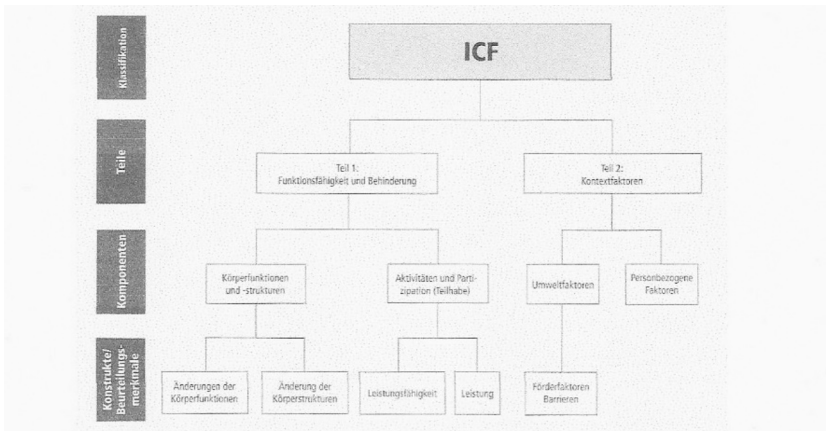


Abb. 5.1: **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** (aus Franke (32a), Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags).

5.6 Problematik von Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen und -konzepten

Krankheit und Gesundheit werden von Patient und Arzt sowie in verschiedenen Lebensphasen und Kontexten unterschiedlich definiert. Gesundheit als Normalität fokussiert deskriptiv auf (alters- und geschlechtsspezifische) statistisch normal verteilte körperliche Parameter und psychologische Verhaltensweisen oder normativ auf wünschbare Zustände, wie Abwesenheit von verkürzter Lebensdauer oder reduzierter Fertilität (33-40). Letztere sind jedoch z.B. bei vielen psychischen Störungen nicht beeinträchtigt.

5.6.1 Wer hat die Definitionsmacht und welche Konzepte können unterschieden werden?

Definitionen von Krankheit und Gesundheit hängen davon ab, wem die Definitionsmacht zugesprochen wird. Entscheidet der Patient (als *Beobachter 1. Ordnung*), steht das Erleben eigenen Unwohlseins und eigener körperlicher oder psychischer Einschränkungen, steht ›illness‹ im Vordergrund. Entscheidet der Arzt (*Beobachter 2. Ordnung*), steht ›disease‹ im Fokus, d.h. strukturelle und funktionelle Abnormalitäten des biologischen Organismus. Entscheidet die Gesellschaft (*Beobachter multipler Ordnung*), so rücken soziale Beeinträchtigungen (›disability‹ s.o.), Arbeitsfähigkeit und passagere oder chronische Nichterfüllung sozialer Rollen (›sickness‹) in den Vordergrund (Abb. 5.2 aus (40)). Diese unterschiedlichen Aspekte von Ge-

sundheit schließen einander nicht aus. Man kann sich krank fühlen, ohne dass ärztlicherseits eine organische Krankheit oder eine psychische Auffälligkeit festgestellt werden kann; dabei kann, muss aber nicht, Arbeitsunfähigkeit vorliegen oder auffälliges Sozialverhalten (»Doctorshopping«) praktiziert werden. Man kann z.B. infolge einer Hörschwäche oder nach der Amputation von Fingern im Arbeitsleben beeinträchtigt sein oder eine asymptomatische organische Krankheit, z.B. eine Nahrungsmittelallergie oder ein Frühkarzinom, haben, ohne sich krank zu fühlen.

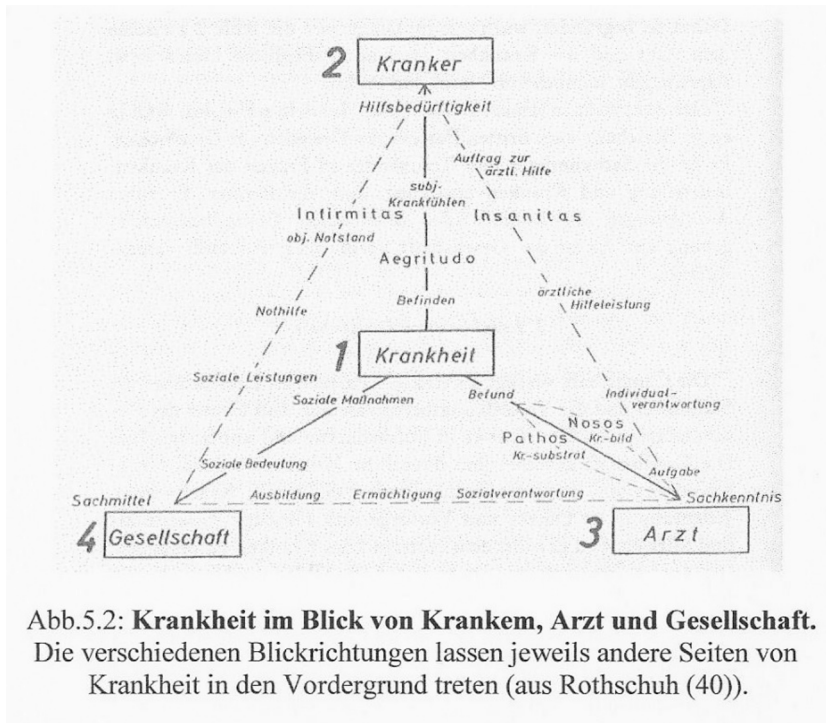


Abb.5.2: **Krankheit im Blick von Krankem, Arzt und Gesellschaft.** Die verschiedenen Blickrichtungen lassen jeweils andere Seiten von Krankheit in den Vordergrund treten (aus Rothsuh (40)).

Gesundheit und Krankheit definieren sich wechselseitig. J. Simon hat die bekannte Formel, die den Unterschied zwischen liberalen und totalitären Systemen charakterisiert (»In totalitären Systemen ist alles verboten, was nicht erlaubt ist, und in liberalen Systemen ist alles erlaubt, was nicht verboten ist«) auf die Definition von Krankheit und Gesundheit übertragen. Danach hat es »politisch unterschiedliche Konsequenzen, ob nach den Definitionen eines sozialen Systems alles krank ist, was nicht gesund ist, oder ob alles gesund ist, was nicht krank ist« (41a). Politisch brisant ist, »..., dass Gesundheitsutopien zur Vernichtung »lebensunwer-

ten Lebens« führen können, Forschungsstrategien bestimmen und die Strukturierung des Gesundheitssystems leiten« (41a).

Hinsichtlich der Relation von Gesundheit und Krankheit (32-40) können im Wesentlichen drei Konzepte beschrieben werden,

- ein dichotomes Konzept,
- ein bipolares Konzept und
- ein orthogonales Konzept.

»Das dichotome Konzept definiert Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig vorhanden sein können« (42). Dichotome Konzepte eignen sich für organische Erkrankungen mit umschriebenen Strukturdefekten, sind aber wenig geeignet für psychische Störungen (28,36). Psychische Störungen stellen mitunter gescheiterte Lösungsversuche für frühkindliche Vernachlässigung oder traumatische Erlebnisse dar, Versuche der therapeutischen Beeinflussung bringen nicht automatisch ein Mehr an psychischer Gesundheit. »In bipolaren Konzepten werden Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums angesehen, auf dem man sich mehr in die eine oder in die andere Richtung bewegen kann« (32b). Antonovskys Kontinuummodell von Gesundheit und Krankheit (42,43) zufolge sind Menschen nicht entweder gesund oder krank, sondern immer mehr oder weniger beides. Die Position einer Person auf dem Kontinuum wird durch verschiedene Merkmale einschließlich der subjektiv erlebten Gefühle und sozialen Einschränkungen definiert (siehe Tab. 5.5 aus (44)).

Um das Ausmaß der Übereinstimmung von subjektiven und objektiven Parametern von Gesundheit und Krankheit zu verdeutlichen, wurden orthogonale Konzepte entwickelt. In einem zweidimensionalen Feld können z.B. krankmachende Faktoren bzw. objektive Befunde grafisch entlang der x-Achse und gesunderhaltende Faktoren bzw. subjektives Befinden grafisch entlang der y-Achse dargestellt werden. Damit können Cluster von *»eindeutig krank«* und *»funktionell gesund«* unterschieden werden (Abb. 5.3).

5.6.2 Soziale Repräsentationen von Krankheit und Gesundheit

Beeinflusst von Muscovicis Konzept sozialer Repräsentationen hat C. Herzlich Untersuchungen durchgeführt, welche subjektiven Vorstellungen Menschen über Krankheit und Gesundheit haben und welche sozial vermittelten Modelle von Krankheit und Gesundheit sie nutzen. Herzlich zufolge beschreiben Menschen Krankheit vorwiegend mit drei Metaphern: Krankheit als Zerstörer beinhaltet Verlust, Isolierung und Unfähigkeit, Krankheit als Befreier beinhaltet eine Reduzierung von Pflichten und Lasten und Krankheit als Besitzergreifung fokussiert

Tabelle 5.5:
Graduierungen von ‚gesund‘ und ‚krank‘ (nach Gross (44))

subjektiv gesund	und	testnegativ (bei Belastung)
subjektiv gesund	und	testnegativ (bei Screening)
subjektiv gesund	und	testpositiv / ‚laborkrank‘
subjektiv leidend	und	testnegativ
subjektiv gesund	und	objektiv krank (lanthanisch)
bedingt gesund	und	krank, aber gut eingestellt
leicht krank	und	Selbsteilung
mäßig krank	und	mit ärztlicher Hilfe gesundend
schwer krank	und	ohne fremde Hilfe nicht überlebend

auf die Freiheit von Verpflichtungen außer der, gegen die Krankheit zu kämpfen. Laienkonzepte zu Gesundheit umfassen drei z.T. in ein und derselben Person koexistierende Dimensionen:

- 1) Gesundheit als Vakuum der Abwesenheit von Krankheit, ein Aspekt, den man nur wahrnimmt, wenn man krank wird
- 2) Gesundheit als Ressource, als Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankungen, als etwas, das angeboren ist oder als Ergebnis einer guten Kindheit angesehen wird
- 3) Gesundheit als Gleichgewicht, als Balance, als Harmonie und Wohlbefinden, als etwas, das von Lebensereignissen abhängig ist und als etwas, das gegen Angriffe geschützt werden muss (45a)

Von andern wird betont, dass Laien zufolge mit Erkrankungen auf fünf Weisen umgegangen werden könne:

- als unter Kontrolle halten durch normales Leben und Beibehaltung normaler Aktivitäten,
- als kontinuierliches sich zur Wehr setzen,
- als alternative Weise des Lebens,

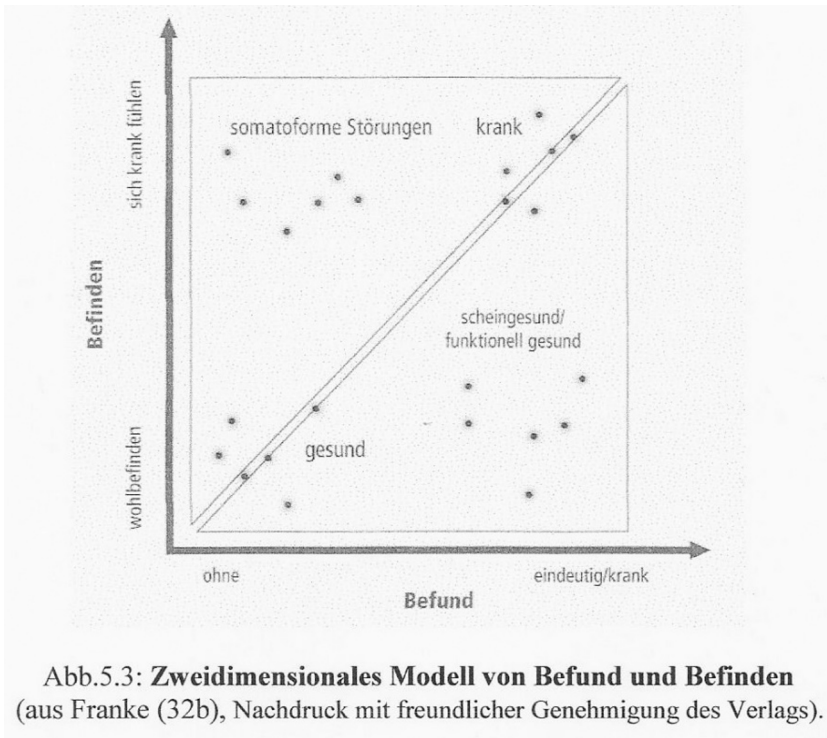


Abb.5.3: Zweidimensionales Modell von Befund und Befinden (aus Franke (32b), Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags).

- als zu überwindender Verlust und
- als Entlastung von Anstrengungen (45a).

Nach kritischer Sichtung verschiedener Gesundheitsdefinitionen (45b) differenziert Mildred Blaxter für ein Konzept von Gesundheit fünf entscheidende Aspekte (45a), deren Gewichtung in verschiedenen Lebensphasen individuell unterschiedlich ist.

- 1) Gesundheit als Nicht-Kranksein, als Abwesenheit von Symptomen – ein Aspekt, der bei höherer Ausbildung und höherem Einkommen häufiger angeführt wird
- 2) Gesundheit als körperliche Fitness und Vitalität – der Aspekt der Fitness steht bei Gesundheitsdefinitionen von Männern unter 40 Jahren im Vordergrund, während bei Frauen und älteren Männern die Aspekte Energie und psychosoziale Vitalität dominieren

- 3) Gesundheit als mit sozialen Beziehungen zusammenhängend – spielt bei Frauen und älteren Menschen eine wichtige Rolle
- 4) Gesundheit als Funktion und Fähigkeit, Aufgaben des täglichen Lebens zu meistern, mobil zu sein und selbstwirksam zu sein – ein Aspekt, der bei jungen Menschen als selbstverständlich angesehen wird, dem aber mit zunehmendem Alter eine zunehmende Bedeutung zukommt
- 5) Gesundheit als psychologisches Wohlbefinden, als Zufriedenheit – ein Aspekt der bei Frauen in der Lebensmitte und bei Menschen mit höherer Ausbildung und nicht körperlicher Arbeit dominiert (45a)

Die Art und Weise, wie Gesundheit definiert wird, variiert also im Verlauf des Lebens und hängt von der Ausbildung, beruflicher Tätigkeit, dem Geschlecht und Alter ab. Die oben unter 3.–5. angeführten Aspekte fokussieren auf Gesundheit als Funktion im Gegensatz zur Gesundheit als Zustand oder als Ressource (45b). Auf den Begriff ›funktionale Gesundheit‹ wird auch in der Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (23) fokussiert, die zwischen Behinderung als physiologische oder psychologische Voraussetzung (im biopsychosozialen Modell die Systemebenen bis zur Person einschließend), Unvermögen als funktionale Konsequenz dieser Behinderung und Benachteiligung als soziale Konsequenz des Unvermögens (im biopsychosozialen Modell die Systemebenen von der Person bis zur Gesellschaft umfassend) unterscheidet.

5.6.3 Soziologische Indikatoren von Gesundheit

Nimmt man die durchschnittliche Lebenserwartung als Indikator für Gesundheit, dann hängt diese – einer Vielzahl von Studien zufolge – von Bildung, sozialem Status und Einkommen ab (45). Bildung ist die Voraussetzung für die Antonovsky'sche Kohärenzsinn-Komponente Verstehbarkeit (42,43). Ohne Bildung sind in der Regel kein besserer sozialer Status oder höheres Einkommen möglich. Mittlerer oder höherer sozialer Status ist ein Indikator erfahrener Selbstwirksamkeit, genutzter Gestaltungsmöglichkeiten und erlebter Sinnhaftigkeit eigenen Engagements. Ein höheres Einkommen, oft infolge eines höheren sozialen Status, beinhaltet das Verfügen über materielle Ressourcen, erweitert Freiräume für mehr Gestaltungsmöglichkeiten und eröffnet Optionen größerer Autonomie. Die in deskriptiven soziologischen Studien als mit Gesundheit korrelierend analysierten Faktoren Bildung, sozialer Status und Einkommen sind keine kausal wirksamen Faktoren, sondern Indikatoren für Anderes. Die zugrunde liegenden Wirkfaktoren können besser mit dem Antonovsky'schen Konstrukt ›Kohärenzsinn‹ und seinen Teilkomponenten ›Bedeutsamkeit‹, ›Verstehbarkeit‹ und ›Handhabbarkeit‹ umschrieben werden (42,43).

5.7 Kritik der Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen

Die angeführten Krankheits- und Gesundheitsdefinitionen sind nicht falsch, aber insofern unvollständig, als darauf verzichtet wird, die der Gesundheitsdefinition implizit zugrunde liegende Anthropologie explizit zu machen. Thure von Uexküll hat zusammen mit anderen sein Konzept der Humanmedizin (7) und sein wissenschaftstheoretisches Modell der Medizin (46,47) offengelegt und sein Menschenbild dargelegt, das die physikalisch-chemischen, biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte der menschlichen Natur berücksichtigt und sie integriert. Uexkülls auf Überlegungen zur Naturphilosophie (15) und auf G. Engels Ausführungen zur Notwendigkeit eines biopsychosozialen Modells (48,49) beruhende Theorie der Humanmedizin (7) will ärztlich Tätigen Deutungsmuster und Handlungsanweisungen für eine humane Medizin zur Hand geben. Vor dem Hintergrund des Menschenbildes und Weltbildes der Integrierten Medizin einerseits und ihres Wissenschaftsverständnisses andererseits soll versucht werden, ein systemisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu entwickeln.

5.7.1 Erkenntnistheoretisches Problem der Position des Beobachters

Wie Theorien generell, so sollen auch Gesundheits- und Krankheitstheorien Komplexität reduzieren, Zusammenhänge verdeutlichen und Problemlösungen ermöglichen. Die klassische Erkenntnistheorie geht von der Ontologie aus (41,50), sie fragt, was ist vorhanden und was nicht und wie das Vorhandene entstanden ist. Sie geht vom Modell eines außerweltlichen, »objektiven« (Gott-ähnlichen) Beobachters aus, der mit Nagels »Blick von Nirgendwo« (51) das Sein und die Welt beobachtet, das Sein analysieren und die kausalen Mechanismen ergründen will, die Veränderungen des Seins bewirken will. Die klassische Erkenntnistheorie postuliert Agentien (wie z.B. Toxine) und Agenten (wie z.B. Mikroorganismen), die Funktionen und Strukturen eines beobachtbaren biologischen Organismus beeinflussen und verändern können. Die Kritik an der klassischen Erkenntnistheorie hat Heinz von Foerster auf den Punkt gebracht: »Objektivität ist die Wahnvorstellung, Beobachtungen könnten ohne Beobachter gemacht werden« (52).

Eine systemtheoretische Erkenntnistheorie hat einen völlig anderen Ausgangspunkt. Sie verneint die Möglichkeit eines »objektiven« Beobachters und betont, dass ein menschlicher Beobachter immer nur ein »teilnehmender Beobachter« (7,47,53) sein kann, Teilnehmer einer phänomenologisch erfahrbaren Lebenswelt, außerhalb derer er nicht stehen kann. Eine systemische, konstruktivistische Erkenntnistheorie sieht das Beobachten als unterscheidende und bezeichnende Operation an (29,30). Sie geht von der existenziellen Struktur des »In-der-Welt-Seins« aus und von der Verständigung mit Anderen über die Sach-Welt als Bedingung der Möglichkeit von Erkenntnis. Diese Erkenntnistheorie differenziert zwischen *Beobachter 1. Ordnung*

und *Beobachter 2. Ordnung* usw. und sieht den in der Verkettung von vielfachen Beobachtungen entstehenden intersubjektiven Konsens als ausreichenden Ersatz für den Wahrheitsanspruch der klassischen Erkenntnistheorie. Letzteres entspricht der Peirce'schen Vorstellung einer semantischen Konsistenz einer intersubjektiv gültigen Repräsentation der Objekte durch Zeichen, einer ›unity of consistency‹ ›in the long run‹ (2-4).

5.7.2 Beobachten als unterscheidende und bezeichnende Operation

In erkenntnistheoretischer Hinsicht ist Beobachten die Operation des Unterscheidens und Bezeichnens. Beobachten ist mehr als sinnliche Wahrnehmung. Es impliziert die aktive Konstruktion von Realität durch den Beobachter. In einem ersten Schritt wird ein Phänomen aufgrund qualitativer Merkmale selektiert und von seinem Kontext, seiner Umwelt, seinem Hintergrund unterschieden. In einem zweiten Schritt wird ein zweites Phänomen als Name, als Begriff, als Zeichen, für das erste Phänomen gesetzt (41,50). Wann immer ein Beobachter unterscheidet, zieht er eine Grenze, durch die ein Raum, Zustand oder Inhalt diesseits der Innenseite der Ausgrenzung von einem Raum, Zustand oder Inhalt jenseits der Außengrenze der Ausgrenzung getrennt wird, d.h., es werden Einheiten mit einer Innen- und Außenseite konstruiert. Beim Bezeichnen wird nur die eine Seite der Unterscheidung bezeichnet, die andere nicht. Das Resultat der Bezeichnung, der Name, der Begriff, das Zeichen, gilt nur dem ›markierten Raum‹, der unmarkierte Raum, der Hintergrund und Kontext, bleibt außen vor (Beobachtung 1.Ordnung) (41,50).

Beobachtet nun ein zweiter Beobachter den ersten Beobachter, kann er zum einen auf den blinden Fleck des ersten Beobachters, den ausgeblendeten unmarkierten Raum, den Hintergrund und Kontext, fokussieren und zum andern auf den Begriff, das Zeichen und die damit mitschwingenden Konnotationen fokussieren. Werden mehrere unterscheidende und bezeichnende Operationen (Beobachtungen 1. und 2. Ordnung) miteinander verknüpft, entsteht eine Verkettung von Beobachtungen, die als System aufgefasst werden können.

5.7.3 Diagnostizieren als zeichentheoretische Verkettung von Beobachtungen

Ein Verständnis von Medizin als Indizienwissenschaft (7,47) und eine Theorie des Beobachtens als Operation des Unterscheidens und Bezeichnens (41,50) erfordern eine Zeichentheorie (siehe Kapitel 3). In der Peirce'schen Semiotik (2-4) werden ein materieller oder immaterieller Zeichenträger und eine immaterielle Zeichenbedeutung unterschieden. An jedem Zeichen lassen sich drei Aspekte unterscheiden, der ikonische Aspekt, der indexikalische Aspekt und der symbolische Aspekt. Die triadischen Relationen an einem Zeichen ermöglichen Anknüpfungspunkte für weitere

Zeichenprozesse (Semiosen) (54,55). Die Peirce'sche Ebene der *Firstness* fokussiert auf Phänomene und Qualitäten, hier steht ein Zeichen für sich selbst (*icon*) (Tab. 5.1). Auf der Peirce'schen Ebene der *Secondness* bezieht sich ein Zeichen auf etwas anderes, ist ein Zeichen Hinweis auf etwas anderes, was ihm zugrunde liegt (*index*). Auf der Peirce'schen Ebene der *Thirdness* steht ein Zeichen stellvertretend für ein anderes Zeichen, hat ein Zeichen symbolische Bedeutung (*symbol*), weist auf nicht Vorhandenes, Mögliches oder Künftiges hin (2-4,56,57) (Tab.5.1. und 5.6).

Tabelle 5.6:

H. Lenks Stufen der Interpretation im diagnostischen Prozess (aus Leiß (56), Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags).

<i>Interpretationsstufen</i> (nach Lenk)	<i>Ebenen</i> (nach Abel)	<i>mögliche klinische Relevanz</i> (Beispiel)
IS 1: praktisch unveränderliche <i>produktive Urinterpretation</i> (primäre Konstitution bzw. Schematisierung)	I ₁	intuitiver erster Eindruck
IS 2: gewohnheits-, gleichförmigkeitsbildende <i>Musterinterpretation</i> (habituelle Form- und Schemakategorisierung + vorsprachliche Begriffsbildung)	I ₂	Mustererkennung (Rötung, Schwellung, Schmerz = Entzündung)
IS-3: sozial tradierte, übernommene <i>sprachlich-konventionelle Begriffsbildung</i>		klinische Sprach-Bilder (Durchfall, Schwindel, Kloßgefühl)
IS-4: anwendende, aneignende <i>bewusst</i> geformte <i>Einordnungsinterpretation</i> (Klassifikation, Subsumierung, Beschreibung, Artenbildung u. -einordnung; gezielte Begriffsbildung)	I ₃	indexikalische Klärung mittels Bild-gebender Verfahren oder Funktionstests
IS-5: erklärende, „verstehende“ (i.e.S.) rechtfertigende (<i>theoretische</i>) <i>begründende Interpretation / Rechtfertigungsinterpretation</i>		symbolisch-metaphor. Klärung diagnostische Einordnung
IS-6: erkenntnistheoretische (methodologische) <i>Metainterpretation</i> der Interpretationskonstruktmethode		System der Diagnosen und Krankheitsnosologien Medizintheorie, Medizinsemiotik

Auf die Arzt-Patienten-Beziehung und Probleme der Diagnostik übertragen, heißt dies, dass sowohl der leibhaftige Patient als solcher (materieller Zeichenträger) mit seinen physischen Aspekten, seiner Mimik und Gestik als auch seine Sprache und Begrifflichkeit (immaterieller Zeichenträger) als Zeichen gesehen und interpretiert (immaterielle Zeichenbedeutung) werden können. Der Arzt, der z.B. notfallmäßig zu einem Patienten gerufen wird, muss eine akute, mehr oder weniger lebensbedrohliche leibliche Situation des Patienten phänomenologisch, d.h. in der Kategorie der *Firstness*, als *icon*, z.B. als Status asthmaticus oder als epileptischen Anfall, einordnen, um unverzüglich handeln zu können.

Charakteristischer ist die Sprechstunden-Situation. Ein Patient, der in Selbstbeobachtung an seinem Körper ein Phänomen, ein Ereignis (z.B. Auftreten von Bläschen im Bereich der Lippen), einen Prozess (z.B. Stunden nach dem Essen auftretender Blähbauch) oder einen Zustand (z.B. Schwäche im linken Bein) beobachtet hat, kommt mit diesen – für einen 2. Beobachter teils unmittelbar beob-

achtbaren, teils in simplen Untersuchungen objektivierbaren – Zeichen zum Arzt. Mit Zeigegesten kann der Patient auf von ihm selbst beobachtete Veränderungen seines Körpers, z. B. auf ein neu aufgetretenes Hautexanthem, auf einen Sklerenikterus, hinweisen oder mit demonstrativen Gesten eine eingetretene Schwäche des linken Beines vorführen. Bei typischen Hautveränderungen kann der Arzt als *Beobachter 2. Ordnung* das Gezeigte/Bezeichnete ikonisch einordnen, z. B. die Bläschen im Bereich der Lippen als Herpes labialis interpretieren und ein Virostatikum verordnen. Bei weniger eindeutigen Zeichen (z. B. Stunden nach dem Essen auftretender Blähbauch) versucht der Arzt mit ausführlicher Ernährungsanamnese und H₂-Atemtests mit Laktose und Fruktose indexikalisch einen Zusammenhang mit bestimmten Nahrungsmitteln herzustellen (56) (Tab. 5.6).

Fungiert der Patient nicht als materieller Zeichenträger, präsentiert er z. B. keinen abdominell tastbaren Befund, sondern klagt er mehr oder weniger wortreich (d. h. mittels verbal-immateriellen Zeichen) über diffuse Bauchschmerzen, muss der Arzt die immaterielle Zeichenbedeutung des semantisch mit ›Bauchschmerzen‹ Bezeichneten linguistisch in eine ›*emotional meaning*‹, ›*referentiell meaning*‹ und eine ›*social meaning*‹ differenzieren (58). In der Peirce'schen Kategorie der *Firstness* muss er anhand von Intonation und Wortwahl die ›*emotional meaning*‹ einschätzen, in der Peirce'schen Kategorie der *Secondness* sucht er bei der körperlichen Untersuchung des Patienten nach indexikalischen Zeichen, z. B. einem Druckschmerz am McBurney'schen Punkt, einem Klopfschmerz des Nierenlagers, oder sonografisch nach einem Gallenstein und in der Peirce'schen Kategorie der *Thirdness* geben die verwendeten Metaphern (›das liegt mir im Magen‹) und der Kontext (wie z. B. Situation am Arbeitsplatz, Begleitsymptome, Erläuterungen bisheriger Therapieversuche) Hinweise auf eine mögliche symbolische Bedeutung des geklagten Symptoms. Alle drei Dimensionen des Sprach-Zeichens müssen bei der ärztlichen Interpretation der verbalen Äußerungen des Patienten (immateriellen Zeichenträgern) über das von ihm Beobachtete berücksichtigt werden (siehe ausführliche Erörterung in Kapitel 10 und 11).

5.8 Gesundheits- und Krankheitskonzept der Integrierten Medizin

Systemtheoretische Überlegungen bestimmen den Gesundheits- und Krankheitsbegriff der Integrierten Medizin. Thure von Uexküll schreibt: »Das Systemkonzept bietet jetzt eine einfache Möglichkeit: Der Begriff ›heil‹, der ja der Heilkunde ihren Namen gibt, bekommt in Zusammenhang mit dem Systemkonzept einen Sinn: Ein System, dessen Elemente die Restriktionen einhalten, welche Aktivitäten unterbinden, die dem Bestand und der Funktion des Systems abträglich sind und deren systemerhaltende Kooperationen nicht behindert werden, ist ein ›heiles‹ System. Alle Störungen des Systemzusammenhaltes und seiner Funktionen bedrohen oder

beeinträchtigen sein ›Heil-sein‹ (7h). »Unter systemtheoretischem Aspekt lässt sich ›Gesundheit‹ als ›Integriertsein‹ sowohl der Subsysteme in das System wie des Systems in seine Suprasysteme definieren. Damit wird ›Krankheit‹ als Störung des Integriertseins eines Systems auf einer oder mehreren seiner Integrations-Ebenen definierbar. Eine Integrations-Störung entspricht einer ›Verletzung‹, die einer ›Heilung‹, d.h. der Re-Integration bedarf. Statt von ›Integration‹ wird auch von ›Passung‹ gesprochen und ›Krankheit‹ als ›Passungsverlust‹ definiert« (7h).

In einem systemtheoretischen »Versuch einer Zusammenschau von Gesundheit und Krankheit« definiert Engel – J. Romano zitierend – »Gesundheit [...] besteht in der Fähigkeit des Organismus, ein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten, das ihm erlaubt, mehr oder weniger frei von starkem Schmerz, Unbehagen, Handlungsunfähigkeit oder -einschränkung, oder sozialer Leistungsunfähigkeit zu leben« (59a). Er schreibt: »Krankheit ist gleichzusetzen mit dem Versagen oder mit Störungen des Wachstums, der Entwicklung, der Funktionen oder der Anpassungsfähigkeit des Organismus in seiner Gesamtheit oder in einem seiner Systeme« (59a). Trotz ihrer Ungenauigkeit erlaubt eine solche Krankheitsdefinition, »Störungen und Versagen auf allen Stufen der Organisation – der biochemischen, der zellulären, der organischen, der psychischen, der zwischenmenschlichen, aber auch der gesellschaftlichen – in ein Konzept zu bringen und ihre Wechselbeziehungen zu betrachten. Außerdem schränkt sie uns nicht auf irgendein beliebiges, aber isoliertes ätiologisches Konzept ein, sondern erlaubt die Anwendung eines multifaktoriellen Konzeptes« (59b).

Hinsichtlich der Faktoren, die mit der Krankheitsgenese zu tun haben, werden ätiologische Faktoren definiert »als Faktoren, die die Leistungsfähigkeit jener Systeme, die am Wachstum, an der Entwicklung oder Anpassung beteiligt sind, entweder belasten oder begrenzen, oder als Faktoren, die kraft ihrer physikalischen oder chemischen Eigenschaften die Fähigkeit haben, Zellen oder Körperteile zu zerstören« (59c). Selten ist ein einziger ätiologischer Faktor, egal ob er seinen Ursprung in der Umwelt oder im Organismus hat, für die Genese einer Krankheit verantwortlich. »Eine wissenschaftliche Betrachtungsweise der Krankheit geht von multiplen Faktoren aus, manche davon liegen näher, manche sind zeitlich entfernter, manche spezifischer, manche allgemeiner in ihren Auswirkungen, manche notwendig, für sich nicht ausreichend, um den Zustand der Krankheit hervorzurufen. Wir können die Rolle eines jeden Faktors mit Adjektiven wie fakultativ, beschleunigend, bedingend, prädisponierend, spezifisch etc. beschreiben, oder indem wir auf die Wirkungsweise der Faktoren hinweisen, nämlich ob sie genbedingt, biochemisch, physiologisch, psychisch, sozial etc. sind. [...] Als medizinische Wissenschaftler studieren wir diese Faktoren in Bezug auf ihre Eignung als notwendige und/oder ausreichende Bedingungen und versuchen, die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer bestimmten Konstellation von Krankheitsäußerungen, die ein bestimmtes Krankheitsbild charakterisieren, vorauszusagen« (59c).

Vielfalt und Nuancenreichtum klinischer Krankheitsbilder erschweren dem Arzt die Orientierung. So wie man vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sieht, so sieht er vor lauter Einzelkrankheiten das Allgemeine verschiedener Krankheiten nicht mehr und verliert das Wesentliche, den kranken Menschen, aus dem Auge. Im klinischen Alltag findet sich zunehmend eine Vielfalt von Partialdiagnosen, während die von Balint geforderte »Gesamtdiagnose« (60), eine über Partialdiagnosen der medizinischen Subdisziplinen hinausgehende, biopsychosoziale Systemdiagnose ausbleibt (Ebene IS-6 in Tab. 5.1 und 5.6). Engels biopsychosoziales Modell gibt dem Arzt ein allgemeines (Interpretations-)Schema an die Hand, mit dem er zum einen zwischen objektivierbarer organischer Krankheit (*disease*), subjektivem Krankheitsgefühl (*illness*) und Behinderung (*disability*) unterscheiden kann (siehe Kapitel 9). Zum andern macht dieses allgemeine (Interpretations-)Schema verständlich, wie Störungen auf der Ebene der Subsysteme zu Krankheiten oder Dysfunktionalitäten auf gleicher oder höherer Systemebene führen können. So können sich z.B. die dem Subsystem Organ zuordenbaren Störungen in Aufwärtseffekten zu Dysfunktionalitäten auf psychischer oder sozialer Subsystemebene auswirken (z.B. psychosoziale Auswirkungen eines Myokardinfarkts). Zum Teil können Effekte infolge von Störungen auf der Ebene der Zelle durch Maßnahmen auf höheren Ebenen (z.B. Lernunterstützung u.a. bei Chromosomopathie Trisomie 21 oder spezielle Diät bei angeborener Stoffwechselstörung Phenylketonurie) abgeschwächt oder partiell kompensiert werden. Störungen auf der psychischen Systemebene können durch psychotherapeutische Interventionen auf der Zwei-Personen-Ebene oder der sozialen Ebene in ein neues Gleichgewicht gebracht werden. Engels biopsychosoziales Modell (48,49) und Uexkülls und Wesiaks *Integrierte Medizin* (7,47) verdeutlichen: »Als Ärzte intervenieren wir, wo wir können, um bei der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes behilflich zu sein« (59c).

Literatur

- 1 Uhlenbruck G, Skupy HH. Treffende Zitate zum Thema »Der Mensch und sein Arzt«. Thun/Schweiz: Ott Verlag; 1980. a) S. 86; b) S. 123; c) S. 87.
- 2 Peirce CS. Naturordnung und Zeichenprozess. Schriften über Semiotik und Naturphilosophie. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 912; 1991.
- 3 Peirce CS. Semiotische Schriften. Band I – III. Herausgegeben und übersetzt von C.J.W. Kloesel und H. Pape. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
- 4 Peirce Edition Project (eds.): The Essential Peirce. Selected Philosophical Writings. Volume 2 (1893-1913), Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press; 1998.

- 5 von Foerster H. Bemerkungen zu einer Epistemologie des Lebendigen. In: von Foerster H. Sicht und Einsicht. Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie. Springer Fachmedien Wiesbaden 1985 (ursprünglich erschienen bei Friedr. Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH, Braunschweig 1985): 81-93.
- 6 von Foerster H. Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 876; 1993. a) Über das Konstruieren von Wirklichkeiten. S. 25-49; b) Über selbst-organisierende Systeme und ihre Umwelten. S. 211-232; c) Verstehen verstehen. S. 282-298.
- 7 von Uexküll Th., Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München – Wien: Urban & Schwarzenberg, 3. überarbeitete Auflage 1998. a) S. 44; b) S. 152; c) S. 144; d) S. 157; e) S. 145; f) S. 221; g) S. 225; h) S. 86.
- 8 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt – Berlin – Wien: Propyläen, Verlag Ullstein, 1980: 226-290.
- 9 Lenk H. Interpretationskonstrukte. Zur Kritik der interpretatorischen Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
- 10 Lenk H. Interpretation und Realität. Vorlesungen über Realismus in der Philosophie der Interpretationskonstrukte. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1179; 1995.
- 11 Abel G. Interpretationswelten – Gegenwartsphilosophie jenseits von Essentialismus und Relativismus. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1210; 1995.
- 12 Abel G. Zeichen der Wirklichkeit. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw1651; 2004.
- 13 von Bertalanffy L. General System Theory – Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing 2015.
- 14 Bateson G. Krankheiten der Erkenntnistheorie. In: Bateson G. Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 571, 1985: 614-626.
- 15 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13, Leo Lehnen Verlag, München, 1953.
- 16 Villey R, Brunet F, Valette G, Rouot J, Leclainche E, Sournia J-C, Mazars G, Briot A, Plenot H-R, Lambertini G, Turchini J, Theodorides J (eds.). Histoire de la Medicinee, de la Pharmacie, de l'Art Dentaire et de l'Art Ve´terinaire. Paris : Societe´ francaise d'editions professionnelles, medicales et scientifiques. Albin Michel – Laffont – Tchou ; 1978. Deutsch: Toellner R. (Hg.). Illustrier-

- te Geschichte der Medizin. Vaduz: Andreas & Andreas, Verlagsanstalt Vaduz; 1992.
- 17 Schipperges H. Homo patiens – Zur Geschichte des kranken Menschen. München/Zürich: R. Piper; 1985. a) S. 42-75; b) S. 76-98; c) S. 101-123; d) S. 158-179.
 - 18 Lichtenthaeler Ch. Geschichte der Medizin. Ein Lehrbuch für Studenten, Ärzte, Historiker und geschichtlich Interessierte. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1977. a) S. 113-165; b) S. 195-215; c) S. 515-574.
 - 19 Childs B. A logic of disease. In: CR Scriver, AL Beaudet, WS Sly, D Valle (eds.). *The Metabolic and Molecular Basis of Inherited Disease*. 7th edition. New York: McGraw-Hill, Inc.; 1995: 229-257.
 - 20 von Bergmann G. Funktionelle Pathologie. Berlin: Springer Verlag; 1932.
 - 21 Dawber TR. *The Framingham Study – The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*. Cambridge (Massachusetts)/London (England): Harvard University Press; 1980.
 - 22 Keys A. *Seven Countries – A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease*. Cambridge (Massachusetts)/London (England): Harvard University Press; 1980.
 - 23 WHO. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF); 2001.
 - 24 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, 5. Version; 2013.
 - 25 WHO. *International Classification of Diseases (ICD)*. 11. Revision; 2015.
 - 26 McHugh PR, Clark MR. Diagnostic and classificatory dilemmas. In: Blumenfeld M, Strain JJ (eds.) *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006: 39-45.
 - 27 Frances A. *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DMS-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. Deutsch: Frances A. *Normal – gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont Buchverlag; 2014.
 - 28 Myrtek M. *Gesunde Kranke – kranke Gesunde. Psychophysiologie des Krankheitsverhaltens*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 1998.
 - 29 Klemperer D. *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften*. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG; 2014. a) S. 188; b) S. 189.
 - 30 Hacking J. *Einführung in die Philosophie der Naturwissenschaften*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1996.
 - 31 WHO. *Official Records of the WHO*. No 1; 1946.
 - 32 Franke A. *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG; 2010. a) Kapitel 5: Was ist Behinderung? Seite 81-97; b) Kapitel 6: Das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit zueinander. Seite 91-97; c) Kapitel 9: Gesundheitsmodelle. Seite 163-189.

- 33 Nordenfeldt L, Lindahl BIB (eds.) Health, Disease, and Causal Explanations in Medicine. Dordrecht/Boston/Lancaster: D. Reidel Publishing Company; 1984.
- 34 Nordenfeldt L. On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach. 2nd revised and enlarged edition. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1987 and 1995.
- 35 Cutter MAG. Reframing Disease Contextually. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2010.
- 36 Bolton D. What is Mental Disorder? An essay in philosophy, science, and values. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- 37 Humber JM, Almeder RF (eds.). What is disease? Tatowa, New Jersey: Humana Press; 2010.
- 38 Boorse Ch. A rebuttal on health. In: Humber JM, Almeder RF (eds.). What is disease? Tatowa, New Jersey: Humana Press; 2010: 3-134.
- 39 Cutter MAG. Reframing Disease Contextually. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2010.
- 40 Rothschuh KE. Der Krankheitsbegriff (Was ist Krankheit?) In: Rothschuh KE (Hg.). Was ist Krankheit? – Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1975: 397-420.
- 41 Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1995. a) S. 191.
- 42 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
- 43 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft 1998.
- 44 Gross R, Löffler M. Prinzipien der Medizin. Eine Übersicht ihrer Grundlagen und Methoden. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 1997.
- 45 Blaxter M. Health. 2nd edition revised and updated. Cambridge UK: Polity Press; 2010. a) Chapter 3: How is health embodied and experienced? S. 48- 74; b) Chapter 1: How is health defined? S. 4-27.
- 46 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart – New York: Schattauer Verlag. 2002; 3-22. a) S. 17; b) S. 22.
- 47 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., München: Urban & Fischer, 2003: 3-42.
- 48 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.

- 49 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
- 50 Bökmann MBF. Die Theorie des Beobachtens. In: Bökmann MBF. Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag; 2000: 1-21.
- 51 Nagel T. Der Blick von nirgendwo. Berlin: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2035; 2012.
- 52 von Foerster H. Zitiert nach ›Integrierte Medizin – ein Heft mit Antworten auf Fragen, die sonst keiner mehr stellt‹; 2018. www.uexküll-akademie.de.
- 53 Engel GL. From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 1997; 38(6): 521-528.
- 54 Schönrich G. Semiotik zur Einführung: Hamburg: Junius Verlag; 1999.
- 55 Pape H. Charles S. Peirce zur Einführung. Hamburg: Junius Verlag; 2004.
- 56 Leiß O. Vom Körper zum Antikörper und zurück. Über ikonische, indexikalische und symbolische Zeichen, über Symptomabklärung und Diagnosestellung – Versuch einer klinischen Semiotik. In: Leiß O. Streifzüge durch ärztliche Welten – Essays zur biopsychosozialen Medizin. Kusterdingen: SFG-Fachverlage, Die Graue Edition; 2009: 170-194.
- 57 Leiß O. Thure von Uexkülls Konzept einer Theorie der Medizin im Lichte der Interpretationsphilosophie von Hans Lenk und Günther Abel. In: Leiß O. Streifzüge durch ärztliche Welten – Essays zur biopsychosozialen Medizin. Kusterdingen: SFG-Fachverlage, Die Graue Edition; 2009: 147-169.
- 58 Finegan E. Language. Its structure and use. 3rd edition. New York: Harcourt Brace College Publishers; 1999.
- 59 Engel GL. A unified concept of health and disease. In: *Perspectives in Biology and Medicine* III, 1960: 459-485. Deutsch: Versuch einer Zusammenschau von Gesundheit und Krankheit. In: Roths Schuh KE (Hg.). Was ist Krankheit? – Erscheinung, Erklärung, Sinngebung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1975: 306-342. a) S. 307; b) S. 307-308; c) S. 326-327.
- 60 Balint M. The doctor, his patient and the illness. London, 1957. Deutsch: Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta; 10. Aufl. 2001.

Teil IV: Das Arzt-Patienten-Verhältnis

6 Sprechstunde – Zuhören ist die Seele des Gesprächs

›Ist aber Menschlichkeit, als Realität und als Ideal, ein Ausgangspunkt – oder ein Ziel?‹

J. Berger 1967 (1)

Bekanntlich »...machen drei Dinge die Medizin: die Krankheit, der Kranke und der Arzt« (Hippokrates) (2). Ausgangspunkt und Herzstück der Medizin ist die Sprechstunde. Hier berichtet der Patient über seine Beschwerden, seine Sorgen, Ängste und Befürchtungen, hier hört der Arzt dem Patienten zu, hakt nach, stellt ergänzende Fragen und untersucht den Patienten, um sich selbst ein Bild über Ernsthaftigkeit oder Lästigkeit der geklagten Symptome zu verschaffen. Das Gespräch zwischen Patient und Arzt steht im Zentrum einer humanen Medizin. Die Zeit, die man als Arzt hier investiert, zahlt sich doppelt und dreifach aus und schafft die Grundlage für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis (3-12). Die im Arzt-Patienten-Gespräch festgestellten Beschwerden und erhobenen Befunde bilden sowohl den Ausgangspunkt für gezielte weitere diagnostische Untersuchungen als auch die Basis für gemeinsame Diskussionen über Therapieoptionen und Präferenzen und bereiten eine gemeinsame Entscheidungsfindung vor (13-15). Sieht man von der Situation des bewusstlosen Patienten ab, in der das Sprechen, gemeinsames sprechendes Abwägen von Handlungsoptionen nicht möglich ist und in der der Arzt stellvertretend für den vital gefährdeten Patienten handeln muss, sowie von der Situation des sterbenden Patienten, in der vonseiten des Arztes alles gesagt ist, sich aus dem Sprechen keine Handlungen mehr ergeben und nur noch das tröstende ›Da-sein‹ wichtig ist (16), so stellt das Arzt-Patienten-Gespräch das Herzstück der Therapie dar.

In seinem Buch ›Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch‹ (17) unterscheidet Linus Geisler neun Schritte zum erfolgreichen Gespräch zwischen Arzt und Patient. Am Leitfaden dieser neun Schritte (siehe Tab. 6.1), jedoch mit eigenen Akzenten und Gewichtungen, will ich nachfolgend persönliche Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs und zur Bedeutung der Sprechstunde in der ärztlichen Praxis darstellen.

Tabelle 6.1:

9 Schritte zum erfolgreichen Gespräch zwischen Arzt und Patient (aus Leiß (40), modifiziert nach Geisler (17f))

	Selbstkritische Fragen:
1. Fähigkeit zur Selbstkritik	Ist das Gespräch befriedigend? Ist es belastend? Macht es aggressiv? Schales Gefühl?
2. sich selbst zuhören	Ist meine Fragetechnik adäquat? Verwende ich Man-Appelle, ja-aber-Formulierungen, Killerphrasen u.a.m.? Wird Gespräch der Zielsetzung gerecht?
3. den Gesprächsrahmen optimal gestalten	Unterbrechungen durch Mitarbeiter, Telefon, Gegensprechanlage u.a.m.? Ist der Ort des Gesprächs adäquat? Stimmen Distanz und Sitzordnung? Zeitdruck? Stimmt das Gesprächsklima?
4. aktives Zuhören lernen	Falle ich dem Patienten ins Wort? Gehe ich mit Gesprächspausen richtig um? Bin ich voll konzentriert? Achte ich auf nonverbale Kommunikation?
5. alle Botschaften einer Nachricht erkennen	Was ist die Hauptbotschaft? Sachinhalt? Selbstoffenbarung? Beziehung? Appell? Höre ich auf allen Ohren gleich gut? Sind neben der expliziten auch implizite Botschaften enthalten?
6. Fähigkeit zur Empathie	Habe ich dominantes Rollenverständnis? Überbetone ich 'emotionale Neutralität'? Versetze ich mich wirklich in die Lage des Patienten? Kann ich Gefühle des Patienten nachempfinden? Empfinde ich das Gespräch als 'echt'?
7. fragen lernen, zum Fragen anhalten	Gesprächseröffnung mit offenen Fragen? Wie oft Präzisierung mit W-Fragen? Verwende ich ungeeignete Fragetechniken (Suggestiv-, Doppel-, Wertungsfragen?) Stellt der Patient Fragen? Warum? Warum jetzt? Warum wiederholt? Halte ich den Patienten zum Fragen an?
8. Gespräche als geschlossenes Ganzes führen	Hat das Gespräch 4 Phasen: Eröffnung, Adaptation, Thematisierung u. Abschluss?

9. eine gemeinsame Wirklichkeit aufbauen

Ist die Kombination von Zuhören, Fragen und (seltenem) Intervenieren optimal? Ordne ich verbale und nonverbale Mitteilungen richtig ein? Gesprächsbilanz?

Glaube ich, dass es nur eine (absolute, objektive) Wirklichkeit gibt? Wie wirklich ist die eigene, subjektive Wirklichkeit? Bin ich bereit, die subjektive Wirklichkeit des Patienten zu ergründen? Mit ihm in einem gemeinsamen Bezugssystem zu kommunizieren?

6.1 Erster Schritt: Fähigkeit zur Selbstkritik

»Zuerst die Hauptsache. Die Hauptsache ist – wie fast immer bei Hauptsachen – keine Sache, sondern eine Einstellung, eine Haltung, Erst wenn man die Einstellung ändert, offenbart sich etwas Wesentliches.« (Alexander Mitscherlich) (18). Der erste Schritt zu einem erfolgreichen Gespräch zwischen Arzt und Patient liegt in der kritischen Reflexion meiner Einstellung als Arzt zu Stellenwert, Bedeutung und Funktion des ärztlichen Gesprächs (3-12). Welche Art von Medizin praktiziere ich? Bin ich naturwissenschaftlich orientiert, betreibe ich »eine Medizin für Körper ohne Seelen« und lasse andere »eine Medizin für Seelen ohne Körper« praktizieren (19-21)? Welchen Stellenwert haben Apparate und Geräte in meiner Medizin? Verstecke, verschanze ich mich hinter meinem Ultraschallgerät oder stehe ich über meinen Geräten? Wie wichtig ist mir das Gespräch mit dem Patienten? Kann ich auch über schwierige Themen wie Tod oder Sexualität offen mit dem Patienten reden (22-25) – oder sind mir solche Themen zu heikel, zu unangenehm? Blende ich solche Themen aus, lasse ich andere darüber reden? Bilde ich mich zu Aspekten der Kommunikation ähnlich fort wie zu fachlichen Themen?

Die Marburger Soziologin Christina Schachtner beschreibt in ihrem Buch ›Ärztliche Praxis – die gestaltende Kraft der Metapher‹ (26) verschiedene Schlüsselmetaphern, mit denen Ärzte ihr Selbstverständnis und ihr Verständnis von der Medizin, die ihnen am Herzen liegt, beschreiben (Tab. 6.2). Es lohnt sich, selbstkritisch über die eigene Schlüsselmetapher und ihre Metamorphose im Laufe der Berufstätigkeit (27) nachzudenken und herauszubekommen, welche Bedeutung das Gespräch mit dem Patienten im Kontext meiner Schlüsselmetapher hat. Bemühe ich mich, ein guter Arzt zu sein (28,29)? Wie sehe ich den Patienten, wie ernst nehme ich den Patienten? Ist mein Arzt-Patienten-Verhältnis von einer paternalistischen Sichtweise geprägt (30-33)? Sehe ich mich mehr als sachlichen

Anwalt, als Berater des mündigen Patienten (16)? Bin ich an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten (*shared decision making*) interessiert (14,32-34; Tab. 6.3)? Wie fremd ist mir die Rolle des teilnehmenden Begleiters bei Krebserkrankungen und beim Sterben (23), wo es keine kausale Therapie mehr gibt?

Tabelle 6.2:

Schlüsselmetaphern, nach denen Ärzte ihre Praxis beschreiben
(nach Schachtner (26))

- Retter- und Heilermetapher
 - Übel fernhalten oder beseitigen
 - aus Gefahrenzone herausholen
- Strukturmetapher
 - Ablehnung von Struktur
 - strukturorientiertes Handeln
- Prozeßmetapher
 - im Zeichen des Anfangens
 - Entwicklung fördern und begleiten
- Beziehungsmetapher
 - zwischen Sorge und Bewunderung
 - nach dem Muster eines Geschäfts
 - im Modus Angriff und Verteidigung
 - in Verbindung sein
- Gleichgewichtsmetapher
- Teile-Ganzes-Metapher
- Kontrollmetapher
- Entdeckermetapher

Neben diesen mehr grundsätzlichen Überlegungen zum Stellenwert des ärztlichen Gesprächs in der von mir praktizierten Medizin ist eine zweite selbstkritische Haltung erforderlich, und zwar während jedes einzelnen Gespräches. Dies beinhaltet der zweite Schritt.

6.2 Zweiter Schritt: Sich selbst zuhören zu können

Was ist damit gemeint? Als Gastroenterologe bezeichne ich diesen Gesprächsschritt als Berücksichtigung, als Ernstnehmen meines Bauchgefühls. Der Kommunikationspsychologe Friedemann Schulz von Thun spricht vom »inneren Team« und der »inneren Ratsversammlung« (35), auf dessen bzw. deren Stimmen ich zu achten habe. Wie fühle ich mich bei diesem Gespräch? Sitzt da einer, der mich mit seinen Monologen »zulabern« will, fühle ich mich als seelischer Mülleimer

missbraucht (36)? Wie gut gelingt es mir, hier Flagge zu zeigen, Grenzen zu setzen und den Dialog, das wechselseitige Gespräch wieder aufzunehmen? Neben der Selbstklärung, der Stimmigkeit mit dem eigenen Bauch, geht es auch um eine Feldklärung: Ist das, worüber gesprochen wird, der Situation angemessen? Ist meine Terminologie, meine Sprache für den Patienten verständlich? Ist meine Fragetechnik adäquat und erfolgreich? Höre ich richtig zu? Benutze ich ›Killerphrasen‹, nichtssagende Worthülsen? Wie flexibel kann ich im laufenden Gespräch die Einstellung, die Blende, die Tiefenschärfe ändern? Für die Stimmigkeit des Gesprächs kommt es sehr wesentlich darauf an, wie gut ich zwischen meinem Bauchgefühl einerseits und der Vogelperspektive andererseits wechseln kann. Schulz von Thun hat dies in die beiden Sätze gefasst: »Willst du ein guter Kommunikator sein, dann hör auch in dich selbst hinein!« und »Willst du ein guter Kommunikator sein, dann nimm auch den Systemblick ein!« (35).

Tabelle 6.3:

Charakteristika verschiedener Arzt-Patienten-Verhältnisse (aus Köhle (8))

	Paternalismus	Dienstleistung (informed choice)	Kooperation (shared decision)
Information	Vermittlung	Angebot	Verbindung von Verständnis mit Wissen
Entscheidung	Instruktion	Angebot → Nachfrage → Kontrakt	Vorschlag mit Alternativen → gemeinsame Evaluation → Berücksichtigung von Präferenzen → Aushandlung
Verantwortung	Fremdkontrolle (bis Abhängigkeit)	Selbstkontrolle (bis Autarkie)	gemeinsame Kontrolle in gegenseitigem Vertrauen (Autonomie)

6.3 Dritter Schritt: den Gesprächsrahmen optimieren

Bei Staatsbesuchen spricht man von einem ›Empfangsorchester‹, vom ›Zeremoniell‹ und davon, dass der ›rote Teppich ausgerollt‹ wird. Als Arzt muss ich zwar

für meine Patienten keinen roten Teppich ausrollen, aber innerlich empfangsbereit muss ich schon sein und zu Begrüßung und Einleitung des Gesprächs sind gewisse Zeremonien, sind habituelle Gepflogenheiten sehr hilfreich (17,37). Leider wird in Klinik und Praxis der Gesprächsrahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs oft nicht ausreichend berücksichtigt. Der Gesprächsrahmen bestimmt aber ganz wesentlich mit, unter welchem ›Stern‹ das Gespräch steht und wie erfolgreich es verläuft. Wie Linus Geisler in seinem Buch (17) betont, gilt es, die Distanzen der vier Raumzonen zu kennen und zu berücksichtigen: die Intimdistanz, die persönliche Distanz (die in verschiedenen Kulturen zwischen einem halben und eineinhalb Metern variieren kann), die gesellschaftliche Distanz und die Ansprachedistanz. Der von Telefonaten, Computermasken, Gegensprechanlagen u. a. ungestörte, geschützte Raum, die Atmosphäre des Sprechzimmers, die Sitzgelegenheiten, die gleiche Augenhöhe, das gesamte ›Setting‹ – all dies hat wesentlichen Einfluss auf das Gelingen des Gesprächs (17,37). Eine persönliche Sprechzimmer-Atmosphäre, häufiger Blickkontakt, ein interessierter Gesichtsausdruck und verständnisvolles Kopfnicken, offene, zum Gespräch ermunternde Fragen und eine verständliche Sprache unter Einbeziehung der Worte des Patienten begünstigen ein Sich-öffnen für psychosoziale Aspekte und Anvertrauen von privaten Details. Ein optimaler Gesprächsrahmen schließt ärztliche Verhaltensmaßnahmen ein, die die Güte und Vollständigkeit der Anamneseerhebung beeinflussen (38,39; siehe Tab. 6.4). Nur dann, wenn der Gesprächsrahmen und das Gesprächsklima stimmen, ist der vierte Schritt möglich.

6.4 Vierter Schritt: Aktives Zuhören

Ärztliche Tätigkeit fängt mit Zuhören an (40). »Zuhören ist die Seele des Gesprächs« (41). Auch während der diagnostischen Abklärung, auch bei Beginn einer medikamentösen Therapie und vor allem bei der Begleitung chronisch kranker Patienten ist Zuhören wesentliches Element ärztlicher Tätigkeit. Zuhören ist etwas anderes als Hören. Geschultes Zuhören, aktives Zuhören bedeutet aufnahmebereite Zuwendung, bedeutet Eingehen auf ein Gegenüber, bewusste Konzentration auf seine Sprache, seinen Dialekt und seine Wortwahl, ein Fühlen seiner Stimme, die Stimmung widerspiegelt, ein Achten auf seine Körpersprache, seine Mimik und Gestik (40). Zum richtigen Zuhören gehört die bewusste Zurückstellung eigener Bedürfnisse und Reaktionen, gehören Aufmerksamkeit, Anerkennung und Bestätigung. Toleranz und Respekt für die Gefühle anderer (wie für unsere eigenen) machen uns fähig, das tiefere Leid herauszuhören, das sich meist hinter der Wut und Verbitterung eines anderen Menschen verbirgt. »Wenn Gefühle nicht gehört und angenommen werden, leidet die Seele, und die Persönlichkeit kann sich nicht entfalten« (42). Gehört werden bedeutet, ernst genommen zu werden.

Tabelle 6.4: **Ärztliche Verhaltensmaßnahmen, die Güte und Vollständigkeit der Anamneseerhebung beeinflussen** (modifiziert nach Drossmann (38))

Verhalten	begünstigende Faktoren	behindernde Faktoren
<i>nonverbal</i>		
Sprechzimmer- Atmosphäre	persönlich, komfortabel	geräuschvoll, physikalische Hindernisse
Blickkontakt	häufig	selten oder konstant
Körperhaltung	offen, unbehindert, relaxt	angespannt, Arme verschränkt
Kopfnicken	hilfreich, wenn zur rechten Zeit	selten oder exzessiv
Körperdistanz	in Berührungsnähe	zu nah oder zu weit entfernt
Gesichtsausdruck	interessiert, verständnisvoll, empathisch	gelangweilt, missbilligend, voreingenommen
Berührung	hilfreich, um Empathie zu vermitteln	unaufrichtig, wenn nicht passend oder zur rechten Zeit
<i>verbal</i>		
Frageform	offene Fragen zur Gesprächs- eröffnung	rigider oder stereotyper Stil
	geschlossene Fragen zur Präzisierung	Mehrfachfragen, Suggestivfragen,
	Benutzung der Wortwahl des Pat.	Benutzung von Fremdwörtern
	wenige Fragen u. Unterbrechungen	viele Fragen u. Unterbrechungen
Fragestil	nicht wertend	wertend
	an Antworten des Pat. anknüpfend	nach vorgefertigtem Schema
	zur Erzählung ermunternd	Abhaken von Standardfragen
	angemessene Gesprächspausen	häufige Unterbrechungen
	angemessene Rückversicherung	vorzeitige oder ungewünschte Rückversicherung
	Erhebung der psychosozialen Daten mit Fingerspitzengefühl	Vernachlässigung psychosozialer Daten oder nur Stichproben

Aktives Zuhören ist Eingehen auf Wünsche, Ängste, Sorgen und Befürchtungen eines anderen. Es beinhaltet mehr als das Gesprochene zu erfassen, es bedeutet auch ein Gespür zu entwickeln für das Hintergründige, das Unausgesprochene und

die Zwischentöne. Aktives Zuhören ist an vier Voraussetzungen gebunden: Interesse, Bereitschaft zuzuhören, Fähigkeit zuzuhören und die Fähigkeit, völlig präsent zu sein (17a). Epstein spricht – in Anlehnung an buddhistische Meditationstechniken – vom Sich-leer-machen vor Beginn des Gesprächs, vom bereit sein für Neues, für Überraschendes, vom ›offen sein‹ (11,12). Uexküll spricht von der Neugier und Aufmerksamkeit und von der Notwendigkeit, den Patienten – in Peirce'scher Perspektive – sowohl phänomenologisch-qualitativ als ganze Person, als *Icon* zu sehen als auch leiblich und verbal auf indexikalische Zeichen zu achten, die auf etwas Verknüpftes hinweisen, und auf symbolische Zeichen, die auf etwas Anderes hindeuten (19). Die aufnahmebereite Zuwendung kann verbal durch ergänzende oder klärende Fragen und nonverbal durch Blickkontakt, Körperhaltung und Ausdruck signalisiert werden. »Aktives Zuhören ist schwieriger als Sprechen. Es erfordert Geduld, Konzentration, Disziplin, analytisches Denken und ein Gespür für Zwischentöne« (17b).

6.5 Fünfter Schritt: alle Botschaften erkennen

Sprechen ist immer mehr als die Übermittlung von Sachinformationen. Kommunikationspsychologisch können bei jeder Übermittlung einer Nachricht vier Seiten (Abb. 6.1) unterschieden werden (43,44):

- 1) Sachinhalt (Information)
- 2) Selbstoffenbarung
- 3) Beziehung (Kontakt)
- 4) Appell

Die Nachricht im Sinne zwischenmenschlicher Kommunikation ist die Gesamtheit der Botschaften, »...das ganze vielseitige Paket mit seinen sprachlichen und nicht-sprachlichen Anteilen« (17c), die der Sprechende, der Sender, dem Zuhörenden, dem Empfänger, übermittelt. Die richtige Entschlüsselung der Nachricht, das Verstehen der vier Botschaften, setzt voraus, dass der Zuhörende, der Empfänger, für jeden Aspekt der Nachricht ein eigenes Ohr hat, also ›vierohrig‹ zuhört: mit einem Sachohr, einem Beziehungsohr, einem Selbstoffenbarungsohr und einem Appellohr (Abb. 6.2). Das Gelingen einer Kommunikation hängt davon ab, inwieweit die vier verschiedenen Seiten einer Nachricht, die ein sehr unterschiedliches Gewicht besitzen können, mit den entsprechenden vier Ohren gehört werden und inwieweit der Zuhörende in der Lage ist, zu erkennen, dass die vordergründig wichtig erscheinende Botschaft nicht die entscheidende sein muss und dass die implizit übermittelten Botschaften wichtiger sein können als die explizit formulierte Sachinformation. Dies setzt voraus, dass der Empfänger aktiv

Abbildung 6.1:

Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht (nach Schulz von Thun (43,44))

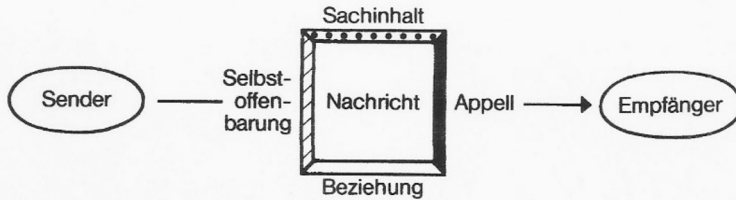


Abb. 4: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation.

zuhört, sich systematisch beim Zuhören auf das Erfassen impliziter Botschaften einstellt, eine Antenne für Zwischentöne hat und nonverbale Nachrichtenanteile wie Stimmlage und Körpersprache, Mimik und Gestik sorgfältig beobachtet.

Abbildung 6.2:

Der vierohrige Zuhörer (nach Schulz von Thun (43,44))



Vom Meister der Körpersprache, dem großen Pantomimen Samy Malcho (45) stammen die treffenden Sätze »Der Körper ist der Handschuh der Seele, seine Sprache das Wort des Herzens. Wenn wir offene Sinne und ein waches Auge für die Signale und Kommentare unserer Körpersprache haben, können viele Gespräche und Begegnungen leichter und erfolgreicher verlaufen. Die Kenntnis der Körpersprache öffnet direkte Wege zueinander und einen freieren Umgang miteinander«

(45). Vom Emotionsforscher Paul Ekman kann man lernen, an sich selbst zu spüren, wann man sich in einem emotionalen Zustand befindet, sensibler für die Gefühle anderer zu werden und behutsam mit dem umzugehen, was man über den Gefühlszustand anderer zu wissen glaubt (46). Und Ronald Epstein hat feinfühlig beschrieben, was eine ›achtsame Praxis‹ ausmacht (11) und welche Auswirkungen sie auf Patient und Arzt hat (12).

Über das vierkanalige Aufnehmen von Sach-, Beziehungs-, Selbstoffenbarungs- und Appellaspekten einer Botschaft hinaus ist der sechste Schritt für ein gelingendes Gespräch und die Herstellung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ganz wesentlich.

6.6 Sechster Schritt: Fähigkeit zur Empathie

Empathie bedeutet das Sich-hineinversetzen in die Welt und die Situation des Patienten und das Bemühen, das Erleben eines anderen Menschen so vollständig und genau nachzuvollziehen, als sei es das eigene (47-53).

Empathie ist der Versuch, die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung zu verringern und abzubauen – durch Respekt vor der Person des Patienten, durch geduldiges Anhören biografischer Details, durch verständnisvolles Eingehen auf Ängste und Sorgen des Patienten und durch Offenheit für Erfahrungen des Patienten. Empathie als Versuch des Verstehens von inneren Erfahrungen anderer sieht den Patienten als Person, nicht als Objekt. Empathisches Eingehen auf den anderen als Person erfordert menschliche Wärme, ein Klima des Vertrauens, aktives ›*vierohriges*‹ Zuhören, gleichschwebende Aufmerksamkeit, persistierenden Respekt in sich ändernden situativen Anforderungen, Offenheit für den Gesprächsverlauf und Toleranz hinsichtlich der Ungewissheit des Ausgangs (11,12). Empathisches Eingehen auf den anderen ist eine besondere Form der Wahrnehmung, ist nachempfindende Introspektion.

In dem wunderbaren Buch von Howard Spiro et al. ›*Empathy and the Practice of Medicine*‹ (47) drückt Reiser (54) das so aus:

- »This brings us to the place of the patient's story, the history, in clinical medicine. It is the main source of knowing illness in ways that technology cannot fathom. Only the patient's story gives human meanings to the facts elicited by technology. The test can tell the blood count is low, the patient can tell what it means to live with it.
- The ability to enter the patient's life, the essence of empathy, is practiced less often than the ability to enter into the patient's body through medical technology. This imbalance must and can be corrected. Physicians need both kinds of knowledge. Technologic knowledge creates a portrait of being. Empathic

knowledge creates a portrait of meaning. Linked together the two views recreate as nearly as possible the person who is the patient« (54).

Empathie ist die Brücke, die aus der eigenen Wirklichkeit in die Wirklichkeit des Patienten führt und es ermöglicht, eine gemeinsame Wirklichkeit zu finden.

6.7 Siebter Schritt: richtig fragen

Richtig fragen ist eine Kunst. Die Kunst der Anamneseerhebung (55-57), beschränkt sich jedoch nicht auf die Erfassung der ›Landkarte der Beschwerden‹ und der sieben ›Ws‹ zur Analyse der Symptome (siehe Tabelle 6.5: Schritte 3 und 4 der Anamneseerhebung). Die Kunst der Anamneseerhebung schließt auch Fragen ein, die ich mir selbst als Arzt stellen sollte, um psychosoziale Aspekte der Erkrankung zu erfahren, zu verstehen und therapeutisch nutzen zu können (siehe Tabelle 6.6) (38,39).

Man sieht bekanntlich nur, was man sucht – und man erkennt nur, was man kennt. Um was geht es in der Sprechstunde? Was ist mit Krankheit gemeint? *Disease? Disability? Illness?* Wegen welcher Beschwerden und Symptome gehen Patienten zum Arzt und was steckt hinter diesen Beschwerden? Kroenke und Mangelsdorff (58) haben vor über 30 Jahren hierzu eine eindrucksvolle Untersuchung vorgelegt: Sie haben 1000 Patienten bezüglich ihrer Beschwerden, die Anlaß zum Arztbesuch waren, befragt und die Patienten über drei Jahre nachbeobachtet. Die Ergebnisse sind für die Frage, um was es in der Sprechstunde geht, von zentraler Bedeutung (Abb. 6.3) (58):

- 1) Die Patienten kommen nicht mit bestimmten Krankheiten, sondern mit mehr oder weniger diffusen Symptomen.
- 2) Mit den Symptomen und Beschwerden geht ein ›Hof‹ von Ängsten, Befürchtungen und Erwartungen einher.
- 3) Nur in 10 bis 16 % der Fälle lag den Beschwerden eine organische Erkrankung zugrunde.

Wie muss ich fragen, um den Hof von Ängsten, Befürchtungen und Erwartungen zu erfassen (siehe Tab. 6.7)? Wie lässt sich herausfinden, ob die Beschwerden Zeichen einer *Disease* sind oder Sorgen einer *Disability* oder Ängste einer *Illness*? Das biopsychosoziale Konzept von Engel (19-21,59,60) kann helfen, nicht einäugig an die Dinge heranzugehen, sondern in einem ganzheitlichen Ansatz, einem Ansatz, der sowohl die organische Erkrankung, als auch die Behinderung im Alltag und das subjektive Leiden in den Blick nimmt (siehe Abb. 4). Meine Werkzeuge zur Erfas-

Tabelle 6.5:

Technik der Anamneseerhebung (nach Adler (56) und Adler und Hemmeler (57))

1. Schritt: Begrüßung und Vorstellung
 2. Schritt: Gestalten einer günstigen Situation
 3. Schritt: Landkarte der Beschwerden
 4. Schritt: jetziges Leiden
 - zeitliches Auftreten
 - Qualität
 - Intensität
 - Lokalisation und Ausstrahlung
 - Begleitzeichen
 - intensivierende / lindernde Faktoren
 - Begleitumstände
 5. Schritt: persönliche Anamnese
 6. Schritt: Familienanamnese
 7. Schritt: psychische Entwicklung
 8. Schritt: Soziales
 9. Schritt: Systemanalyse
 10. Schritt: Fragen / Pläne
-

sung der Welten des Patienten sind das Normalobjektiv, Weitwinkelobjektiv und Zoom (Tab. 6.8) (61). Mit meinem ›subjektiven‹ Normalobjektiv, der Linse in meinen Augen, meinen fünf Sinnen, meinem Fingerspitzengefühl und meiner Erfahrung erfasse ich eine bestimmte Welt, den Mesokosmos, die menschliche Mitwelt, die mir gegenüber tretende Person. Mit einem anderen Objektiv, einem Weitwinkelobjektiv, meinen Fragen zur Biografie, zur Familie, zu Beruf und sozialer Situation habe ich den Makrokosmos im Blickfeld, die Umwelt, die soziale und berufliche Situation, das Umfeld, den Kontext. Mit meinen Vergrößerungsobjektiven, meinen Zooms, meinen Mikro- und Endo-Skopen, meinen sogenannten bildgebenden Verfahren wie Ultraschall, CT und MRT fokussiere ich wieder auf eine andere Welt, den Mikrokosmos, die Organe, die Zellen (Tab. 6.8) (61). (Welche Arroganz, nur beim Ultraschall, bei CT und MRT von ›Bild-gebenden‹ Verfahren zu reden, als ob

Tabelle 6.6:

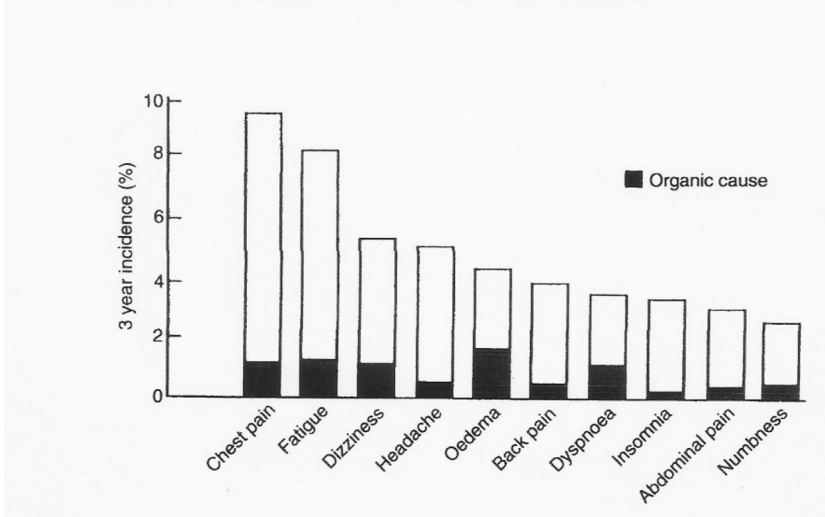
Fragen, die sich der Arzt stellen sollte, um psychosoziale Aspekte der Erkrankung zu erfahren, zu verstehen und therapeutisch nutzen zu können (nach Drossman (38,39))

-
1. Hat der Patient eine akute oder eine chronische Krankheit?
 2. Was ist die Leidensgeschichte des Patienten?
 3. Warum kommt der Patient jetzt?
 4. Welche Vorstellungen und Erwartungen hat der Patient?
 5. Wie nimmt der Patient seine Symptome wahr? Reagiert er adäquat?
 6. Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf den Patienten?
 7. Liegt eine psychiatrische Krankheit vor?
(Depression, Angststörung, Somatisation, somatoforme Erkrankung?)
 8. Bestehen kulturelle oder ethnische Einflüsse?
 9. Wie gehen Familienmitglieder mit der Erkrankung des Patienten um?
 10. Hat der Patient für die Gesundheit förderliche Persönlichkeitsfaktoren und/oder soziale Unterstützungssysteme?
 11. Wie weit (und wie invasiv) muss die diagnostische Abklärung (vor) gehen?
 12. Wann muss eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung empfohlen werden?
-

die Krankheitsgeschichte, das Narrativ, kein Bild ergäbe.). So wie sich ein guter Fotograf nur mithilfe eines geschickten Wechsels der Perspektiven und der Objektivität ein umfassendes Bild eines Gegenstandes machen kann, kann auch ich nur fragend und sprechend den Hof, den Nebel von Ängsten, Befürchtungen und Erwartungen, der mit den Symptomen der Patienten einhergeht, lichten und klären.

Von Engelhardt stammt – wie schon im einleitendem Kapitel 1 angeführt – der die ärztliche Grundsituation so treffend beschreibende Satz »Jemand hat Beschwerden, aber er weiß nicht, wie sie einzuordnen sind. Eine neue, unbekannte Empfindung seines Körpers bedrückt ihn, und er kann sie noch nicht deuten. Deshalb geht er eines Tages zu einem Arzt, damit aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (62). Um als Arzt einordnen und deuten zu können, muss ich richtig fragen können (Tab. 6.5-6.7). Manchmal muss das »einordnen und deuten« mit wenigen Fragen sehr schnell gehen, wenn es darum geht, ob eine lebensbedrohliche Situation vorliegt und z.B. eine Einweisung in eine Klinik, auf eine Inten-

Abbildung 6.3:
3-Jahresinzidenz der häufigsten Symptome einer internistischen Ambulanz incl. des Anteils an organischer Ursache (nach Kroenke und Mangelsdorf (58))



sivstation nötig ist. Meist geht es darum, mit gezielten Fragen die Symptomatik des Patienten zwei großen Bereichen ›organische Erkrankung‹ oder ›funktionelle Störung‹ zuzuordnen. Gerade bei mehrdeutigen, diffusen Symptomen, kommt es darauf an, herauszubekommen, wie im Kontext der Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation die funktionellen Beschwerden gedeutet und behandelt werden können (63): Sind sie Störungen einer Funktion? Was ist die Funktion der Störung?

Beim Herstellen des Kontextes und Ausloten der Systemebenen (61) ist eine gute Frage bereits ein Teil der Therapie. Dadurch, dass ich als Arzt danach frage, wie der Patient mit seinen Symptomen umgeht, wie er darauf reagiert, welche Auswirkungen die Beschwerden auf Aktivitäten des täglichen Lebens haben, welche Krankheitsvorstellungen, Sorgen und Befürchtungen er hat (51,52), spürt der Patient, dass sein Arzt sich nicht nur um seinen Leib müht, sondern auch seine Seele sieht. Er fühlt sich als Person, als Mensch ernst genommen und angenommen. Dieses Gefühl des Angenommenseins bildet das Fundament einer tragfähigen Patienten-Arzt-Beziehung.

An der Art und Intensität des Gesprächs, an Respekt und Würde, mit der er behandelt wird, merkt der Patient, ob sein Arzt den Blick einseitig auf die Krankheit richtet und den kranken Menschen außen vorlässt. Insbesondere bei funktionellen Symptomen und chronischen Beschwerden ist »die mittragende, die mitgehen-

Tabelle 6.7: **geeignete und ungeeignete Fragetechniken** (nach Geisler (17e))

Fragetechnik	Charakteristikum	Bedeutung
I. Geeignete Fragetechniken:		
geschlossene (strukturierte) Fragen Entscheidungsfragen	nur mit Ja / Nein zu beantworten	Vorteil: rascher, gezielter Informationsgewinn, kein 'Ausufern' Nachteil: wenig zur Gesprächseröffnung und -vertiefung geeignet; Gefahr pseudo-präziser Antworten
offene (nicht strukturierte) Fragen	Antwort frei formulierbar	Vorteil: geeignet zur Gesprächseröffnung und -vertiefung; aufschließend, ermutigend, kontaktfördernd Nachteil: thematisches Abweichen und Ausufern
W-Fragen (wann, was, wo, wer, wie?)	halbstrukturierte gezielte Fragen	geeignet zur Verdeutlichung bestimmter Punkte
Sondierungsfragen	eng umschriebene Fragestellung	freie Schilderung eines umschriebenen Sachverhalts
Kontrontationsfragen	Entgegenhalten früherer Aussagen	Aufzeigen und Auflösen von Widersprüchen
Reflexionsfragen	'Echo'-Fragen	Vertiefung eines angeschnittenen Themas
Interpretationsfragen	Schlußfolgerungen enthaltende Fragen	Problemverdeutlichung; da wertend, nur sparsam verwenden
II. Ungeeignete Fragetechniken:		
<i>a) unproduktive Fragetechniken:</i>		
Suggestivfragen	Vorwegnahme der Antwort	zur Problemlösung kaum geeignet, ausnahmsweise zur Ermunterung; Wurzeln: Vorurteile, Wunschenken
Doppel-(Mehrfach-)fragen	Erwartung gleichzeitig mehrerer Antworten	Überforderung des Gesprächspartners; Wurzeln: Ungeduld, Zeitdruck
Überfallfragen	Überrumpelungstechnik	Gefahr: Aggression und unzutreffende Antworten

b) verbotene Fragen:

Fangfragen	Hereinlegen des Gesprächspartners	
Neugierfragen	Neugierde einzige Triebfeder der Frage	
sokratische Fragen	Unbeantwortbarkeit als Absicht	Vernachlässigung von Empathie und Wertschätzung Asymmetrie, Gesprächshemmung
Wertungsfragen	Vorwegnahme von Wertungen	
Aggressionsfragen	Frage beinhaltet (persönlichen) Angriff	
Floskelfragen	oberflächliche Klischee-Technik	

Tabelle 6.8: **Werkzeuge zur Erfassung der (Popper'schen) 3 Welten des Patienten (61)**

- Weitwinkelobjektiv ('Kultur' (Poppers Welt 3)):
 - biographische Anamnese, Familien- und psychosoziale Anamnese
- Normal-Objektiv ('Person' (Poppers Welt 2)):
 - Auge, Ohr, Nase, (Fingerspitzen-) Gefühl, Erfahrung, ärztliche Gespräch
- verschiedene Zooms ('Natur' (Poppers Welt 1)):
 - CT- / MRT-Gerät, Röntgen-, Ultraschall-Gerät, Endoskop, EKG, EEG, Mikroskop, klinische Chemie,...

de und empathische Einstellung, die dem Kranken das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen gibt« (64a), entscheidend. Durch Verzicht auf therapeutische Grandiosität und durch Respekt vor den autonomen Reparationsversuchen des Patienten kann ein Klima in der Arzt-Patienten-Beziehung geschaffen werden, dem seinerseits therapeutische Funktion zukommt (64b).

Der Patient kennt sich und seinen Körper besser als der Arzt. Den Patienten zu fragen, was er denn selbst für die Ursache seiner Beschwerden halte, kann die Arzt-Patienten-Beziehung festigen helfen. Sich Laienätiologien anzuhören und dabei frustrane Therapieversuche oder Präferenzen für bestimmte Behandlungsansätze herauszuhören, solche Patienten-Vorstellungen wo nötig zu korrigieren oder bei der Erstellung eines Therapieplanes zu berücksichtigen (65), ist wichtig. Eine Einbeziehung der Patientenperspektive (65,66) kann zur Vertiefung und Bereicherung des Arzt-Patienten-Verhältnisses beitragen. Auf der Grundlage eines vertrau-

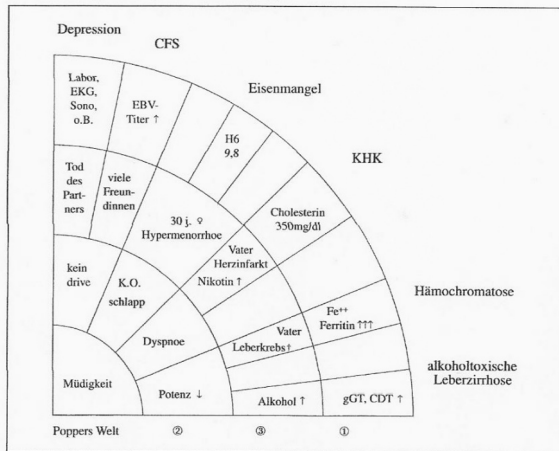
lichkeit des Patienten, die Sorgen, Ängste und Deutungsversuche des Patienten, gilt es, ernst zu nehmen, die vom Patienten benutzten sprachlichen Begriffe müssen linguistisch bezüglich ihrer ›referential meaning‹, ihrer ›social meaning‹ und ihrer ›affective meaning‹ differenziert werden (71). Die ›referential meaning‹ beinhaltet das naturwissenschaftlich objektiv Gemeinte oder das dahinterstehende Konzept. Mit ›social meaning‹ sind Umfeld, Kontext und soziale Welt gemeint, die ›affective meaning‹ fokussiert auf die ganz persönliche gefühlsmäßige Bedeutung, die in dem Begriff mitschwingt.

Lassen Sie mich das an einem Beispiel erläutern: Was meint der Patient mit dem sprachlichen Begriff ›Durchfall‹? Mit gezielten Fragen zu Stuhlkonsistenz, Stuhlfrequenz, Begleitsymptome u.a.m. mache ich mir ein Bild zur ›referential meaning‹, und kann dabei im Grunde schon differenzialdiagnostisch zwischen falscher Diarrhö/Überlaufdiarrhö, echter Diarrhö und Inkontinenz unterscheiden. Mit Fragen zu Auftreten und zu Begleitumständen des Symptoms im beruflichen und familiären Kontext des Patienten erfasse ich die ›social meaning‹: es ist ein erheblicher Unterschied, ob der Colitis-ulcerosa-Patient als Bankangestellter wiederholt Kundengespräche wegen imperativen Stuhldrangs unterbrechen musste oder ob er seine Arbeit am Computer jederzeit unterbrechen und die in der Nähe des eigenen Arbeitszimmers befindliche Toilette problemlos aufsuchen kann. Es bedarf oft eines gewissen Fingerspritzengefühls, um auch die ›affective meaning‹ des sprachlichen Begriffs Durchfall zu erfassen: Schämt sich die 70-jährige Diabetikerin, dass ihr behinderter Ehemann wiederholt nachts Bett und Teppich von Stuhl reinigen musste? Kann sie darüber sprechen, was es für sie bedeutet, an die häusliche Toilette ›angebunden‹ zu sein, nicht mehr ins Theater oder zu Freunden gehen zu können?

Die ärztliche Aufgabe, mit richtigen Fragen den Kontext herzustellen (61), will ich an einem anderen Beispiel vertiefen: Was meint der betreffende Patient mit dem mehrdeutigen sprachlichen Begriff ›Müdigkeit‹ (72,73)? Was ist seine ›referential meaning‹ von ›Müdigkeit‹? Beinhaltet das für den Patienten Schlappeheit, Kraftlosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, fehlender Drive, Lustlosigkeit oder was auch immer? In einem zweiten Schritt muss ich die ›social meaning‹ erfragen und herausarbeiten. Mit dem Weitwinkelobjektiv muss ich versuchen, das zweite Welten-Triplett, Poppers Welt 3 (70), das familiäre und soziale Umfeld des Patienten, zu erfassen. Die Kenntnis des kürzlichen Todes des Ehemanns hilft mir, die Müdigkeit als Teil-symptom einer reaktiven Depression zu interpretieren. Meint der Patient mit Müdigkeit konkret die Müdigkeit im Bett, meint er Libido- und Potenzschwäche, kann mich der Hinweis auf den Tod des Vaters an Leberzirrhose an eine Störung des Eisenstoffwechsels, eine Hämochromatose, denken lassen. In einem dritten Schritt, unter Wechsel des Objektivs und mithilfe von Zooms (Laboruntersuchungen, bildgebenden Verfahren, Endo- und Mikroskopie) geht es dann um die Erfassung der Welt 1, der naturwissenschaftlichen Fakten, die schließlich die eindeutige Über-

setzung des Basentriplets, des Welten-Triplets, der Normal-, Weitwinkel- und Zoom-Objektive in die Gesamtdiagnose ermöglichen (siehe Abb. 6.6) (61).

Abbildung 6.6:
Symptom-Code: Übersetzung der bio-psycho-sozialen Symptome
in eine Diagnose (nach Leiß (61))



Am Beispiel der Metapher von der Sprache der Natur und der Übersetzung der Basentriplets der DNA habe ich versucht, die Vorgehensweise und Praxis der Übersetzung der Patienten-Symptome in übergeordnete Zusammenhänge und Bedeutungen verständlich zu machen, damit – wie Engelhardt sagt – »aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (62), Handlungsoptionen geklärt und aktives Handeln möglich werden. Das Einordnen und Deuten der Symptome kommt manchmal einer Tätigkeit gleich, die René Magritte im Bild des Malers dargestellt hat: im Gegebenen (Betrachten eines Eies) das Nicht-Gesagte, das Mögliche, das Potenzielle (den Vogel) mitzusehen und sich »auszumalen« (74).

6.8 Achter Schritt: Gespräche als geschlossenes Ganzes führen

Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch sollte einen roten Faden, eine gewisse Strukturierung und verschiedene Phasen aufweisen: die Eröffnung, die Adaptation, die Thematisierung und den Abschluss (17,37). Auf die Bedeutung des Gesprächsrahmens, der Atmosphäre des Sprechzimmers, bin ich eingegangen (siehe 6.3), bezüglich des Gesprächsanfangs gilt Goethes Maxime: »Wer das erste Knopfloch verfehlt, kommt mit dem zuknöpfen nicht zurande«. Soll das Gespräch bei vollem Wartezimmer zeitlich nicht ausufern, so muss ich den Gesprächsabschluss ins Blick-

feld nehmen, die Gesprächsbilanz zusammenfassen und ggf. Termine für Fortsetzungsgespräche vereinbaren. Um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, sind mitunter mehrere Gespräche in geregeltem Abstand erforderlich. Das Einzelgespräch als geschlossenes Ganzes ist eine Einzeldosis. Manchmal – wie bei der perioperativen Antibiotikagabe – ist das ausreichend. Manchmal, wie z.B. bei der Digitalisierung, wird der therapeutische Spiegel erst nach mehreren Dosierungen erreicht, zur Erhaltung des Spiegels sind dann kleinere Dosierungen ausreichend.

6.9 Neunter Schritt: Aufbau einer gemeinsamen Wirklichkeit

Wenn mit aktivem, empathischem Zuhören, mit richtigen Fragen und mit gelungener diagnostischer Übersetzung der Symptome (siehe 6.7) das Fundament für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung gelegt wurde, dann ist auch der letzte Schritt, die Begegnung im Gespräch (17) und die Gestaltung einer gemeinsamen Wirklichkeit (19-21) möglich. Ich komme zur therapeutischen Funktion von Gesprächen, zum Gespräch als Therapie (Tab. 6.9) (53).

Tabelle 6.9:

Stufen des therapeutischen Gesprächs (die spätere Stufe schließt die jeweils vorausgehende Stufe ein; nach Lang H. (53))

	Alltagsgespräch	ärztliches Gespräch	professionell-psychotherapeutisches Gespräch
Gesprächs-Partner	„confidant“	Arzt	professioneller Psychotherapeut
Indikations-Bereich	belastende Emotionen u. Situationen	funktionelle Störungen, „frische“ Psychosomatosen, Konfliktreaktionen	Neurosen, Psychosomatosen, (chronifizierte) funktionelle Störungen, Borderline-Störungen
Medium	Verbalisierung belastender Emotionen und Situationen in einer vertrauensvollen Beziehung	therapeutische Beziehung, „Droge Arzt“	Durcharbeiten der strukturellen Konflikthaftigkeit (des „Übertragungsprozesses“)
Ziel	Abmilderung, Distanzierung von Belastungen, Krisenbewältigung, Symptombeseitigung	Klärung und Sanierung der Auslösesituation	Änderung der neurotischen bzw. psychosomatischen Struktur

Weiter oben (in Abschnitt 6.6) wurde die Empathie als eine Brücke bezeichnet, die aus der eigenen Wirklichkeit in die Wirklichkeit des Patienten führt und es ermöglicht, eine gemeinsame Wirklichkeit zu finden. Die therapeutische Funktion des ärztlichen Gesprächs besteht darin, Brücken zu bauen, mit Metaphern Brücken zu bauen, Brücken zum Leibverständnis und zur Psychosomatik, zum Selbstverständnis der eigenen Person und zum Weltverständnis, zur Philosophie. Warum sind Metaphern beim Brückenbauen so hilfreich?

Metaphern sind eine Form symbolischer Sprache und ein therapeutisches Werkzeug, das rational nicht vollständig erfasst werden kann. Metaphern erlauben ein ganzheitliches, ein archetypisches Erfassen, einen Zugang und ein ›In-Kontakt-kommen‹ mit dem inneren Kind in uns. Metaphern bringen Einstellungen und Haltungen auf den Punkt, sie ermöglichen eine unbewusste Umstrukturierung und eine kreative Umdeutung (Tab. 6.10). Metaphern sind Sichtweisen, Brillen für Weltbilder, die unterschiedliche Aspekte eines Konzepts, eines Problems beleuchten (75-79).

Tabelle 6.10: **Vielfältige Bedeutungen von Metaphern**

- therapeutisches Werkzeug, das nicht vollständig analysiert werden kann
- ganzheitliches Erfassen, bildhafte Vertrautheit
- eine Form symbolischer Sprache
- Zugang zu Emotionen (rechte Hirnhälfte), zu mentalem Raum zwischen Logik und Phantasie
- in-Kontakt-kommen mit dem ‚inneren Kind‘
- prägende Kraft von Metaphern / Metaphern, nach denen wir leben
- Metaphern ermöglichen eine unbewusste Umstrukturierung und kreative Umdeutung (reframing)

Mit Metaphern Brücken zur Psychosomatik bauen – was damit gemeint ist, soll an einem Beispiel verdeutlicht werden: »Redewendungen sind kein leeres Gerede. Da steht immer was dahinter. [...] Da werden uralte Erfahrungen der Menschheit ausgedrückt. Betreffen sie Körperfunktionen, die durch psychische Erregung hervorgerufen werden, dann beschreiben sie treffend Psychosomatik« (80). Die Weisheit der Sprache ist uns im Alltag meist nicht bewusst. Mit mehr Gespür und Sprachgefühl lassen sich viele Redewendungen jedoch diagnostisch und therapeutisch nutzen. Die passende Redewendung kann »dem Kranken helfen, seine psychosomatische Störung besser zu verstehen, zu akzeptieren und sich psychotherapeutischer Behandlung zu öffnen« (80). Die Frage ist: Soll er sich nur beim

psychotherapeutischen Spezialisten öffnen? Kann und muss nicht jeder Arzt zur Erhellung des Hintergrundgeschehens beitragen?

Ergibt die Abklärung von Schluckbeschwerden und Kloßgefühl im Hals unauffällige Befunde der HNO-Untersuchung, der Gastroösophagoskopie und der Sonografie der Schilddrüse, liegt keine Verbreiterung des Mediastinums und keine Motilitätsstörung des Ösophagus vor, können Fragen an den Patienten, an was er denn bei Beginn der Symptomatik oder früher »zu schlucken hatte« oder »auf was oder wen er denn einen Hals hatte«, bisher verschwiegene psychische Belastungssituationen offenlegen helfen und Verständnis für die psychische Genese der Beschwerden wecken (79).

Ein Beispiel für Metaphern als Brücken zum Selbstverständnis sei durch Ericksons Art des »In-Kontakt-kommens« mit dem inneren Kind in uns verdeutlicht, mit seiner verständlichen Sprache mit einem 6-jährigen Kind und seinem non-direktiven Vorgehen am Beispiel des Daumenlutschens: »Nun lass uns mal eine Sache klarstellen. Dieser linke Daumen von dir ist dein Daumen; dieser Mund von dir ist dein Mund; diese Vorderzähne von dir sind deine Vorderzähne. Ich denke, du hast ein Recht darauf, mit deinem Daumen, deinem Mund und mit deinen Zähnen alles zu tun, was du willst. [...] Eines der ersten Dinge, die Du im Kindergarten gelernt hast, ist, abwechselnd dranzukommen. Du kamst abwechselnd mit diesem kleinen Mädchen und mit jenem kleinen Jungen bei Dingen im Kindergarten dran. [...] Du hast zuhause gelernt, abwechselnd dranzukommen. Wenn die Mutter das Essen aufträgt, bekommt zuerst der eine Bruder, dann bist Du vielleicht dran, dann ist vielleicht die Schwester dran und dann ist die Mutter dran. Wir nehmen die Dinge immer abwechselnd dran. Doch ich glaube nicht, dass Du gerecht oder nett oder gut bist, wenn Du immer nur an Deinem linken Daumen lutschst und Dein rechter Daumen nie drankommt. [...] Der erste Finger ist noch nicht drangekommen; kein einziger von den anderen Fingern ist drangekommen. [...] Ich glaube, Du würdest gerne jeden Deiner Finger richtig drankommen lassen« (77).

Unsere Alltagssprache ist durchsetzt von metaphorischen Bildern. Ob wir das Lösen eines Problems als Lösen eines Rätsels auffassen oder als »In-Lösung-bringen« von etwas Auskristallisiertem, ist ein erheblicher Unterschied. Im ersten Fall wollen wir das Problem aus der Welt schaffen, im zweiten Fall fokussieren wir auf Eigenschaften des Systems, die das in-Lösung-Bringen begünstigen (76).

Die eben angeführte Metaphorik kann helfen, den fundamentalen Unterschied in der Herangehensweise bei akuten Krankheiten und bei chronischen Krankheiten verständlich zu machen. Beim akut Erkrankten will ich als handelnder Arzt das Rätsel lösen, die zugrunde liegende Erkrankung kausal behandeln und aus der Welt schaffen, beim chronisch Kranken kann ich allenfalls etwas »In-Lösung-halten« und dem Patienten helfen, die ihn begrenzende chronische Erkrankung in seinen Lebensentwurf zu integrieren. Beim chronisch Kranken gilt es – wie Dörner gesagt hat (81) – »ein verlässlicher Begleiter der Illusionen des Kranken« zu sein,

ein Motivator und Moderator der »Versuche des Kranken, trotz der verzweifelten Auswegslosigkeit eines unbekanntes Geländes dennoch Wege zu finden« (81). »Je akuter die Erkrankung eines Menschen, desto mehr wird der Umgang mit ihm geprägt von den typischen Merkmalen der jeweiligen Krankheit; je chronischer die Erkrankung eines Menschen, verlieren diese typischen Krankheitsmerkmale für den Umgang an Bedeutung und desto mehr werden die sonstigen persönlichen Bedingungen und Beziehungen des Menschen entscheidend. [...] Ich beziehe mich als Arzt beim chronisch Kranken wesentlich mehr auf seine biographische Einzigartigkeit als auf seine Subsummierbarkeit als Fall von...« (81).

Kirsner hat die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen M. Crohn und Colitis ulcerosa in den 60er-Jahren als »*mysterious, menacing, multiplex*« charakterisiert. Als Ärzte, die wir keine Grundlagenforschung betreiben, die wir nicht in das Abarbeiten des Nebels um Kirsners »*mysterious and multiplex*« involviert sind, müssen wir auf das den Patienten ängstigende »*menacing*«, das Bedrohende einer chronischen Erkrankung, fokussieren (59). Im klinischen Alltag haben wir es bei der Betreuung von Patienten mit M. Crohn nicht mit Molekülen oder »*Biologicals*«, nicht mit serologischen Markern oder Genmutationen zu tun, sondern mit kranken Menschen. So wichtig phänotypische Klassifizierungen des M. Crohn in Subgruppen sind, so spannend die Molekularbiologie ist, die Medizin ist mehr und etwas anderes als angewandte Molekularbiologie, Genetik und Immunologie. »Der Mensch lässt sich nicht nachträglich zur Molekularbiologie hinzuaddieren« (82). Als Ärzte müssen wir den ganzen Menschen sehen, den Hof von Ängsten und Befürchtungen, der mit der Diagnose M. Crohn einhergeht, lichten und das »*menacing*« einer chronischen Erkrankung handhabbar und lebbar gestalten (83). Dabei müssen wir uns über das Dilemma einer Medizin zwischen Humanität und Wissenschaft im Klaren sein, darüber, dass wir dem einzelnen kranken Menschen nur in dem Maße gerecht werden, in dem wir seine Menschlichkeit und seine Individualität ins Spiel bringen und dass wir therapeutisch in dem Grade wirksamer sind, in dem wir uns dem Biologischen zuwenden.

Bei Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen wie chronischen Rückenschmerzen oder Depressionen gilt es ebenfalls, die dahinterstehenden Ängste und Befürchtungen zu erkennen (84,85) und den Teufelskreis sich hochschaukelnder organischer und mentaler Krankheitskomponenten zu durchbrechen. Über die Ängste zu sprechen, sich mal mehr auf ernst nehmen und übernehmen und damit teilen von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung zu beschränken (81), mal dem Kranken mehr Hoffnung (86), mehr Mut zu sich selbst und seinen eigenen salutogenetischen Versuchen (87) zu machen, darum geht es in der Sprechstunde mit chronisch Kranken.

Mit »gemeinsamer Wirklichkeit«, um die es in der Sprechstunde geht, sind auch die Noch-nicht-Krankheit, das gesundheitliche Fehlverhalten, die sogenannten Risikofaktoren gemeint. »Man stirbt, wie man lebt – Bewegungsmangel, Rauchen,

Alkohol, falsche Ernährung, Übergewicht. Die Multiplikation der Risikofaktoren. Quittung Koronarsklerose, Stenokardie, Angina pectoris, Herzinfarkt.« – so lautete Anfang der 70er-Jahre die werbewirksame Reklame für ein neues Koronartherapeutikum. Es ist Pharma-Logik, daraus zu schlussfolgern: 1. Adalat, 2. Adalat und 3. Adalat. Auch 50 Jahre später ist nicht durch Studien belegt, dass eine Einnahme von Nifedipin die koronare Mortalität senken kann. Mit teuren Disease-Management-Programmen versuchen Gesundheitsökonomien und Politiker die Auswirkungen und Folgen der ›Volkskrankheiten‹ Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit und Asthma bronchiale in den Griff zu bekommen. Jeder an der Basis tätige Arzt weiß, wie schwer es ist, gesundheitliches Fehlverhalten zu beeinflussen. Es braucht einen langen, sehr langen Atem, geduldig und behutsam die Schritte zur Veränderung, von der Sorglosigkeit zum Problembewusstsein, vom Problembewusstsein zu Vorbereitungen, vom gedanklichen Probehandeln zum wirklichen Probehandeln, vom Rückfall zur Aufrechterhaltung veränderten Verhaltens zu motivieren und zu unterstützen, und erneut zu motivieren und erneut zu unterstützen. Hier bin ich als Arzt nicht Deuter, Interpret und Hersteller von Kontext, hier bin ich Katalysator, Motivator und Moderator – und das gelingt umso besser und überzeugender, je mehr ich auf den erhobenen Zeigefinger verzichte und je authentischer ich selbst Vorbild bin. »Die Medizin weist nur hin auf das Nützliche und warnt vor dem Schädlichen – aber sie zwingt nicht und straft nicht« (Maimonides) (88). Zeitlich und ursächlich vor allen Disease-Management-Programmen steht die Prävention, die Vorbeugung. Und es erfordert viele Sprechstunden, dem mündigen und fordernden Patienten klar zu machen, dass es neben Medikamenten und Operationen auch eine Pflicht zur Selbstfürsorge gibt, ohne die Gesundheit und Wohlbefinden nicht zu haben sind.

Meine Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs will ich mit einer philosophischen Betrachtung abschließen. Karl Jaspers (89) unterscheidet drei Sinnebenen, auf denen therapeutisches Handeln, und das ist auch Zuhören und Sprechen, geschieht

- 1) das technische Machen, die naturwissenschaftlich-kausale Ebene, auf der »gestörte Zusammenhänge der Lebensapparate« (89b) mechanisch und chemisch wieder in Ordnung gebracht werden,
- 2) das die Selbsthilfetendenz, die allem Leben eigen ist, wieder in Gang setzende gärtnerische Handeln als Pflege, »im Hinhorchen auf das Leben selber, durch Bereiten von Bedingungen, durch Gedeihenlassen, durch Hygiene und Diät im weiten hippokratischen Sinne« (68), und
- 3) ein Behandeln, in dem sich der Arzt »statt nur den Leib technisch im einzelnen, durch Pflegekunst im ganzen in Ordnung zu bringen« »an den Kranken als ein verständiges Wesen« (89c) wendet, das existenzielle Kommunikation beinhaltet (90).

Medizin ist nicht nur technisches Machen, nicht nur Pillen und Operationen, sondern auch und vor allem Pflege und Gespräch. »Der Arzt ist weder nur Techniker noch nur Autorität, sondern Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen« (89d).

6.10 Schlussbetrachtung

Drei Dinge machen die Medizin, machen die sprechende Medizin aus: der Kranke, der Arzt und das, was mit *Disease*, *Disability* und *Illness* gemeint ist. Ich teile Wolfgang Wielands Auffassung (91,92), dass die Medizin eine antike ›*techne*‹, eine handwerkliche Kunst, eine Handlungswissenschaft ist, und dass ich sprechend, informierend, deutend, klärend, motivierend, moderierend, eingreifend, entscheidend, verschreibend und begleitend handle und handelnd meine Wirklichkeit als Arzt und die gemeinsame Arzt-Patienten-Wirklichkeit gestalte.

Mit dem ständig wachsenden Potenzial technischer und pharmakologischer Möglichkeiten in der Medizin besteht die Gefahr der Verdrängung der Sprache durch Technik und Chemie. »Wo unsere moderne Medizin erfolgreich ist, in den schweren Fällen, ist sie stumm. Das Wort ist Schnörkel, Beilage, jedenfalls kein genuiner Bestandteil der Therapie. [...] Das erzeugt das Unbehagen an der modernen, der erfolgreichen Medizin« (P. Lüth) (17g). Eine sprachlose Medizin ist keine humane Medizin und ein stummer Arzt ist kein guter Arzt (4).

Der Patient will einen ›gestandenen‹ Arzt, einen Arzt, der fachlich kompetent ist, der seine Technik beherrscht und dessen Wissen auf der Höhe der Zeit ist. Fachliche Kompetenz ist wichtig, aber allein nicht ausreichend. Es muss etwas anderes hinzukommen: die »Weite des Horizonts« und »die Wärme und Güte des Herzens« (89a). Patienten merken sehr wohl, was aufgesetzte Sprüche und erlerntes ›*keep smiling*‹ sind. Was sich auf Dauer mitteilt, ist die Persönlichkeit, der Mensch, der hinter der Rolle und hinter dem Kittel steckt. Ein Arzt ist mehr als ein Pillen-Verschreiber und sollte mehr sein als ein brillanter Techniker. Er braucht – um ein altmodisches Wort zu benutzen – ›Charakter‹ (47).

Zur korrekten Therapie mit Medikamenten sind eine sorgfältige Indikationsstellung und Kenntnisse zu Genetik, Kinetik und Metabolismus von Pharmaka erforderlich. In der Ausbildung des Arztes spielen das Erlernen des aktiven Zuhörens und des Heraushörens von Indikationen für ein mitmenschliches Gespräch, spielen linguistische und soziokulturelle Determinanten und kommunikationspsychologische Aspekte einer ›Therapie mit Worten‹ allenfalls eine untergeordnete Rolle. Ob sie in der täglichen Berufspraxis im Laufe der Jahre erworben werden, ist nicht vorhersagbar und Zufall. Worthülsen oder Standard-Floskeln helfen nicht, eine tragende und vertrauenswürdige Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen.

In der Praxis des ärztlichen Gesprächs kommt es darauf an, »das ärztliche Wort in einer individuellen Galenik darzureichen, die eine hohe Resorptionsrate (eine große Aufnahme), einen geringen First-pass-Effekt (beim einem Ohr rein, beim anderen raus) und eine hohe Bioverfügbarkeit, eine große Lebensnähe, hat« (40). »Für das ärztliche Gespräch gibt es keinen Ersatz« (17d).

Literatur

- 1 Berger J. A Fortunate Man. The Story of a Country Doctor. Pinguin Press 1967. Deutsch: Berger J. Geschichte eines Landarztes. München/Wien: Carl Hanser Verlag; 1998: 162.
- 2 Hippocrates. Zitiert nach Bourgey L, Martiny M. Hippokrates und die griechische Medizin des klassischen Zeitalters. In: Toellner R (Hg.). Illustrierte Geschichte der Medizin. Vaduz: Andreas & Andreas Verlagsanstalt Vaduz; 1992: 301-349.
- 3 Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman Medical Publishing 1957. Deutsch: Balint M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 10. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.
- 4 Lüth P. Das Patienten-Arzt-Gespräch. In: Lüth P. Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis. Frankfurt/New York: Herder & Herder; 1974: 79-107.
- 5 Wesiak W. Das ärztliche Gespräch – Versuch einer Strukturanalyse. In: Thure von Uexküll: Psychosomatische Medizin, herausgegeben von R. Adler, J.M. Herrmann, K.Köhle, O.W. Schonecke, Th. von Uexkül und W.Wesiak. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 237-243.
- 6 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation. Formen – Störungen – Paradoxien. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 10. Aufl. 2000.
- 7 Luban-Plozza B, Laederbach-Hofmann K, Knaak L, Dickhaut HH. Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 8. Aufl. 2002.
- 8 Köhle K. Kommunikation. In: Uexküll Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Herausgegeben von R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhlem W. Langewitz, O.W. Schonecke, Th von Uexküll, W. Wesiak. München/Jena: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 43-63.
- 9 Heritage J, Maynard DW (eds). Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients. Cambridge/New York/Melbourne: Cambridge University Press; 2006.

- 10 Deter H-C (Hg.). Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2010.
- 11 Epstein R. Mindful practice. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 12 Epstein R. Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity. New York: Simon & Schuster, Inc., 2017, Scibner, paperback edition, 2018.
- 13 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.). Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2nd edition 2003.
- 14 Miles A, Mezzich JE. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. The International Journal of Person Centered Medicine 2011; 1: 207-222.
- 15 Meyer B, Löwe B. Dimensionen der Arzt-Patienten-Kommunikation in der modernen Medizin. In: Deter H-C (Hg.). Die Arzt-Patienten-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2010: 19-34.
- 16 Thompson I.: Fundamental ethical principles in health care. Brit Med J 1987; 295: 1461-1465.
- 17 Geisler L. Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987. a) S. 43; b) S. 45; c) S. 63; d) S. 17; e) S. 80-91; f) S. 329-339; g) S. 12.
- 18 Mitscherlich A. Anstiftungen zum Unfrieden. In: Mitscherlich A. Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden. edition suhrkamp SV 123. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1965: 28-122.
- 19 von Uexküll Th, Wesiack W. Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München/Wien: Urban & Schwarzenberg, 3. überarbeitete Auflage 1998.
- 20 von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hrsg). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002.
- 21 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Herausgegeben von R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhlem W. Langewitz, O.W. Schonecke, Th von Uexküll, W. Wesiak. München/Jena: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 22 Kübler-Ross E. On death and dying. London: Macmillan Company, New York/Collier-Macmillan Ltd. Deutsch: Kübler-Ross E. Interviews mit Sterbenden. Stuttgart/Berlin: Kreuz-Verlag; 11.Aufl. 1977.
- 23 Kübler-Ross E. Death. The final stage of growth. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. Deutsch: Kübler-Ross E. Reif werden zum Tode. Stuttgart/Berlin: Kreuz-Verlag; 4. Aufl. 1978.

- 24 Tausch A-M. Gespräche gegen die Angst. Krankheit – ein Weg zum Leben. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag; 1981.
- 25 Yalom ID. Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 3. Aufl. 2016.
- 26 Schachtner Ch. Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1398; 1999.
- 27 Plewnia CG. Wandel der Arztideale. Entwicklungen in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. Münster/New York/München/Berlin: Waxmann; 1999.
- 28 von Troschke J. Die Kunst, ein guter Arzt zu werden. Anregungen zum Nach- und Weiterdenken. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.
- 29 Dörner K. Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2001.
- 30 Brody H. The healer's power. New Haven and London: Yale University Press; 1992.
- 31 Kirsner JB. Living with Hippocrates in a changing medical world, with particular reference to the patient-physician relationship. Arch Intern Med 1992; 152: 2184-88.
- 32 Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient care. Ann Intern Med 1996; 125: 763-769.
- 33 Schneider CE. The Practice of Autonomy – Patients, Doctors, and Medical Decisions. New York/Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 34 Edwards A, Elwyn G. Shared Decision-Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice. 2nd edition. Oxford/New York: Oxford University Press; 2009.
- 35 Schulz von Thun F. Miteinander reden 3. Das ›innere Team‹ und situationsgerechte Kommunikation. Sachbuch 60545. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1998.
- 36 Schulz von Thun F. Klarkommen mit sich selbst und anderen: Kommunikation und soziale Kompetenz. Rororo 61924. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 2004.
- 37 Myerscough PR, Ford M. Talking with Patients. Keys to good PR communication. Oxford: Oxford Medical Publications, Oxford University Press; 3th edition 1996. Deutsch: Myerscough PR, Ford M. Kommunikation mit Patienten – Die Chancen des ärztlichen Gesprächs besser nutzen. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.
- 38 Drossman D. Psychosocial factors in the care of patients with gastrointestinal disease. In: Textbook of Gastroenterology, edited by T. Yamada, D.H. Alpers, C. Owyang, D.W. Powell and F. E. Silverstein. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1991: 546-561.

- 39 Drossman DA. Diagnosing and treating patients with refractory functional gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1995; 123: 688-697.
- 40 Leiß O. Zuhören und fragen – Bedeutung des ärztlichen Gesprächs für die Patienten-Arzt-Beziehung. *Verdauungskrankheiten* 1997; 15: 1-9.
- 41 Achenbach G. Eingelassenheit – oder: Zuhören ist die Seele des Gesprächs. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder GmbH; 2017: 267-276.
- 42 Nichols MP. *The lost art of listening*. New York: The Guilford Press; 1995. Deutsch: Nichols MP. *Die wiederentdeckte Kunst des Zuhörens*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2000.
- 43 Schulz von Thun F. *Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1981.
- 44 Schulz von Thun F. *Miteinander reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH; 1981.
- 45 Molcho S. *Körpersprache*. München: Mosaik Verlag; 1994.
- 46 Ekman P. *Emotions Revealed. Understanding Faces and Feelings*. London: Weidenfeld & Nicolson; 2003. Deutsch: Ekman P. *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag; 2004.
- 47 Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med* 1992; 116: 843-846. Nachdruck in: *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. Edited by H.M. Spiro, M.G. Mccrea Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 7- 14.
- 48 Spiro H.M. Empathy – an introduction. In: *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. Edited by H.M. Spiro, M.G. Mccrea Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 1-6.
- 49 More ES. »Empathy« enters the profession of medicine. In: More ES, Milligan MA (eds.). *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 19-39.
- 50 Lang JA. Is empathy always »nice«? Empathy, sympathy, and the psychoanalytic situation. In: More ES, Milligan MA (eds.). *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 98-112.
- 51 Candib LM: Reconsidering power in the clinical relationship. In: More ES, Milligan MA (eds.): *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 135-156.

- 52 Connelly JE. Listening, empathy, and clinical practice. In: More ES, Milligan MA (eds.). *The Empathic Practitioner – Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 171-185.
- 53 Lang H. Das Gespräch als Therapie. In: Lang H. *Das Gespräch als Therapie*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1293; 2000: 111-127.
- 54 Reiser SJ. Science, pedagogy, and the transformation of empathy in medicine. In: *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. Edited by H.M. Spiro, M.G. Mccrea Curnen, E. Peschel, D. St. James. New Haven and London: Yale University Press; 1993: 121-132.
- 55 Argelander H. *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970.
- 56 Adler R. Anamneseerhebung in der Psychosomatischen Medizin. In: Thure von Uexküll: *Psychosomatische Medizin*, herausgegeben von R. Adler, J.M. Herrmann, K.Köhle, O.W. Schonecke, Th. von Uexkül und W.Wesiak. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1986: 184-200.
- 57 Adler R, Hemmeler W. Praxis und Theorie der Anamnese. Der Zugang zu den biologischen und sozialen Aspekten des Kranken. Stuttgart – New York: Gustav Fischer Verlag; 1986.
- 58 Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-266.
- 59 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-544. Nachdruck in: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 1-20.
- 60 Epstein RM, Morse DS, Williams GC et al. Clinical practice and the biopsychosocial approach. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 33-66.
- 61 Leiß O. Der Arzt als Hersteller von Kontext. In: L. Albers, O. Leiß (Hg.). *Körper – Sprache – Weltbild. Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 141-153.
- 62 Engelhardt K. *Patienten-zentrierte Medizin*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.
- 63 Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds.). *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press; 1995.
- 64 Beck D. Krankheit als Selbstheilung. Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zu seelischer Heilung sein können. Frankfurt: Insel Verlag; 1981. a) S. 115, b) S. 121
- 65 Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med* 1991; 115: 470-477.

- 66 Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116: 414-418.
- 67 Jaspers K. Die Idee des Arztes. In: Jaspers, K. *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie.* München/Zürich: Piper Verlag, Serie Piper 441; 1986: 7-18.
- 68 Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. In: Jaspers, K. *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie.* München/Zürich: Piper Verlag, Serie Piper 441; 1986: 39-58.
- 69 Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-112.
- 70 Popper K. Erkenntnis und Gestaltung der Wirklichkeit. Die Suche nach einer besseren Welt. In: Popper K: *Auf der Suche nach einer besseren Welt. Vorträge und Aufsätze aus 30 Jahren.* München: R. Piper Verlag, Taschenbuchausgabe Serie Piper 699; 8. Auflage 1995: 11-40.
- 71 Finegan E. *Language. Its structure and use.* 3rd edition. New York: Harcourt Brace College Publishers; 1999.
- 72 Wessely S, Sharpe M. Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds.). *Treatment of functional somatic symptoms.* Oxford/New York/Tokyo: Oxford University Press; 1995: 285-312.
- 73 Jipp P. Müdigkeit. In: Jipp P, Zoller WG (Hg.) *Differenzialdiagnose internistischer Erkrankungen.* München/Jena: Urban & Fischer; 2. Auflage, 2003: 743-749.
- 74 Sylvester D. Magritte. Menil Foundation 1992, Deutsche Ausgabe: Mercatorfonds, Antwerpen, und Menil Foundation, Houston. Köln: Lizenzausgabe Parkland Verlag; 2003: 191. Magritte: Hellsehen.
- 75 Kurz G. *Metapher, Allegorie, Symbol.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 4. Aufl. 1997.
- 76 Lakoff G, Johnson M. *Metaphors We Live By.* University of Oxford, 1980. Deutsch: Lakoff G, Johnson M. *Leben in Metaphern – Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1998.
- 77 Mills JC, Crowley RJ. *Therapeutic Metaphors for Childrens and the Child Within.* New York: Brunner – Mazel; 1986. Deutsch: Mills JC, Crowley RJ. *Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1996. (Zitat S. 69-70).
- 78 Schmitt R. *Metaphern des Helfens. Fortschritte der psychologischen Forschung* 26. Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union; 1995.
- 79 Albers L, Leiß O. Diagnostische und therapeutische Bedeutung von Metaphern bei gastroenterologischen Erkrankungen – Sprachliche, körpersprachliche und

- zenische Kommunikation bei organischen und funktionellen Beschwerden. *Verdauungskrankheiten* 1996; 14: 198-208.
- 80 Schiffter R. Da bleibt einem glatt die Spucke weg – Neurophysiologie der Redewendungen. *Deutsches Ärzteblatt* 1988; 85: A-1998-2008.
- 81 Dörner K. Chronisch Kranke – der ärztliche Regelfall. In: Dörner K. *Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart/New York: Schattauer; 2001: 102-116.
- 82 von Uexküll Th. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1998; 140(26): 4.
- 83 Leiß O, Börner N. Wien-Klassifikation des M. Crohn: Hilfreich oder entbehrlich? Eine kritische Standortbestimmung. *Z Gastroenterol* 2007; 45: 265-272.
- 84 von Korff M. Fear and depression as remediable causes of disability in common medical conditions in primary care. In: White P (ed.). *Biopsychosocial Medicine – an integrated approach to understanding illness*. Oxford: University Press; 2005: 117-127.
- 85 DeGruy FV. A biopsychosocial perspective on mental disorders: Depression in the primary care setting. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 82-90.
- 86 Spiro H. *The power of hope. A doctor's perspective*. New Haven & London: Yale University Press; 1998.
- 87 Antonowsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
- 88 Maimonides. Zitiert nach von Engelhard D. Dauer und Wandel in der Geschichte der medizinischen Ethik. Ein Beitrag zur Prüfung der Paradigmenwechsel des Thomas S. Kuhn in der Medizin. In: Schlaudraff U (Hg.). *Ethik in der Medizin*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag; 1987: 35.
- 89 Jaspers K. *Wesen und Kritik der Psychotherapie*. In: Jaspers, K.: *Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie*. München/Zürich: Piper Verlag, Serie Piper 441; 1986: 69-122. a) S. 103; b) S. 84; c) S. 84/85; d) S. 88.
- 90 Holzhey-Kunz A. Psychotherapeutisches Zuhören mit einem philosophisch sensibilisierten Ohr. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag; 2017: 124-147.
- 91 Wieland W. *Diagnose – Überlegungen zur Medizintheorie*. 1975. Nachdruck in ›Bibliothek des skeptischen Denkens‹, Verlag Johannes G. Hoof, Warendorf, 2004.
- 92 Wieland W. *Medizin als praktische Wissenschaft – Die Frage nach ihrem Menschenbild*. In: Girke M, Matthiessen PF (Hg.) *Medizin und Menschenbild*. Bad Homburg: VAS-Verlag; 2015: 25-48.

7 Was ist, wie geht und wozu braucht es ›mindful practice‹? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität

»Valid or not the complaint is heard from all sides that doctors no longer care for patients but are interested only in diseases. I believe this is generally not true, but insofar as it is perceived by patients and by commentators on modern medicine, our effectiveness as physicians is limited. We must consciously set about to reverse this faulty concept or change our ways to the extent that it may be true. The doctor's job is to care for people, not diseases.«

C. S. Davidson, 1984 (1)

»The essential unit of medical practice is that moment in the intimacy of the consulting room when a patient who is ill, or believes himself to be ill, confides in a doctor who he trusts. This is a consultation, and all else in medicine derives from it.«

DCourt 1975 (2)

»As a link between relationship-centered care and evidence-based medicine, mindfulness should be considered a characteristic of good clinical practice.«

R. Epstein, 1999 (3)

7.1 Was ist ›mindful practice‹?

»Was-ist«-Fragen haben einen besonderen Charme: Sie sind mehrdeutig, und zwar sowohl ihrem Wortlaut nach als ihrer Absicht nach. ›Was-ist«-Fragen stellen sich beim Auftauchen eines unbekanntes Wortes ebenso wie beim Auftauchen eines unbekanntes Gegenstands. Sie verdanken sich naiver Neugier ebenso wie gebildeter Nachfrage, können Diagnosen oder Erklärungen ebenso einfordern wie Geringschätzung für den Gegenstand der Nachfrage zum Ausdruck bringen« (4a).

Im Alltagsleben wird Substantiven bekanntlich eine größere Vorliebe entgegengebracht als Adjektiven oder Verben. Sofern Substantive keine Eigennamen für Personen, wichtige Dinge oder Ereignisse darstellen, sind sie unproblematische ›Dingworte‹, bei denen es um (natürliche oder künstliche) Dinge geht wie Blumen oder Autos oder um Ereignisse wie eine Hochzeit oder ein Gewitter (4b). Schwieriger wird es, wo Substantive ›abstrakte‹ Gegenstände wie ›Gott‹ oder die ›Welt‹ bezeichnen. Häufig sind Substantive von Adjektiven oder Verben abgeleitet wie z.B. ›Größe‹ von ›groß‹, ›Bescheidenheit‹ von ›bescheiden‹ oder ›Erkenntnis‹ von ›erkennen‹. Das Substantiv ›Praxis‹ ist vom Tätigkeitswort ›praktizieren‹ abgeleitet und meint im vorliegenden Kontext genauer ›Medizin praktizieren‹ oder ›als Arzt praktizieren‹. Mit der Substantivierung von Verben oder Adjektiven sind allerdings gewisse Gefahren verbundenen, vor allem die Suggestion, dass dieser ›Dingwortbildung‹ eine Verdinglichung, eine Gegenstandsbildung, entspricht (4b). Hierauf will ich hier nicht näher eingehen, sondern mich – dem Thema entsprechend – dem Adjektiv ›mindful‹, achtsam, zuwenden.

7.1.1 ›Mindful‹ – Modewort oder Schlüsselbegriff?

Was ist mit ›mindful‹ im Zusammenhang mit ärztlicher Praxis gemeint? Was haben die neuen Modewörter ›achtsam‹ und ›Achtsamkeit‹ in der ärztlichen Praxis zu suchen? Reicht es nicht, wenn in Büchern über Meditation, in psychologischen Ratgebern zu Lebenskrisen, zu Burnout und Neuanfang (5), ja selbst in Ratgebern zur Gartenarbeit von Achtsamkeit die Rede ist? In welchen ärztlichen Kontexten wird von ›mindfulness‹ und ›mindful‹ geredet und was ist in Bezug auf ›Medizin praktizieren‹ mit ›mindful‹ gemeint (3)? Wie lässt sich ›mindful practice‹ (3) einkreisen und vom Gegensatz, einer ›mindless practice‹ (6) abgrenzen? Ist ›mindful‹ nur ein Modewort oder steckt mehr dahinter? Ist es gar ein Schlüsselbegriff, ein Schlüssel, um etwas Verborgenes aufzuschließen?

Die Kombination des Begriffs ›ärztliche Praxis‹ mit dem Adjektiv ›achtsam‹ hat Ronald Epstein, ein Schüler George Engels, in einer viel beachteten Publikation 1999 geprägt und erläutert (3) und Jahre später Engels biopsychosoziale Vision mit ärztlicher Resilienz, mit Mitgefühl und der Qualität ärztlichen Handelns in Zusammenhang gebracht (7). Sein kürzlich erschienenes Buch hat er ›Attending‹ genannt

(8), kein Tätigkeitswort im engeren Sinne, sondern eher ein anhaltender ›Seinszustand‹, eine Haltung des Behandelns, Begleitens, sich um jemanden Kümmerns, eine Haltung, die in Epsteins Sicht für Medizin, Achtsamkeit und Humanität von zentraler Bedeutung ist. »Attending means showing up, being present, listening, and accompanying patients when it matters most. Attending is also a moral imperative: by being attentive, doctors not only provide the best care, they also honor each patient's humanity.« (9)

Epstein hat ›mindful‹ in seiner langjährigen Praxis buddhistischer Meditation nicht nur erlebt und am eigenen Leib erfahren, sondern zu einer inneren Haltung kultiviert, die ihm im ärztlichen Alltag den Umgang mit Unsicherheit, mit Stress, mit Kuriositäten und problematischen Patienten erleichtert hat (8). Thure von Uexküll, von Kindheit an mit den väterlichen biologischen Begriffen der ›Merkwelt‹ und der ›Wirkwelt‹ vertraut (10), spricht von Aufmerksamkeit, die nötig ist, um in der uns umgebenden ›Merkwelt‹ etwas zu ›bemerken‹, etwas wahrzunehmen, zu sehen, zu hören, zu riechen und zu fühlen (11-13). Beides meint Ähnliches, ›achtsam‹ bzw. ›Achtsamkeit‹ fokussiert eher auf ›achten‹, auf Blende weit stellen, auf Offenheit gegenüber Neuem, während ›aufmerksam‹ bzw. Aufmerksamkeit eher mit ›aufmerken‹, bemerken von Merkmalen, überrascht werden von Nebensachen, auch in der Peripherie des Gesichtsfelds Dinge wahrnehmen zu tun hat. Während ›achtsam‹ ein Adjektiv für eine menschliche Tätigkeit ist, klingt in ›bemerken von Merkmalen‹ neben dem Tätigkeitswort ›bemerken‹ auch an, dass beim Prozess des Bemerkens dem Merkmal, d.h. dem Umfeld, der ›Dingwelt‹, eine Rolle zukommt (14). ›Achtsam‹ ist diffuser, ›aufmerksam‹ konkreter und fokussiert. ›Achtsam‹ lassen sich Stimmungen und Atmosphären erfassen, ›aufmerksam‹ Zeichen bemerken und Spuren verfolgen. ›Achtsam‹ ist eher das Adjektiv, das der phänomenologischen Herangehensweise entspricht, ›aufmerksam‹ eher das Adjektiv, das eine präwissenschaftliche und wissenschaftliche Herangehensweise beschreibt.

Der Begriff ›mindfulness‹ wird in der psychologischen Literatur in unterschiedlicher Weise gebraucht, einmal, um ein Persönlichkeitsmerkmal, eine Charaktereigenschaft zu beschreiben, zum andern um einen Modus des Gewahrseins und/oder einen psychologischen Prozess zu charakterisieren. Auch Praktiken der Kultivierung von Achtsamkeit, d.h. Varianten der buddhistischen Meditation, werden unter dem Begriff ›mindfulness‹ subsumiert (5,15). Eine der am häufigsten zitierten Definitionen von ›mindfulness‹ beinhaltet ein Gewahrsein, dass durch eine bestimmte Art von Aufmerksamkeit entsteht: auf eine Zielsetzung, auf den gegenwärtigen Augenblick und in nicht urteilender Weise (16). Danach bilden drei miteinander zusammenhängende Teilkomponenten das Konstrukt Achtsamkeit: ›intention‹, ›attention‹ und ›attitude‹ (17).

Buddhistische und westliche Konzepte von Achtsamkeit unterscheiden sich in verschiedener Hinsicht: Auf der Kontext-Ebene ist Achtsamkeit in der buddhistischen Tradition ein Faktor in einem zusammenhängenden System von Praktiken,

die nötig sind, um das Endziel spiritueller Praktiken, die Befreiung von Leiden, zu erreichen (15,16,17). Das westliche Konzept von Achtsamkeit ist dagegen unabhängig von einer bestimmten Philosophie, Ethik oder einem System von Praktiken. Auch auf der Prozess-Ebene spielt in der buddhistischen Tradition die zugrunde liegende Philosophie mit ihrem Fokus auf Vergänglichkeit, Nicht-Selbst und Leiden eine zentrale Rolle (16,18). Die bei meditativen Übungen intendierte Konzentration auf körperliche Wahrnehmungen und Gefühle und die Schwierigkeit einer anhaltenden Konzentration auf einen Bewusstseinsinhalt fungieren als Hilfsmittel auf dem Weg zur Erkenntnis der Vergänglichkeit allen menschlichen Bemühens. In westlichen Achtsamkeitspraktiken spielt die Betonung von Nicht-Selbst und Vergänglichkeit keine so zentrale Rolle (15). Auf der inhaltlichen Ebene betont die buddhistische Lehre das introspektive Gewahrsein körperlicher und psychischer Prozesse und Erfahrungen. In westlichen Konzepten von Achtsamkeit ist nicht nur die introspektive Sicht sensorischer Wahrnehmungen wichtig, sondern auch Aspekte externer sensorischer Objekte wie Blickfeld und Geruch (15).

Das psychologische Konstrukt Achtsamkeit wird teils als Einzelfaktor-Konstrukt (19,20), teils als mehrdimensionales Konstrukt (21,22) z.B. mit den Teilkomponenten Neugier, Akzeptanz, Mitgefühl u.a.m. (15) oder den Teilkomponenten ›*intention*‹, ›*attention*‹ und ›*attitude*‹ (17) angesehen. Nilsson hat ein Konstrukt aus den vier Teilkomponenten ›*awareness and attention*‹, ›*present-centredness*‹, ›*external events*‹ und ›*cultivation*‹ beschrieben (22) und später eine fünfte Komponente ›*ethical-mindedness*‹ hinzugefügt (23). Bezüglich konzeptioneller Diskussionen und methodischer Aspekte der Messbarkeit, Reproduzierbarkeit und Validität des Konstrukts Achtsamkeit sei auf weiterführende Literatur verwiesen (15, 25).

7.1.2 ›*Mindful*‹ als phänomenologische Herangehensweise, als ärztliche Grundhaltung

›Achtsam‹ und ›aufmerksam‹ sind Adjektive, die eine lebensweltliche, vorwissenschaftliche, phänomenologische Herangehensweise charakterisieren, unvoreingenommen, ohne Vorurteile, nicht Theorie-geladen. Auch wenn Achtsamkeit eine Haltung ist, die aus einer philosophisch-religiösen Meditationspraxis stammt und westliche Traditionen mit östlicher Weisheit verbinden will (5,15), basiert das zugrunde liegende philosophische Denken auf der Phänomenologie und der Philosophie des Pragmatismus (26). Brown und Cordon unterstreichen, dass Achtsamkeit dem entspricht, was Husserl als die phänomenologische Reduktion beschrieben hat (27).

Aus der phänomenologischen Herangehensweise folgt die Offenheit, die Unvoreingenommenheit und Theorie-Vergessenheit, d.h. die Herangehensweise eines Neulings auf dem betreffenden Gebiet. Lernbegierde, Neugier auf Neues, auf Über-

raschendes, Lernen durch Üben und Gewohnheitsbildung, Interesse an Prozess-Wissen u.a. sind dem Pragmatismus geschuldet.

Außergewöhnliche Ärzte scheinen – Epstein zufolge (3,8) – gewisse Fähigkeiten in einer Art ärztlicher Grundhaltung zu vereinen: die Fähigkeit zu kritischer Selbstreflexion bei allen ärztlichen Tätigkeiten, vor allem auch in Gegenwart des Patienten, die Fähigkeit, Probleme zu lösen, Informationen zu erläutern, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen, die Fertigkeit, technisch anspruchsvolle Untersuchungen durchzuführen und Einsteher für eigene Werte. Dieser Prozess der kritischen Selbstreflexion beruht auf Achtsamkeit: »A mindful practitioner attends, in a non-judgemental way, to his or her own physical and mental processes during ordinary everyday tasks to act with clarity and insight« (3). Dies hilft ihm, bei allen ärztlichen Tätigkeiten unvoreingenommen zu sein, dem Patienten neugierig, aufmerksam und Problem-fokussiert zuzuhören, dabei auf Zwischentöne und Unausgesprochenes ebenso zu achten wie auf das eigene Bauchgefühl, beidem, den eigenen technischen Fähigkeiten und dem eigenen fachlichen Wissen gleich kritisch gegenüberzustehen, um Verbesserung bemüht zu sein und mit Mitgefühl, Kompetenz und Verständnis zu handeln. Wie der französische Seelenarzt Alain schon vor über 85 Jahren geschrieben hat: ›Sich beobachten heißt sich verändern‹ (28).

7.1.3 ›Mindful practice‹ als erfahrener Umgang mit explizitem und verborgenem Wissen

Klinisches Urteilen basiert auf ›explicit knowledge‹ und ›tacit knowledge‹ (29-32), auf explizitem und verborgenem Wissen. Das explizite Wissen ist im Wissenspool der evidenzbasierten Medizin gespeichert, beruht auf in randomisierten, Placebo-kontrollierten Studien gewonnenen objektiven Daten (29,33-36). Es kann z.B. in Cochrane-Reviews relativ problemlos kommuniziert, durch neue Erkenntnisse modifiziert und in evidenzbasierten klinischen Leitlinien als Handlungsempfehlungen für die Praxis verfügbar gemacht werden.

Daneben gibt es einen Wissenspool, der auf emotionalen und kognitiven Fähigkeiten, auf technischen Fertigkeiten, auf Werten und auf persönlichen Erfahrungen beruht (3,29,32). Dieses Wissen ist im wahrsten Sinne des Wortes ›eingerleibt‹, es wurde zu einer Gewohnheit, zu einer unreflektierten Handlung, wie z.B. die lange eingeübte Praxis des Klavierspielens oder des Fahrradfahrens. Dieses ›tacit knowledge‹ ist meist unbewusst und kann nur schwer in Worten erläutert werden (29,32). Nichtsdestoweniger hat es einen erheblichen Einfluss auf ärztliche Entscheidungen, macht einen Großteil dessen aus, was mit ›Blickdiagnose‹ umschrieben wird, wie das intuitive Erfassen eines M. Parkinson durch einen erfahrenen Neurologen oder einer Depression durch einen erfahrenen Psychiater.

Während ›*explicit knowledge*‹, explizites EBM-Wissen durch Selbststudium der Fachliteratur und Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen erworben werden kann, wird ›*tacit knowledge*‹ im Allgemeinen durch eigene Beobachtung und eigene Praxis erworben (37). Externe Beobachter können oft besser beschreiben und erläutern, was erfahrene Kliniker tun, als sie es selbst artikulieren könnten. Erfahrene Ärzte sind oft uneinsichtig und blind gegenüber blinden Flecken und Fehlern in eigenen Denkprozessen (6,38,39). Evidenzbasiertes Wissen gibt medizinischer Entscheidungsfindung zwar eine Basis und Struktur (35), ist jedoch nicht geeignet, den mehr unbewussten Prozess klinischer Urteilsbildung ausreichend zu beschreiben (34). Wirkliche Experten beziehen in ihre Entscheidung Kontext, Kosten, praktische Aspekte und Werte des Patienten mit ein (35,36). Auch menschliche Faktoren wie Emotionen, Vorurteile, Scheu vor Risiken, Umgang mit Unsicherheit, langjähriges persönliches Kennen des Patienten u.a. beeinflussen das ärztliche Urteilsvermögen und die ärztlichen Entscheidungen (31, 40-45).

Ärztliche Urteilsbildung ist Wissenschaft und Kunst (46,47). Evidenzbasierte Modelle zur ärztlichen Entscheidungsfindung (wie z.B. Entscheidungsbäume) sind zwar brauchbare Werkzeuge, jedoch in komplexen klinischen Situationen nicht immer hilfreich (43). Die Erfassung des Kontextes ist meist ein unbewusster Vorgang, die Art und Weise, wie dies erfolgt kann nicht immer in Worten beschrieben werden. Bedeutsames ›verborgenes Wissen‹ wie das Kennen der Persönlichkeit des Patienten bleibt in Algorithmen rationaler Entscheidungsbaume außen vor.

7.1.4 ›*Mindful practice*‹ als professionelles Wissen und kritische Selbstreflexion

Epstein (3) unterscheidet neben dem ›*Level of Awareness*‹, dem Grad des Bewusstseins, in Anlehnung an Eraut (48) vier Typen des Wissens, die jeweils explizit oder verborgen sein können: *proportionales Wissen*, *persönliches Wissen*, *Prozess-Wissen* und *Know-how*. Am bekanntesten ist das proportionale Wissen, das Faktenwissen, das in Lehrbüchern für eine bestimmte Zeit festgehaltene Wissen über Theorien, Konzepte und Prinzipien. Selbsterkenntnis zu Wissenslücken und Kenntnis der kurzen Halbwertszeit medizinischer Kenntnisse erfordern lebenslange Weiterbildung.

Persönliches Wissen ist Erfahrungswissen und besteht aus einem verinnerlichten Pool von Informationen, Intuitionen und Interpretationen, der das Vorgehen in der Praxis lenkt. Es kann nicht wie proportionales Wissen nachgelesen, ›gegoogelt‹ oder erarbeitet werden, sondern tritt in impressionistischer Art ins Bewusstsein als ›Gestalt-Erkennung‹ oder als klinisches Bauchgefühl. Es bedarf kritischer Selbstreflexion, um dieses plötzliche ›Einfallen‹ von Kasuistiken, Anekdoten und Eindrücken nicht ins Kraut schießen zu lassen und die Subjektivität dieses Wissens in richtiger Relation zur Objektivität des evidenzbasierten Wissens zu sehen.

Prozess-Wissen ist Wissen darüber, wie eine Aufgabe (wie z.B. Informationsbeschaffung oder Durchführung einer technischen Untersuchung wie Sonografie oder Endoskopie) anzugehen und durchzuführen ist (45). Prozess-Wissen beinhaltet auch das Nachdenken über die eigenen Denkgewohnheiten, ist als ›*Meta-Processing*‹ auch Nachdenken über das Nachdenken und Nachfühlen der Gefühle. So kann z.B. in der Nachbearbeitung von Videosequenzen zu aufgezeichneten Patientenkontakten der Medizinstudent oder Arzt in der Ausbildung lernen, hinter dem scheinbar ›fleckelosen‹ Gesamtbild blinde Flecken zu erkennen und unbewusster Inkompetenz gewahr zu werden, um sie ändern zu können.

Der vierte Typ professionell relevanten Wissens ist das ›*Know-how*‹, das Wissen, wie etwas funktioniert, wie Dinge gemacht werden müssen, damit's läuft. Es sind die kleinen Tipps und Tricks, die einem über das Prozess-Wissen hinaus das Leben erleichtern, die Sand aus dem Getriebe nehmen, ein Lächeln, ein freundliches Wort, eine Anerkennung zur rechten Zeit, eine Prise Humor und vieles andere mehr. Charakteristika einer ›*mindful practice*‹ sind in Tabelle 7.1 zusammengefasst (3).

Tabelle 7.1: **Charakteristika einer achtsamen Praxis** (nach Epstein (4))

- aktive Selbstbeobachtung, aktive Beobachtung des Patienten und des Problems
- auch die Peripherie des Gesichtsfelds sehen
- vorbewusste Verarbeitung
- kritische Neugier
- Mut, die Welt eher so zu sehen, wie sie ist, als so, wie man sie haben möchte
- unvoreingenommene und vorurteilslose Bereitschaft zu gründlicher Untersuchung
- Herangehensweise in der Sicht eines Anfängers
- Bescheidenheit und Bereitschaft, sich Bereichen eigener Inkompetenz bewusst zu sein
- Verbindung herstellen zwischen Bescheid wissen und Verstehen
- Mitgefühl aufgrund von Einsicht
- Geistesgegenwart

7.1.5 ›*Mindful practice*‹ – sich selbst beobachten und lebenslanges Lernen

Aufmerksame Ärzte haben die Fähigkeit, den Patienten unvoreingenommen zu beobachten und gleichzeitig sich selbst beim Gespräch mit dem Patienten zu beobachten, d.h. auf eigene Bauchgefühle und Emotionen zu achten. Plessner sieht in

diesem nur Menschen möglichen Positionswechsel zwischen Handeln aus leiblicher Zentralität und Selbstbeobachtung aus ›exzentrischer Positionalität‹, dem ›switchen‹ zwischen Teilnehmer und Beobachter einer lebensweltlichen Situation, ein Charakteristikum der menschlichen Spezies (49). Die Fähigkeit dazu mag zwar angeboren sein, aber ob und wie regelmäßig sie praktiziert wird, ist eine Frage des kulturellen Umfelds, in dem der Mensch sozialisiert wird, bzw. des ärztlichen Umfelds, in dem der angehende Arzt ausgebildet, zu kritischem Denken, zu lebenslangem Lernen und zum Einüben von Achtsamkeit und Gewahrsein der eigenen Gefühle angeleitet wird.

Ein guter Arzt zu werden, ist mehr als sich Fachwissen anzueignen. Es erfordert neben kritischer Selbstreflexion (46,47) und Auseinandersetzung mit eigenen Denkfehlern (6,38,39) ein immer neues sich Beschäftigen mit ethischen (50-52) und humanistischen (53,54) Aspekten des Arztseins, es erfordert lebenslange Arbeit an der eigenen Kompetenz und der eigenen Professionalität (55). Komponenten einer achtsamen Praxis sind stichwortartig in Tabelle 7.2 zusammengefasst.

7.1.6 ›Mindful practice‹ als Voraussetzung für eine für eine humane Medizin

Integrierte Medizin, wie sie von Thure von Uexküll und W. Wesiak in der ›Theorie der Humanmedizin‹ (11), im Einleitungskapitel der ›Psychosomatischen Medizin‹ (13) und von Thure von Uexküll und anderen in der ›Integrierten Medizin‹ (12) beschrieben wurde, will den Dualismus einer Medizin für Körper und einer Medizin für Seelen zu überwinden, will die zwei Kulturen, Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft, Biomedizin und Psychotherapie zu einer biopsychosozialen Medizin (56,57) vereinen. *Integrierte Medizin* will die Teildisziplinen, die technischen Untersuchungsmöglichkeiten, die sprechende Medizin, die wissenschaftlichen Rahmenbedingungen (Stichwort »evidenzbasierte Medizin« (EBM)), die gesellschaftlichen und ökonomischen Anforderungen, die Patientenautonomie und Patientensicherheit und vieles andere mehr, zu einem Ganzen, in einer humanen Medizin integrieren (58) (siehe Kapitel 1).

Das Integrieren verschiedener medizinischer Teilaspekte, der Wechsel zwischen der Sicht des Menschen als komplexer biologischer Organismus einerseits und als einzigartige Person andererseits, das aufmerksame Achten auf Merkmale, auf ikonische, indexikalische und symbolische Zeichen von Organismus und Person, muss immer wieder geübt werden, bis es ›einverleibt‹ und zu einer Haltung geworden ist, die unbewusst, unverkrampft und natürlich praktiziert wird – ähnlich wie das immer wieder praktizierte Meditieren zur Einverleibung von Achtsamkeit führen soll.

Tabelle 7.2: **Komponenten von Achtsamkeit** (modifiziert nach Weiss, Harrer und Dietz (6))**1. Achtsamkeit als bestimmter Modus des Seins:**

- rezeptives Beobachten und Gewahrsein:
innere und äußere Reize werden bewusst bemerkt und wahrgenommen
- Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment
- Unterlassung automatischer (Handlungs-) Reaktionen auf innere und äußere Erfahrungen (im Gegensatz zum sog. ‚Autopilotenmodus‘)
- Metakognition: Bewusstheit über den Prozess der Aufmerksamkeitslenkung
- beobachtende Teilhabe: man ist beteiligt, nicht abgespalten oder dissoziiert
- bewusstes Handeln

2. Achtsamkeit als bestimmte Haltung der Erfahrung gegenüber:

- Akzeptanz: Erfahrungen werden so akzeptiert, wie sie sind
- Nicht-Bewertung: Erfahrungen werden nicht als gut oder schlecht bewertet
- Unvoreingenommenheit: keine Einordnung in bereits bestehende Konzepte
- Anfängergeist: die Dinge werden mit Interesse und Neugier so betrachtet, als ob man sie zum ersten Mal sehen würde
- Zulassen und Erlauben als Gegensatz zu Vermeidung und Unterdrückung von Erfahrungen
- kein Veränderungswunsch: Dinge nicht anders haben wollen als sie sind
- Intentionalität: bewusste Absicht, achtsam zu sein

3. Achtsamkeit als habituelle Anwendung bestimmter Techniken:

- Zugangskonzentration: Konzentration und Fokussierung führen zu innerer Ruhe als Voraussetzung für Achtsamkeit
- Etikettieren: das Benennen der Erfahrung mit einfachen Worten, ohne konzeptionelle Analyse

4. Achtsamkeit ist mit Zielen und Wirkungen verbunden:

- Einsicht und Klarblick bedeuten, sich selbst und die Welt immer genau so wahrzunehmen, wie sie ist
- Ruhe, innerer Frieden und Gleichmut
- Entwicklung von Freiheit; Befreiung von Leid in umfassendem Sinne oder von einzelnen Symptomen im Sinne einer Heilung
- Entwicklung von liebender Güte, Mitgefühl und Mitfreude
- Selbstregulation
- Effektivität
- Präsenz
- Ermöglichung neuer Erfahrungen

7.2 Wie geht ›mindful practice‹?

Die Frage ›wie geht‹ meint zweierlei, einmal ›wie funktioniert das‹ und zum anderen ›wie geht man vor‹. Zwar klingt ›funktionieren‹ im Zusammenhang mit ärztlicher Praxis sehr mechanistisch und technisch, gemeint ist mit dieser Teilfrage jedoch, wie etwas zusammenwirkt, d.h. die Frage nach Wirkungsmechanismen. ›Wie geht‹ meint zum andern ›wie geht man vor‹ oder ›wie soll man vorgehen‹, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Praxis verfolgt bekanntlich Zwecke und Absichten, und um diese zu erreichen, muss man über die Mittel und Wege dahin nachdenken. Peter Janich hat in seiner Philosophie des methodischen Konstruktivismus, des Kulturalismus (59-61), das Prinzip der methodischen Ordnung herausgestellt und am Beispiel des Kuchenbackens verdeutlicht. Wie das Kinderlied sagt, braucht es hierzu sieben Sachen: ›Eier und Schmalz, Zucker und Salz, Milch und Mehl, Safran macht den Kuchen gek‹ (62). Diese sieben Sachen dürfen nicht wahllos zusammengekippt werden, sondern müssen in methodischer Ordnung, in aufeinander abgestimmten Teilschritten nacheinander zusammengefügt werden, um das Ziel, einen leckeren Kuchen herzustellen, zu erreichen. Das Tätigkeitswort ›gehen‹ in ›wie geht‹ bzw. in ›wie geht man vor‹ weist auf den Weg hin, den man gehen muss, auf die Methode, mit deren Hilfe man zum Ziel gelangt. Das ›wie‹ in ›wie geht‹ fokussiert auf die Modalitäten der Vorgehensweise, philosophisch gesprochen auf die Voraussetzungen der Möglichkeit.

In seinen Büchern ›Theorie der Humanmedizin‹ (11) und ›Integrierte Medizin‹ (12) ist Thure von Uexküll neben der Charakterisierung des Gegenstandsbereichs und der Ziele der Integrierten Medizin auch auf das methodische Vorgehen, auf Hilfsmittel und Werkzeuge beim ›Integrieren‹ von Teilaspekten der Medizin eingegangen. Um Uexkülls Anliegen einer Integrierten Medizin über die historische Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland hinaus (63) in einen breiteren und internationalen Kontext zu bringen, soll bei den Voraussetzungen der Möglichkeit und bei den ›tools‹ einer Integrierten Medizin auf Epsteins ›mindful practice‹ (3) und ›Attending‹ (8) detaillierter eingegangen werden.

7.2.1 Welche Wirkmechanismen liegen ›mindful practice‹ zugrunde?

Mit zunehmenden Hinweisen, dass Trainingsprogramme mit Achtsamkeitsübungen wie z.B. das ›mindfulness-based stress reduction-program‹ (MBSR) positive Effekte bei einer Reihe von Erkrankungen (wie Burnout, Depression, chronischen Schmerzen bei Krebserkrankungen, Fibromyalgie u.a.m.) aufweisen (15,19,25), rückte die Frage nach zugrunde liegenden neurobiologischen Prozessen und Wirkungsmechanismen von Achtsamkeit ins Zentrum wissenschaftlicher Forschung und theoretischer Diskussionen.

Unter möglichen Mechanismen, durch die Charakteristika von Achtsamkeit (wie distanzierte Betrachtungsweise, Flexibilität der Wahrnehmung, Herangehensweise ohne Vorurteil und ohne theoretische Konzepte) und (buddhistische) Meditationsübungen wirken, wird eine Art ›meta-kognitive Einsicht‹ diskutiert, die aus einer dezentrierten Perspektive resultiert und die gewohnten Denkmustern, Nicht-Loslassen-Können und Wiederkäuen von Problemen und stereotypischen bis rigiden Verhaltensmustern zuwiderläuft. Diese höherstufige Einsicht erleichtert einen gelasseneren Umgang mit Gedanken und Emotionen, schafft einen (Halte- und Interpretations-)Raum zwischen aufkommenden Gedanken und Gefühlen einerseits und gewohnten Reaktionsmustern andererseits und ermöglicht so neue Freiheitsgrade in der Interpretation der momentanen Situation und neue Wahlmöglichkeiten der eigenen Reaktion und des eigenen Verhaltens (15,17).

Ein anderer möglicher Mechanismus, über den Achtsamkeit wirken könnte, ist eine ›effektivere Affektregulation‹. Die wiederholte bewusste Exposition gegenüber schwierigen bis konflikträchtigen Situationen und belastenden Erfahrungen führt über eine Art Desensibilisierung zur Reduktion der emotionalen Reaktivität, zu größerer Toleranz gegenüber schwierigen Situationen, mehr emotionaler Ausgeglichenheit und kognitiver Sicherheit mit entsprechend adaptiveren Verhaltensantworten (15, 17).

Der buddhistischen Philosophie zufolge beruht ein Großteil des Leids in der Welt auf falschen Vorstellungen und unnützen Wünschen. Ziel der Übungen soll die Erkenntnis sein, dass alle bewusst wahrgenommenen Phänomene, incl. Gedanken und Gefühlen, ihrer Natur nach ohne Substanz und ohne Bedeutung sind, nur Gedanken und nur Gefühle, nicht notwendigerweise Reflektionen über die Realität (16,18). Die in Achtsamkeitsübungen zentrierte Akzeptanz der Dinge, so wie sie sind, könnte über neurobiologische Mechanismen, die dem Konstrukt ›Non-attachment‹/Nichtbetroffenheit zugrunde liegen, zu größerer Seelenruhe, größerer Gelassenheit (bzw. besserer Eingelassenheit in die Welt), zu einer stabileren Erfahrung von Wohlbefinden und von Voraussetzungen unabhängigem Glück führen (15).

Als weiterer möglicher Mechanismus wird ein *verbessertes Zusammenspiel von Körper und Geist* diskutiert, das sich in messbaren immunologischen Effekten und

erhöhter Toleranz gegenüber Stress und Schmerzen äußert. Der Achtsamkeit wird darüber hinaus eine *Rolle im integrierten Funktionieren* des Gesamtorganismus zugeschrieben. Im beobachtenden Zustand der Achtsamkeit tritt eine Art »exzentrische Positionalität« (15) ein, die eine Distanz zu zentrischen, ego-basierten Perspektiven und Interpretationen schafft. Der Wechsel aus der Teilnehmer-Perspektive der ersten Person in die Beobachter-Perspektive einer dritten Person ermöglicht situative und szenische Übersicht, bessere Einschätzung eigener Handlungs- und Verhaltensspielräume, bessere Selbstregulation und größere Autonomie.

Das psychologische Konstrukt Achtsamkeit weist gewisse *Überschneidungen mit dem* soziologischen Konstrukt »sense of coherence« (SOC)/Kohärenzsinn auf, einer Ressource für Resistenz gegenüber Stress. Antonovskys »sense of coherence« beinhaltet die globale Orientierung eines Individuums auf Anforderungen der Welt (64,65). Die Teilkomponente »comprehensibility«/Verstehbarkeit verweist auf eine rationale, verstehbare, strukturierte, konsistente und vorhersagbare soziale Welt. Unter der Teilkomponente »managementability«/Handhabbarkeit ist das Ausmaß an Ressourcen zusammengefasst, die einem Individuum zur Verfügung stehen und die adäquat sind, um auf Anforderungen des Lebens zu reagieren. Die Teilkomponente »meaningfulness«/Bedeutsamkeit beinhaltet motivationale Aspekte, die bestimmen, ob eine Situation als bedeutsam wahrgenommen wird und eigenes Engagement als sinnvoll erlebt wird (64,65). Einzelne Studien belegen, dass ein »mindfulness-based stress reduction-training« (MBSR) den Score des Kohärenzsinnes erhöht (66,67). Andere Studien ergaben Änderungen der Coping-Strategien wie Abnahme des »catastrophizing« (68), der Tendenz, zu dramatisieren, und eine Reduktion des »Wiederkäuens« von Problemen (69) – sozusagen Effekte auf die SOC-Teilkomponente »managementability«/Handhabbarkeit. Wieder andere Studien beschreiben einen verstärkten Sinn für die eigene Verantwortung für Gesundheit und Krankheit (70), d.h. Effekte auf die SOC-Teilkomponente »meaningfulness«/Bedeutsamkeit.

Shapiro et al. (17) sehen bei Achtsamkeit neurobiologische Prozesse am Werk, die im Laufe der Zeit zu einer Art Meta-Mechanismus zusammenwirken, den sie als »reperceiving« bezeichnen und der aus den Elementen »intention«/Intention, »attention«/Aufmerksamkeit und »attitude«/Haltung bestehen soll. Die Intention soll die Selbstregulation und Selbsterfahrung verbessern (bis hin zur Disidentifikation, d.h. Freiheit von der Vorstellung eines separaten Selbst). Die Aufmerksamkeit fokussiert auf das Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks einschließlich der mitschwingenden eigenen Gedanken und Gefühle und früherer Erfahrungen. Die Haltung beinhaltet die Qualitäten, mit denen man an Aufmerksamkeit heran geht, wie z.B. Offenheit gegenüber Kommendem, Akzeptanz dessen, was ist, Üben in Geduld und Verzicht darauf, etwas erreichen zu wollen. Diese gelasseneren Sicht der Wahrnehmung reduziert die subjektive Färbung und überlappt mit dem, was oben unter »nonattachment«/Nichtbetroffenheit und Wechseln von der Teilnehmer-

Perspektive der ersten Person in die Beobachter-Perspektive einer dritten Person beschrieben wurde.

Als weiterer Mechanismus, über den die Achtsamkeit Effekte bewirkt, wird die *Klärung von Werten und die Verbesserung der Selbstregulation* angesehen. Das Stehen zu Gedanken und Emotionen in einer offenen, nicht urteilenden Weise soll eine größere Klarheit für die eigenen Werte ermöglichen und ein Verhalten erleichtern, das mit den eigenen Werten in Einklang steht (15).

7.3 Voraussetzungen der Möglichkeit von ›mindful practice‹ in der ärztlichen Praxis

Ausgehend von Kabat-Zinns Definition von Achtsamkeit als ein Gewahrsein, dass durch eine bestimmte Art von Aufmerksamkeit entsteht: auf eine Zielsetzung, auf den gegenwärtigen Augenblick und in nicht urteilender Weise (16), haben Shapiro et al. (17) ein Modell vorgeschlagen, das zentrale Aspekte von ›mindfulness‹ und Wirkungsweise verständlich machen soll (Abb. 7.1). Sie und andere (19) betonen, dass bei der Integration buddhistischer Meditationspraxis in westliche Kulturen der zugrunde liegende Kerngedanke des Buddhismus außen vor geblieben ist und nur noch das Vehikel, das den Kerngedanken zu transportieren hilft, die Meditation, übrig geblieben ist (siehe oben unter Unterschiede auf der Kontext- und Prozessebene zwischen buddhistischen Traditionen und westlichem Verständnis von Achtsamkeit).

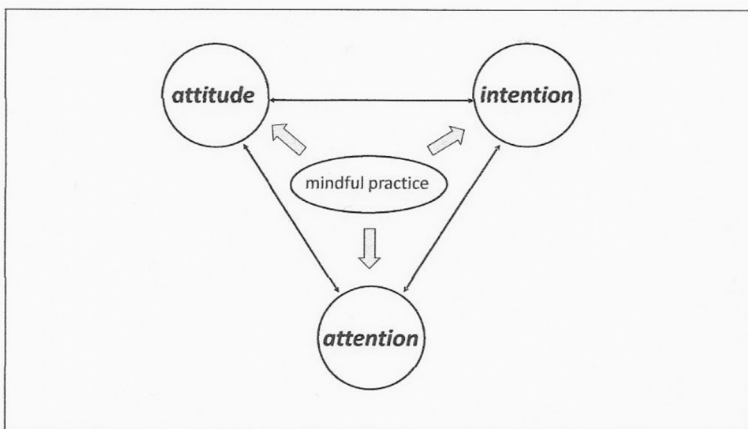


Abb. 7.1 Psychologisches Konstrukt von Mindfulness (nach Shapiro et al. (17))

7.3.1 Klärung der eigenen Intentionen und der eigenen Werte

Unserer westlichen, naturwissenschaftlich geprägten Kultur mag das, was buddhistischen Traditionen als Handlungsziel zugrunde lag, mag ›*intention*‹/Absichten und ›*value clarification*‹/Werteklärung heutzutage fremd sein. Aspekte wie ›*compassion*‹/Mitgefühl sind jedoch auch Kernelemente von religiösen (Christentum) und philosophischen Traditionen (Humanismus) des Westens. Da die Absichten ganz wesentlich die Ergebnisse unseres Tuns und Lassens mitbestimmen, wie Shapiro et al. betonen (17), müssen Ärzte in westlichen Ländern, die – wie ich selbst – die buddhistische Meditation nicht kennen (16,18) und nicht praktizieren, christliche, humanistische und ethische Aspekte der Intention unseres Handelns stärker ins Zentrum rücken (51-53). Wie R. Gross in dem von ihm herausgegebenen Buch zu geistigen Grundlagen der Medizin geschrieben hat, ist »die erste Frage, die sich der Arzt stellen muss, die, wem er nützt: Dem Kranken, dem Kostenträger, der Gesellschaft [Einfügung: Heute muss man hinzufügen: den Gesellschaftern börsennotierter Konzerne] oder gar sich selbst« (71).

Das ›*back to the roots*‹, das Zurück zur Frage, warum man Medizin studiert hat und Arzt werden wollte (50,51), die Suche nach handlungsleitenden Metaphern ärztlicher Praxis (72) erfordert ehrliche Antworten, ob die Wurzeln noch Stamm und Geäst Halt geben und ausreichend Wasser und Nährstoffe aufnehmen, oder ob nach 10- oder 20-jähriger ärztlicher Tätigkeit längst unterirdische Wühlmäuse die zarten Verästelungen des Wurzelsystems angeknabbert und zerstört haben – Wühlmäuse wie Hamsterrad, Bürokratie, Stress, Frust u.a., von denen man zwar aus Biologiebüchern und anderen Kontexten schon mal was gehört hat, von denen man aber nicht dachte, dass sie schon ›klammheimlich‹ im eigenen Garten am Werke seien.

›*Value clarification*‹ ist oben als ein Mechanismus erwähnt worden, über den Achtsamkeit wirkt (15). Sich nicht nur zu Studienbeginn, sondern immer wieder klar darüber werden, welche Werte einem wichtig sind und ob man im Einklang mit diesen Werten lebt, das Wissen um den eigenen inneren Kompass und den eigenen Weg, den man geht, ist nicht nur für buddhistisch geprägte, sondern auch für in westlichen Kulturen aufgewachsene Menschen ein zentraler Punkt im ›*Intention-attention-attitude-Modell*‹ von Achtsamkeit (17).

7.3.2 Aufmerksamkeit für das Umfeld und sich selbst

Wenn man es eilig hat, soll man langsam gehen (73). Und nicht das Ziel ist das Ziel, der Weg ist das Ziel und jeder Schritt ist ein Ziel (74). In der ärztlichen Praxis immer aufmerksam zu sein, gelingt nur, wenn die Atmosphäre stimmt, innere und äußere Störfaktoren ausgeschaltet sind: leichter gesagt als getan.

Die Atmosphäre, das ist das Umfeld, in dem man tätig ist, das sind die Kolleginnen und Kollegen, mit denen man zusammenarbeitet und sich austauscht und die Mitarbeiterinnen, mit denen man zusammenarbeitet. Nicht immer kann man sich beides frei wählen. Aber Aufmerksamkeit und Respekt gegenüber den Kolleginnen/Kollegen und Mitarbeiterinnen am Arbeitsplatz helfen, eine Atmosphäre zu gestalten und zu gewährleisten, in der man sich auf seine Aufgabe konzentrieren kann. Hierzu müssen die Abläufe in der Praxis klar geregelt sein, die Prozesse müssen eingeübt und gepflegt werden, damit kein Sand ins Getriebe kommt (75). Für äußere Störfaktoren, wie z.B. das Durchstellen von Telefonaten in die laufende Sprechstunde, müssen ebenso klare Vorgaben existieren, wie für den Umgang mit Notfallpatienten, die in den vorstrukturierten Tagesablauf eingeschoben werden müssen. Kurz, es braucht ein selbstgestricktes Qualitätsmanagement-Handbuch, das Abläufe und Vorgehen regeln und Störfaktoren ausschalten hilft und das selbst alle paar Jahre auf den Prüfstand gehört und überarbeitet werden muss (75) (siehe auch Kapitel 11).

›Attention‹ darf nicht nur auf das Praxisumfeld gerichtet sein. Aufmerksam und achtsam muss man auch sich selbst gegenüber sein. Fühle ich mich gestresst, wenn das Tagesprogramm durch zwei Notfallpatienten durcheinanderkommt oder wenn Behörden- und ›Krankenkassenkram‹ den Feierabend hinausziehen? Fällt mir auf, wenn ich genervt bin, wenn ich mich häufiger vertippe als sonst? Fällt mir auf, wenn ich unhöflich und kurz angebunden bin, wenn ich Patienten schnell unterbreche und nicht ausreden lasse? Welche Tipps beherzige ich, um bei voller Sprechstunde aufmerksam und neugierig den nächsten Patienten aus der Wartezone aufzurufen? Atme ich vorher bewusst ein paar Atemzüge tief durch, um mich ›leer zu machen‹ (8)? Studiere ich den Überweisungsschein und mitgegebene Vorbefunde oder bilde ich mir ohne Kenntnis von Vordiagnosen unvoreingenommen ein eigenes Bild? Picke ich mir aus den geklagten Symptomen diejenigen heraus, für die ich klar strukturierte Abklärungsalgorithmen habe oder bitte ich den Patienten, aus der Vielzahl seiner Beschwerden die drei bis fünf wichtigsten Punkte in einer Art Hitliste zusammenzufassen, die zunächst angegangen werden sollen (76)? Kurz, bin ich aufnahmebereit, unvoreingenommen und neugierig oder schleiche ich lustlos und beladen auf gewohnten Trampelpfaden?

Auf den Aspekt, dass auch die Standespolitik und Gesundheitspolitik den Bedingungen der Möglichkeit von ›mindful practice‹ mehr Aufmerksamkeit schenken sollte, wird weiter unten eingegangen.

7.3.3 Gewohnheiten zur Haltung werden lassen und sich ›einverleiben‹

Mit ›attitude‹ ist das ›wie‹, sind die Qualitäten der Aufmerksamkeit und Achtsamkeit gemeint. Der Ton macht bekanntlich die Musik und der Patient spürt, was

erlernte Sprüche und aufgesetztes ›keep smiling‹ sind. Was sich wirklich mitteilt, ist die Haltung, der Charakter.

Natürlich kann man seinen Charakter nur bedingt beeinflussen, aber man kann. So wie man ein guter Klavierspieler nur durch regelmäßiges Üben wird, so wird man ein aufmerksamer Arzt nur durch regelmäßiges Praktizieren von ›mindful practice‹ werden. Das sieht zwar aus wie ein Zirkelschluss, ist aber Philosophie: de nihilo nihil, aus dem Nichts kommt nichts (77,78). Tätigkeiten wie das Spielen eines Musikinstruments müssen mühsam erlernt und durch regelmäßiges Üben gefestigt werden, bevor sie ›einverleibt‹ sind, bevor sie unbewusst und automatisch ablaufen können, und der Tausendfüßler nicht über einen seiner Füße stolpert, sondern den Kopf frei hat für anderes. Wir alle haben unsere traumatischen oder berufsbedingten Fehlhaltungen und die dadurch bedingten Muskelverspannungen und Funktionseinschränkungen müssen in mühsamen physiotherapeutischen Übungen gelockert und trainiert werden, bis wieder freie Beweglichkeit, aufrechte Haltung und Selbstbewusstsein resultieren. Dass die Motorik unsere Körperhaltung beeinflusst, ist jedermann geläufig, aber dass körperliche Haltungen auch Auswirkungen auf mentale Prozesse und Gefühle haben, ist leider weniger bekannt. Wer niederkniet und den Kopf auf die Hände stützt, kann nicht gleichzeitig die Faust zum Kampfe ballen (79).

Eine hilfreiche Physiotherapie für ärztliche Fehlhaltungen ist die Patientenzentrierte Selbsterfahrung in Balint-Gruppen oder Seminaren zur Reflektierten Kasuistik, auf die in Kapitel 8 ausführlicher eingegangen wird (80).

7.4 Wozu braucht es ›mindful practice‹?

›Braucht es‹ ist eine altmodische, allenfalls noch in Bayern und in der Schweiz übliche Redewendung. Was ist mit ›es‹ gemeint? Warum nicht ›brauchen wir‹? Dann muss man definieren, wer mit ›wir‹ gemeint ist: wir Ärzte, wir akut oder chronisch kranke Patienten und/oder wir noch gesunde, aber potenziell kranke ›Otto Normalverbraucher‹ oder wir alle als Gesellschaft. ›Braucht es‹ ist allgemeiner, von der Intension her stärker als ›brauchen wir‹, erhebt einen moralischen Anspruch, ist eine Art kategorischer Imperativ – ein kategorischer Imperativ an uns Ärzte mit Auswirkungen auf unsere Patienten und die Gesellschaft. Ist das berechtigt oder ist es übertrieben, ja vielleicht sogar arrogant?

7.4.1 Historische, ökonomische und gesellschaftspolitische Gemengelage

Um die Notwendigkeit, den Sinn und Zweck der Formulierung ›braucht es‹ verständlicher zu machen, soll kurz der Kontext der Frage und die Gemengelage der vergangenen 25 Jahre, in denen die Frage zunehmend virulenter geworden ist, um-

rissen werden: die rasante Technisierung und Digitalisierung der Medizin (81), die verlorene Kunst des Heilens (53), die Überschätzung der evidenzbasierten Medizin (EBM) (82,83), *Overdiagnose* und *Overtreatment* in der Medizin (84-86), die Ökonomisierung und ›McDonaldisierung‹ des Gesundheitswesens (87), Versuche der Kontrolle der Kosten (›*managed care*‹, Preise der Medikamente u.a. (88,89)), die Absicherungsmedizin aus Angst vor Schadensklagen (90,91), die hohe Fehlerrate im Gesundheitssystem westlicher Länder (92) und vor allem die in den letzten Jahren erschreckend angestiegenen Burnout-Raten bei Ärztinnen und Ärzten (93-95) und anderen im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen (96). Dass heute über 50 % der Ärzte an Burnout leiden (94,96), ein Viertel der Ärzte für Allgemeinmedizin nach fünf Jahren Tätigkeit in niedergelassener Praxis die Praxistätigkeit aufgeben und sich nach anderen medizinischen Berufsfeldern umsehen (97), ist mehr als nur besorgniserregend, es untergräbt einen ganzen Berufsstand und stellt die Gesellschaft vor erhebliche Belastungen (98). Einige reden gar vom drohenden Verlust der ärztlichen Professionalität (99) oder von der Dehumanisierung der Medizin (100).

7.4.2 Ärztliche Professionalität zwischen Kampfbegriff und Kernkompetenz

Professionalität ist ein ambivalenter, mehrdeutiger und mit Vorsicht zu verwendender Begriff. Ohne Kenntnis der historischen Genese ärztlicher Professionalität (99,101) benutzen manche den Begriff als Pseudoargument, als Kampfgeschrei in gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen (99). Von anderen wird er als Schimpfwort verwendet für ärztliche Abschottung gegen Kritik (›eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus‹) oder zur Sicherung ärztlicher Pfründe (99).

Freidson hat Anfang der 70er-Jahre Charakteristika einer Profession an den Beispielen Jurisprudenz, Medizin und Klerus erläutert (102). Auch wenn unterschiedliche Professionen z.T. spezielle Charakteristika aufweisen, haben Professionen im Allgemeinen vier Charakteristika gemeinsam,

- 1) einen Fundus an speziellem Wissen und speziellen Fähigkeiten,
- 2) eine Verpflichtung zu hohen Standards bei der Ausübung ihrer Dienste,
- 3) unterschiedliche Grade der Selbstregulation und Autonomie sowie
- 4) moralische und ethische Standards des Verhaltens.

Mitglieder von Professionen widmen sich Problemen, die komplex und ›schlecht sortiert‹ (103) sind, die von Mitgliedern der Gesellschaft allein nicht gelöst werden können, die der Staat nicht lösen will und die zur Lösung spezielles Wissen und besondere Fähigkeiten erfordern.

Im vorliegenden Kontext sollen – um den Rahmen des Themas nicht zu sprengen – detaillierte soziologische Betrachtungen zur Professionalität (104-106), zum

immanenten Sozialkontrakt zwischen Profession, Gesellschaft und Staat (107) und zu den aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen in den letzten Jahrzehnten entstandenen Verschiebungen im Verhältnis Ärzteschaft, Gesellschaft und Staat (106,107) außen vor bleiben. Anforderungen der Gesellschaft an die ärztliche Profession sind in Tabelle 7.3 zusammengefasst (106).

Aufgrund der oben stichwortartig dargestellten ökonomischen, gesellschafts-politischen und medizinphilosophischen Gemengelage ist die Diskussion um die ärztliche Professionalität in den letzten 20 Jahren wieder neu entfacht. Sie kreist letztlich um Probleme, die schon Aristoteles in seiner Nikomachischen Ethik (108) erörtert hat, d.h., um menschliche Eigenschaften, die Weisheit ermöglichen und zu Urteilen zum Nutzen anderer Menschen befähigen:

- Episteme – Wissen, das für die Praxis benötigt wird
- Techne – (technische) Fähigkeiten und handwerkliches Können
- Phronesis – Weisheit oder praktisches Wissen, d.h. die Fähigkeit der Urteilsbildung zur Lösung komplexer Probleme und Interessenkonflikte.

Im Zusammenhang mit ›*mindful practice*‹ stellen Überlegungen zu Komponenten der ärztlichen Professionalität und zur Frage der Anforderungen der Gesellschaft an einen ›guten‹ Arzt Aspekte dar, die über die individuelle Art und Weise, wie ein Arzt seine Tätigkeit praktiziert, hinausgehen und grundsätzliche Aspekte ärztlichen Handelns beinhalten. Insofern tangiert die Frage ›Wozu braucht es ›*mindful practice*‹?‹ auch die aktuelle Debatte um ärztliche Professionalität.

7.4.3 Komponenten ärztlicher Professionalität

Professionalität bedeutet für verschiedene Leute in verschiedenen Kontexten jeweils etwas Unterschiedliches. Selbst unter Ärzten besteht kein Konsens darüber, was unter ärztlicher Professionalität zu verstehen ist. Manche verstehen darunter die Verpflichtung, *up to date* zu sein bezüglich des Wissensfundus der evidenzbasierten Medizin. Für andere ist eine perfekte Praxisorganisation mit Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit der Inbegriff einer Professionalität. Wieder andere sehen in Professionalität die Fähigkeit, auch in emotional belastenden Situationen unvoreingenommen und distanziert zu bleiben.

Die Gesellschaft stellt völlig andere Anforderungen an die ärztliche Professionalität in den Vordergrund. Calman hat 1994 in England neun Schlüsselanforderungen in Form von Verhaltensweisen oder Werten beschrieben, die die Öffentlichkeit von Ärzten erwartet (109) (siehe Tabelle 7.3). Der britische *General Medical Council* hat eine Liste von 14 Pflichten eines Arztes seiner Publikation ›*Good Medical Practice*‹ (110) zugrunde gelegt und der Ärzteschaft als Profession ins Stammbuch geschrieben.

Tabelle 7.3:

Schlüsselanforderungen der Gesellschaft an Ärzte (nach Calman (109))

-
- hoher ethischer Standard
 - kontinuierliche berufliche Weiterbildung
 - Fähigkeit im Team zu arbeiten
 - sich kümmern sowohl um Gesundheit als auch um Krankheit
 - dem Patienten und der Gesellschaft verpflichtet zu sein
 - Verpflichtung zu klinischen Standards, Ergebnissen Effektivität und Kontrollen
 - Fähigkeit, klinische Ergebnisse zu definieren
 - Interesse an Änderungen und Verbesserungen, an Untersuchungen und an Entwicklung
 - Fähigkeit, verständlich zu kommunizieren
-

Basierend auf beobachtbarem ärztlichem Verhalten hat H. Swick in den USA starke Argumente für eine normative Definition von ärztlicher Professionalität ins Feld geführt (111). Beobachtbare Verhaltensweisen wurden auch von der *Association of American Medical Colleges* (AAMC) zur Akkreditierung und Re-Akkreditierung von Ärzten aufgegriffen (112) und vom *American Board of Internal Medicine* (ABIM) im ›Project Professionalism‹ weiterentwickelt (113). Der Definition der ABIM zufolge lassen sich sechs Komponenten ärztlicher Professionalität unterscheiden, die in Tabelle 7.4 aufgelistet sind. Im deutschsprachigen Raum sind von Troschtko und Dörner der Frage nachgegangen, ob es definierbare Anforderungen an Ärzte gibt und ob ärztliche Grundhaltungen nötig sind, um ein guter Arzt zu werden und zu sein (51,52).

Frazer und Greenhalgh betonen, dass Fähigkeiten wichtiger sind als Kompetenzen (43). Kompetenzen in Form von speziellem Wissen, Einstellung und handwerklichem Können sind zwar leichter zu überprüfen, sind aber insbesondere in schnell sich verändernden Feldern nicht so bedeutsam wie Fähigkeiten eines Individuums, sich Veränderungen anzupassen, sich neue Kenntnisse anzueignen und in der Erfüllung anstehender Aufgaben fortlaufend besser zu werden. Fähigkeiten können nicht im Hörsaal vermittelt oder aus Büchern gelernt werden, sondern nur durch Engagement in unsicheren Situationen und komplexen Kontexten, durch Feedback und kritische Reflektion, durch kreativen Umgang mit neuen Situationen, durch Teamwork und Problem-orientiertes Lernen erworben werden (43). Hilton und Southgate (114) unterscheiden sechs Bereiche oder Domänen ärztlicher Professionalität:

Tabelle 7.4:
Komponenten ärztlicher Professionalität (nach ABIM (113))

- Altruismus
- Verantwortlichkeit
- Exzellenz
- Zweifel
- Achtung und Integrität
- Respekt vor anderen

- 1) Respekt vor Patienten
- 2) Ethische Praxis
- 3) Reflektion/Selbstgewahrsamkeit
- 4) Verantwortlichkeit – Verpflichtung zu Exzellenz und lebenslangem Lernen
- 5) Teamwork
- 6) Soziale Verantwortung

7.4.4 Gesellschaftliches Problem: krankes Gesundheitssystem

Wie können die oben beschriebene Krise der Medizin, Fehler im Medizinsystem (92) und hohe Burnout-Raten bei den im Gesundheitssektor Tätigen (93-95) beseitigt und vermieden werden? Das *Institut for Healthcare Improvement* (IHI) hat drei Ziele beschrieben, um das Gesundheitssystem der USA zu verbessern (115):

- 1) Verbesserung der individuellen Versorgungserfahrung
- 2) Verbesserung der Gesundheit der Population
- 3) Reduzierung der Kosten des Gesundheitssystems

Andere Autoren haben diesen drei Zielen ein viertes hinzugefügt, das mit den genannten Zielen zusammenhängt (116) – die Verbesserung des Wohlbefindens von Ärzten (116-119).

›*Mindful practice*‹ kann, wie Epstein in seinem Buch ›*Attending*‹ (8) dargestellt hat, zwei der vier Ziele zur Verbesserung des Gesundheitssystems positiv beeinflussen: zum einen trägt es dazu bei, dass die gefühlte und objektiv gemessene Qualität der Betreuung der Patienten besser wird und zum anderen hat es Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Resilienz von Ärzten (siehe Abb. 7.2). Durch die Abnahme der Burnout-Rate der im Gesundheitssystem arbeitenden Menschen

können zusätzlich Kosten im Gesundheitssystem gespart werden, nämlich die Kosten für den Burnout-bedingten *Turnover* von Ärzten (98) und die Kosten für Burnout-mitbedingte Fehler im Medizinsystem (in den USA inzwischen die dritthäufigste Todesursache) (92). Es ist höchste Zeit, dass die ärztliche Standespolitik und die Gesundheitspolitik den Bedingungen der Möglichkeit von ›mindful practice‹ und ihren Auswirkungen auf die Qualität der Patientenbetreuung und Resilienz von Ärzten mehr Aufmerksamkeit schenken.

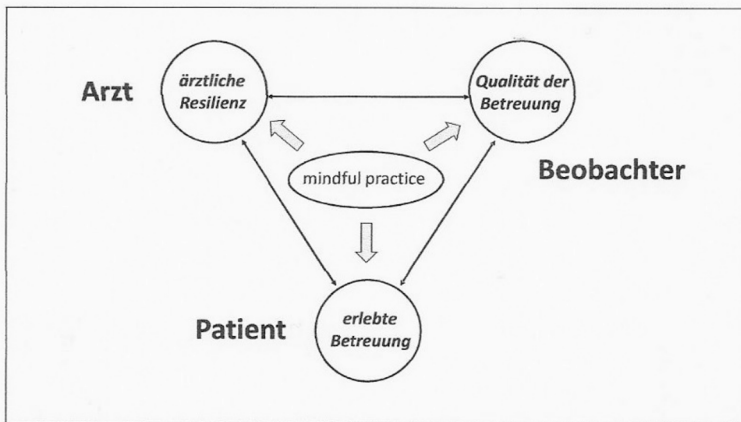


Abb. 7.2: Auswirkungen einer ‚mindful practice‘ auf Resilienz der Ärzte, auf messbare und gefühlte Qualität der Patientenbetreuung (nach Epstein (9))

Literatur

- 1 Davidson CS. Are we physicians helpless? N Engl J Med 1984; 310: 1116-1118.
- 2 Court D. Sir James Spence. Archive of Diseases in Childhood 1975; 50(2): 85-89.
- 3 Epstein R. Mindful practice. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 4 Janisch P. Was ist Erkenntnis? Eine philosophische Einführung. beck'sche reihe 1376. München: Verlag C.H. Beck; 2000. a) S. 7; b) S. 12.
- 5 Weiss H, Harrer ME, Dietz T. Das Achtsamkeit-Buch. Stuttgart: Klett-Cotta; 2010. 6.Aufl. 2012.
- 6 Croskerry P. From mindless to mindful practice – cognitive bias and clinical decision making. New Engl J Med 2013; 368: 2445-2448.
- 7 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. Int J Psychiatry Med 2014; 47: 275-287.

- 8 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017.
- 9 Epstein R. Author's Note. In: Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017:xii.
- 10 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. *Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften*. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt/Berlin/Wien: Propyläen, Verlag Ullstein; 1980: 226-290.
- 11 von Uexküll Th, Wesiak W. *Theorie der Humanmedizin*. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore; 1988.
- 12 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag. 2002; 3-22. a) S. 17; b) S. 22.
- 13 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 14 Lenk H. Interpretationen und Imprägnationen. In: Simon H (Hg.). *Orientierung in Zeichen. Zeichen und Interpretationen III*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1278; 1997: 19-40.
- 15 Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Cin Psychol Rev* 2011; 31(6): 1041-1056.
- 16 Kabat-Zinn, J. *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, NY: Hyperion; 1994.
- 17 Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62(3): 373-386.
- 18 Dalai Lama. *Einführung in den Buddhismus. Die Harvard-Vorlesungen*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag; 2. Aufl. 1993.
- 19 Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 2007; 18: 211-237.
- 20 Carmody J, Baer RA, Lykins ELB, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65: 613-626.
- 21 Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, Carlson L, Carmody J. The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62: 1445-1467.
- 22 Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2007; 29: 177-190.

- 23 Nilsson H. A four dimensional model of mindfulness and its implication for health. *Psychology of Religion and Spirituality* 2014; 6: 162-174.
- 24 Nilsson H, Kazemi A. Reconciling and thematizing definitions of mindfulness: The big five of mindfulness. *Review of General Psychology* 2016; 20(2): 183-193.
- 25 Didonna F (ed). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer; 2009.
- 26 Epstein R. Being mindful. In: Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017: 1-14.
- 27 Brown KW, Cordon S. Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. In: Didonna F (ed). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer, 2009: 59-81.
- 28 Alain. *Sich beobachten heißt sich verändern. insel taschenbuch 1559*. Frankfurt/Leipzig: Insel Verlag; 1994.
- 29 Goldman GM. The tacit dimension of clinical judgment. *Yale J Biol Med* 1990; 63: 47-61.
- 30 Polanyi M. *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1974.
- 31 Feinstein AR. »Clinical Judgment« revisited: the distraction of quantitative models. *Ann Intern Med* 1994; 120: 799-805.
- 32 Henry SG. Polanyi's tacit knowing and the relevance of epistemology to clinical medicine. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(2): 2955.
- 33 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. New York, NY: Churchill Livingstone; 1997.
- 34 Tilburt JC. Evidence-based medicine beyond the bedside: keeping an eye on context. *J Eval Clin Pract*. 2008; 14(5): 721-725.
- 35 Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. BMJ Books, Wiley-Blackwell; 2011.
- 36 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, for the Evidence Based Medicine Renaissance Group: Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014; 348: g3725.
- 37 Epstein RM, Cole DR, Gawinski BA, Piotrowski-Lee S, Ruddy NB. How students learn from community-based preceptors. *Arch Fam Med*. 1998; 7: 149-154.
- 38 Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med* 2008; 121 Suppl: S2-S23.
- 39 Croskerry P. Context is everything or how could I have been that stupid? *Health-care Quarterly* 2009; 12: e171-e177.
- 40 Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty: a cause of excessive testing. *N Engl J Med*. 1989; 320: 1489-1491.
- 41 Quill TE, Suchman AL. Uncertainty and control: learning to live with medicine's limitations. *Humane Med* 1993; 9: 109-120.
- 42 Tanenbaum SJ. What physicians know. *N Engl J Med*. 1993; 329: 1268-1271.

- 43 Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799-803.
- 44 Cumming A.D., Noble S.I.R. Good medical practice. In: Colledge N.R., Walker B.R., Ralston S.H. (eds.): *Davidson's Principles and Practice of Medicine*, 21st edition. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010: 1- 15.
- 45 Howick J. Knowledge that versus knowledge how: situating the EBM position on expert clinical judgement (chapter 11). In: Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. BMJ Books, Wiley-Blackwell; 2011: 158-183.
- 46 Montgomery K. *How doctors think: clinical judgement and the practice of medicine*. Oxford University Press; 2006.
- 47 Groopman J. *How doctors think*. Boston/New York: Houghton Mifflin Company; 2007.
- 48 Eraut M (ed.). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London, England: Falmer Press; 1994: 1-18 und 100-122.
- 49 Plessner H. *Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 50 Wolf S. *Educating doctors. Crisis in Medical Education, Research & Practice*. New Brunswick (USA)/London (UK): Transaction Publishers; 1997.
- 51 von Troschke J. *Die Kunst, ein guter Arzt zu werden*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber; 2001.
- 52 Dörner K. *Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung*. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2001.
- 53 Lown B. *Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken*. Stuttgart/New York: Schattauer; 2002.
- 54 Chou CM, Kellom K, Shea JA. Attitudes and habits of highly humanistic physicians. *Acad Med* 2014; 89(9): 1252-1257.
- 55 Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287(2): 226-335.
- 56 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- 57 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
- 58 Leiß O. *Von der Theorie zur Praxis – Wie bekommt man Integrierte Medizin im ärztlichen Alltag ›gebacken‹?* Siehe Kapitel 11, vorliegendes Buch.
- 59 Janich P. *Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1244; 1996.

- 60 Hartmann D, Janich P (Hg.). Die kulturalistische Wende. Zur Orientierung des philosophischen Selbstverständnisses. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1391. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1998.
- 61 Janich P. Kultur und Methode. Philosophie in einer wissenschaftlich geprägten Welt. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1773; 2006.
- 62 Das große Liederbuch. 204 deutsche Volks- und Kinderlieder, gesammelt von Anne Diekmann, unter Mitwirkung von Willi Gohl, mit 156 bunten Bildern von Tomi Ungerer. Zürich: Diogenes Verlag AG; 1975. Sonderausgabe zum 80. Geburtstag von Tomi Ungerer, 2011: 31 Backe, backe Kuchen.
- 63 Bertram W. Vom medizinischen Dualismus zur Integrierten Medizin. *Ärztliche Psychotherapie* 2014; 9: 157-161.
- 64 Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1987.
- 65 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical; 1998.
- 66 Weissbecker I, Salmon P, Studts JL, Floyd AR, Dedert EA, Sephton SE. Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 2002; 9(4): 297-307.
- 67 Dobkin PL. Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2008; 14(1): 8-16.
- 68 Astin JA, Berman BM, Bausell B, Lee W-L, Hochberg M, Forsys KL. The Efficacy of mindfulness meditation plus oigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 2003; 30: 2257-62.
- 69 Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch S, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med* 2007; 33(1): 11-21.
- 70 Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int. J. Stress Management* 2005; 12(2): 164-76.
- 71 Gross R. Geistige Grundlagen der Erkenntnisfindung in der Medizin. In: Gross R (Hg.). *Geistige Grundlagen der Medizin*. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer-Verlag; 1985: 73-89.
- 72 Schachtner C. *Ärztliche Praxis. Die gestaltende Kraft der Metapher*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1398; 1999.
- 73 Seiwert LJ. Wenn Du es eilig hast, gehe langsam. Das neue Zeitmanagement in einer beschleunigten Welt – Sieben Schritte zur Zeitsouveränität und Effektivität. Frankfurt/New York: Campus Verlag; 1998, Jubiläumsausgabe 2000.

- 74 Bertaux P. Mutation der Menschheit – Diagnosen und Prognosen. Fischer Bücherei 497. Frankfurt: Fischer Bücherei; 1963: 146.
- 75 Knopp E, Knopp J. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2010.
- 76 Candib LM. Reconsidering power in the clinical relationship. In: More ES, Miligan MA (eds). *The Empathic Practitioner. Empathy, Gender, and Medicine*. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press; 1994: 135-156.
- 77 Parmenides. Fragmente 1-19. https://en.wikipedia.org/wiki/Nothing_comes_from_nothing
- 78 Lukrez (99 v. Ch. – 55 v. Ch.). *De rerum natura*. https://en.wikipedia.org/wiki/De_rerum_natura
- 79 Alain. *Die Pflicht glücklich zu sein*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch 859; 1982.
- 80 Leiß O. Reflektierte Kasuistik – Reflektionen zu Störungen im doppelten Situationskreis des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz. Siehe Kapitel 8, vorliegendes Buch.
- 81 Clarke AE, Shim JK, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR. Biomedicalization – Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. In: Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim JK (eds.). *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Duke University Press, Durham – London, 2010: Chapter 1: 47-87.
- 82 Berwick D. Broadening the view of evidence-based medicine. *Quality and Safety in Health Care* 2005; 14: 315-316.
- 83 Patashnik EM, Gerber AS, Dowling CM. *Unhealthy Politics. The Battle over Evidence-based Medicine*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2017.
- 84 Welch HG, Schwartz L, Woloshin St. *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston: Beacon Press; 2011.
- 85 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012; 344: e3502
- 86 Brownlee S. *Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*. New York/London/New Dehli/Sydney: Bloomsbury; paperback edition 2008.
- 87 Kuchinke BA. *Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland. Eine industrieökonomische Analyse*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2004.
- 88 Haubrock M, Hagmann H, Nerlinger T. *Managed Care – Integrierte Versorgungsformen*. Bern: Verlag Hans Huber; 2000.
- 89 Maio G. *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch 4514, medizinHuman Band 15; 2014.

- 90 Bishop TF, Federman Ad, Keyhani S. Physician's views on defensive medicine: a national survey. *Arch Intern Med* 2010; 170: 1081-1083.
- 91 Leigh Page MS. Doctors' dilemma: lower costs, please patients, or avoid lawsuits? *Medscape*. Sept 11, 2014. www.medscape.com/viewarticle/829851.
- 92 Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353:i2139
- 93 Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 2012; 172(18): 1377-1385.
- 94 Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West CP. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings* 2015; 90(12): 1600-1611.
- 95 Schrijver I. Pathology in the medical profession? Taking the pulse of physician wellness and burnout. *Arch Pathol Lab Med*. 2016 Sep; 140(9): 976-82.
- 96 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, West CP, Meyers D. Burnout among health care professionals – a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *National Academy of Medicine*, July 2017. <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/>.
- 97 Epstein R. Chapter 10: Healing the Healer. In: Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017: 157-175 (160).
- 98 Waldman JD, Kelly F, Arora S, Smith HL. The shocking cost of turnover in healthcare. *Health Care Manage Rev* 2004; 29(19): 2-7.
- 99 Roelcke V. Ärzteschaft und Professionalität – Fiktive Autonomie, ›hippokratisches Ethos‹ und Bereitschaft zur Selbstreflektion. In: Roelcke V. *Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde*. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017: 117- 139.
- 100 Ceriani Cernadas JM. Loss of humanism and ethics in the medical profession: is it a utopia to restore them? *Arch Argent Pediatr* 2017; 115(6): 522-523.
- 101 Thistlethwaite J, Spencer J. *Professionalism in Medicine*. CRC Press 2008. Chapter 2: Learning from history. 17-35.
- 102 Freidson E. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press 1970 und 1988.
- 103 King PM, Kitchener KS. *Developing Reflective Judgement*. San Francisco: Jossey-Bass; 1994.
- 104 Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000; 162(5): 673-675.

- 105 Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for medicine – opportunities and obligations. *MJA* 2002; 177: 208-211.
- 106 Borracci PA, Mauro VM. Medical professionalism, models of regulation and professional autonomy. *Argent J Cardiol* 2015; 83: 242-244.
- 107 Cruess R, Cruess S. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspect Biol Med.* 2008; 51(4): 579-98.
- 108 Aristoteles. *Nikomachische Ethik*. Auf der Grundlage der Übersetzung von Eugen Rolfes herausgegeben von Günther Bien. Hamburg: Felix Meiner Verlag, Philosophische Bibliothek 5; 4. Aufl. 1985.
- 109 Calman K. The profession of medicine. *BMJ* 1994; 309: 1140-1143.
- 110 General Medical Council. *Good medical practice*. 4th and 5th edn. London: GMC, 2006 and 2013.
- 111 Swick H. Towards a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75(6): 77-81.
- 112 Medical Schools Objectives Project Writing Group. Learning objectives for medical student education—guidelines for medical schools: Report 1 of the medical school objectives project. *Acad Med* 1999; 74: 13-18.
- 113 American Board of Internal Medicine. *Project professionalism*. Philadelphia, PA. 2001.
- 114 Hilton S, Southgate L. Professionalism in medical education. *Teaching and Teacher Education* 2007; 23: 265-279.
- 115 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff.* 2008; 27(3): 759-769.
- 116 Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009; 374: 1714-1721.
- 117 Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med.* 2013; 88: 301-303.
- 118 Spinelli WM. The phantom limb of the triple aim. *Mayo Clin Proc* 2013; 88(12): 1356-1357.
- 119 Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on physician well-being. *JAMA* 2018; E1-E2. <https://doi.org/10.1001/jama.2018/1331>.

8 ›Reflektierte Kasuistik‹ – Reflexionen zu Störungen im doppelten Situationskreis des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz

»Da der Arzt selbst, worauf schon Balint (1957) hingewiesen hat, sein wichtigstes diagnostisches und therapeutisches ›Instrument‹ ist, hat er auch seinen Patienten gegenüber eine besondere Verantwortung für dieses Instrument. Es sollte eine unabdingbare Forderung für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung sein, dieses diagnostische und therapeutische ›Instrument‹ auch möglichst genau kennen zu lernen. Dies kann wohl nur in einem qualifizierten Selbsterfahrungsprozess geschehen.«

»Nur ein ausgeglichener und in sich gefestigter Arzt wird seinen Patienten wirklich helfen können.«

Thure von Uexküll/W. Wesiak (1a)

8.1 ›Reflektierte Kasuistik‹ als methodisches Werkzeug der Integrierten Medizin

Im Einleitungskapitel zur ›Integrierten Medizin‹ schreibt Thure von Uexküll: »Die ›Akademie für Integrierte Medizin‹ verfolgt das Ziel, die Chancen dieser aktuellen Entwicklung [des neuen Verständnisses von Modellen (Anmerkung des Verfassers)] zu erkennen und in begründbare Praxis umzusetzen. Zentral dafür ist unsere Methode der ›Reflektierten Kasuistik‹, die Praxis von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her durchsichtig machen soll. Zu diesem Zweck reflektiert sie

Krankengeschichten unter drei Aspekten: der Geschichte einer Krankheit, der Geschichte eines Kranken und der Geschichte der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Für diesen Zugang ist es unerlässlich, mit dem Kranken eine Kommunikation aufzubauen, d.h. eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren« (2a).

Was unterscheidet die Methode der ›Reflektierten Kasuistik‹ von der Arbeit in Balint-Gruppen? Wie brauchbar sind die Methoden? Wie und warum wirken sie? Wie kann man ihre Funktionsweise an einfachen Modellen verständlich machen? Diese und andere Fragen sollen in der nachfolgenden Übersicht diskutiert und beantwortet werden.

8.2 Vom Situationskreis Thure von Uexkülls zum doppelten Situationskreis

Ausgangspunkt ärztlicher Tätigkeit ist der Patient, der mit körperlichen Beschwerden und mit Ängsten und Sorgen in die Praxis kommt. Er will Klarheit bekommen, ob hinter seinen Beschwerden etwas Ernstes steckt, und will wissen, was er tun kann, um die Beschwerden zu lindern (3).

8.2.1 Der Situationskreis des Menschen und die Bedeutung des Deutens

Thure von Uexküll hat den von seinem Vater, dem Biologen Jakob von Uexküll entwickelten Funktionskreis tierischen Verhaltens (4) zum menschlichen Situationskreis weiterentwickelt (5,6) und hat deuten und interpretieren als zentrales Charakteristikum des Menschen gegenüber dem Tier herausgestellt. Beim Menschen sind zwischen ›Merkwelt‹ und ›Wirkwelt‹ des Tieres das Deuten und die innere Probehandlung zwischengeschaltet. Tierisches Verhalten erfolgt aus der Perspektive eines *Beobachters 1. Ordnung* (als teilnehmender Beobachter (2b)) aus leiblicher Zentralität (7), von außen gesehen erscheint das Verhalten – in der Sprache der Kybernetik – wie das einer ›trivialen Maschine‹ (2b,8). Menschliches Verhalten ist komplexer, weniger vorhersehbar, von Bedeutungszuteilungen abhängig, es erfolgt aus der Perspektive eines *Beobachters 2. Ordnung* (als technischer Beobachter (2b)), erfolgt aus Plessners ›*exzentrischer Positionalität*‹ (7,9) und von außen erscheint das Verhalten wie das einer ›nicht-trivialen Maschine‹ (2b,8).

Ein Mensch, bei dem sich z.B. die äußere Umwelt erheblich verändert hat, der mit seinen Anpassungsbemühungen, seinen begrenzten oder erstarrten Deutungsversuchen, scheitert und der unter der Passungsstörung seines Organismus mit seiner Umwelt (5,6) leidet, sucht Hilfe bei einem anderen Menschen, insbesondere bei einem Menschen, den die Gesellschaft als Experten für Deutungshilfe bei Passungsstörungen von Organismus und Umwelt ansieht, einem Naturheiler, Weisen, oder Arzt (10).

8.2.2 Das Unbehagen an der modernen Medizin und die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs

Von Paul Lüth stammt der Hinweis, dass die moderne Medizin da, wo sie erfolgreich ist, in der Regel stumm ist (11a). Die stumme, die auf technisch Machbares fokussierte, die moderne Medizin bedarf kompensatorisch des ausführlichen Gesprächs zwischen Arzt und Patient, um eine menschliche, eine ›humane‹ Medizin zu bleiben (12). Dies kann nur durch Rückbesinnung auf die der Medizin zugrunde liegende Basis, die Arzt-Patienten-Beziehung, gewährleistet werden. »Für das ärztliche Gespräch gibt es keinen Ersatz« (11b).

8.2.3 Der doppelte Situationskreis als grafisches Modell der Arzt-Patient-Interaktion

Ein Patient, der Beschwerden hat, die er allein nicht deuten kann, der (Deutungs-) Hilfe bei einem Arzt sucht und sich einem Arzt anvertraut, ist Ausgangspunkt aller Patienten-Arzt-Interaktionen. Für diese Ausgangssituation der Medizin, dass jemand mit seinen eigenen Anpassungs- und Deutungsversuchen nicht klarkommt und die Hilfe eines anderen benötigt, haben Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak das Modell des doppelten Situationskreises entwickelt (5,6,13). Grafisch ist dieses Modell in Abb. 8.1 dargestellt (13). Die spiegelbildlich zueinander angeordneten Situationskreise von Patient (linke Bildhälfte) und Arzt (rechte Bildhälfte) sind durch ein Feld miteinander verbunden, das das gemeinsame Feld des ›Deutens‹ und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit symbolisieren soll. Erst wenn dieses Feld in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln des gemeinsamen Durchlaufens im wahrsten Sinne des Wortes ›beackert‹ wurde, kann versucht werden, durch resultierende, initial durchaus noch nicht optimale und daher zu wiederholende Eingriffe in den ›Wirkwelt-Teil‹ der Umwelt eine neue Passung von Organismus und Umwelt zu erreichen.

8.3 Balint-Gruppen versus Seminare zur ›Reflektierten Kasuistik‹

Michael Balint (1896-1970) hatte nach dem Medizinstudium in den 1920er-Jahren eine psychoanalytische Ausbildung bei Sandor Ferenczi in Budapest erhalten. 1935 wurde er als Nachfolger von Ferenczi Direktor des Budapester Psychoanalytischen Instituts. Aufgrund der politischen Verhältnisse in Ungarn emigrierte er 1939 nach England, zunächst nach Manchester und später nach London. 1947 nahm er seine Arbeit an der Londoner *Tavistock Clinic* auf, wo er, zusammen mit seiner späteren Frau Enid Balint, am *Family Discussion Bureau* über Wirkungen der frühkindlichen Erfahrung und der frühen Mutter-Kind-Beziehung arbeitete. In den 1950er-Jahren

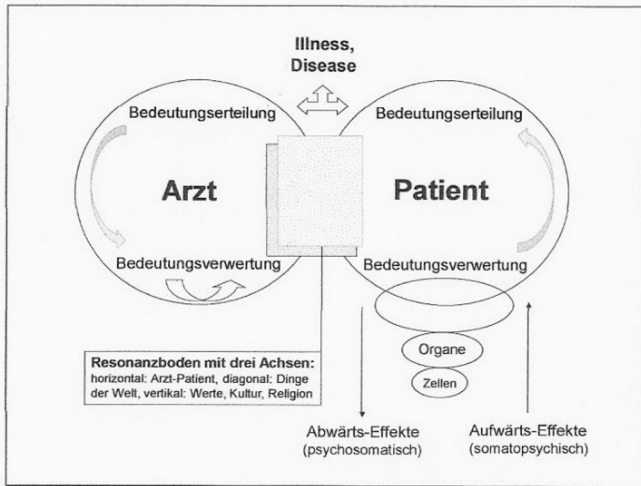


Abb. 8.1: **doppelter Situationskreis** (nach von Uexküll und Wesiak (5,13), erweitert um die Resonanztheorie von H. Rosa (32))

setzte er sich für eine Weiterbildung von Hausärzten und Allgemeinärzten in Psychosomatik und kleiner Psychotherapie ein (14) und initiierte an der *Tavistock Clinic* eine Reflexions-Gruppe für Ärzte (»Balint-Gruppe«), bei der in Form einer Supervision die Beziehung der Ärzte zu ihren Patienten psychoanalytisch thematisiert wurde.

8.3.1 Die »Droge Arzt«

Michael Balint hat 1957 den Begriff der »Droge Arzt« geprägt und darauf hingewiesen, »dass es für dieses hochwichtige Medikament noch keine Pharmakologie gibt. Um es auf eine Weise auszudrücken, die dem Arzt vertraut ist: in keinem Lehrbuch steht etwas über die Dosierung, in welcher der Arzt sich selbst verschreiben soll, nichts über Form und Häufigkeit, nichts über heilende oder erhaltende Dosen usw. Noch beunruhigender ist der Mangel an Literatur über die Risiken dieses Medikaments, über die vielfältigen allergischen Zustände, auf die man die Patienten zu beobachten hat oder über etwaige unerwünschte Nebenwirkungen« (15a).

Die »Droge Arzt« ist eine wesentliche Ursache für das, was allgemein als »Placebo-Effekt« bezeichnet wird. Zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte haben versucht, die Mechanismen von Placebo-Effekten zu verstehen (16). Trotz beachtlicher Fortschritte im wissenschaftlichen Verständnis von Placebo- und Nocebo-Effekten (17)

sind jedoch die praktischen Kenntnisse der Ärzte zur Pharmakologie des ärztlichen Wortes, zu seiner Galenik, zu Interaktionen bei der Resorption, zum ›*First-pass-Effekt*‹ (zum einen Ohr 'rein, zum anderen 'raus) und zur Bioverfügbarkeit (Lebensnähe) nach wie vor unzureichend, sodass das Potenzial dieses ›Pharmakons‹ nicht optimal genutzt wird oder erst in veränderter Dosierung und/oder nach veränderten Applikationsintervallen im ›therapeutischen Bereich‹ liegt (18).

8.3.2 Differenzierte Settings der Balint-Gruppenarbeit

K. Rappe-Giesecke hat Stärken und Grenzen der Balint-Gruppenarbeit ausführlich erörtert und sie in Beziehung zu Supervision und Organisationsberatung gesetzt (19). Sie beschreibt, dass sich im Laufe der letzten Jahrzehnte »unterschiedliche Settings mit unterschiedlichen Zielen, unterschiedlichen Zusammensetzungen der Mitglieder und sicher auch unterschiedlichen Vorgehensweisen der Leiterinnen und Leiter« (19) herausgebildet haben. Sie unterscheidet sechs Typen von Balint-Gruppenarbeit, die in Tabelle 8.1 zusammengefasst sind.

Ihrer Auffassung nach entspricht das ideale Setting der Balint-Gruppenarbeit den in Tabelle 1 unter 1, 2 und 3 skizzierten Typen und weist folgende Merkmale auf (19):

- Die 8-12 Gruppenmitglieder gehören der gleichen Profession an.
- Es handelt sich um erfahrene Praktiker.
- Sie gehören verschiedenen Organisationen an, d.h., es bestehen egalitäre Beziehungen der Gruppenmitgliedern untereinander und keinerlei berufliche Abhängigkeiten voneinander.
- Die Gruppenleitung gehört entweder der gleichen Profession an und kennt die Programme und mentalen Modelle der Profession gut oder sie hat ein hinreichendes Maß an Feldkompetenz und Erfahrung in der Moderation.

8.3.3 Balints Ziele und sein Ansatz eines ›*Trainings cum research*‹

Balints Bemühen galt der Anwendung psychoanalytischen Wissens und psychoanalytischer Techniken auf die Arzt-Patienten-Beziehung und einem Entwurf einer Pharmakologie und Toxikologie der ›*Droge Arzt*‹ (15a). Aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen als jüdischer Emigrant war ihm eine konsequente Abkehr von autoritärem Denken und Handeln und ein Verzicht auf die ›*apostolische Funktion*‹ des Arztes (15b) besonders wichtig.

Um sein Ziel zu erreichen, die Stellung der Allgemeinmedizin im Spektrum der medizinischen Disziplinen zu stärken und durch Entwicklung bestimmter Fertigkeiten die therapeutische Kompetenz von Allgemeinärzten zu erweitern, entwickelte er sein Konzept der Gruppenarbeit im Rahmen von Fallbesprechungen

Tabelle 8.1: **Differenzierte Settings von Balint-Gruppenarbeit** (nach Rappe-Giesecke (19))

Typ	Ziel	Mitglieder-Zusammensetzung
1. Training-cum-research-Gruppen		
	Professionsentwicklung; Praxis der Ärzte Beforschen und diese darin zu trainieren, eine neue Haltung gegenüber ihren Patienten einzunehmen	Ärzte für Allgemeinmedizin, Psychotherapeuten
2. klassische Balint-Gruppenarbeit		
	Beziehungstraining; Training in Beziehungsdiagnostik und Umsetzung in die tägliche Praxis	Gruppenmitglieder sollten nicht voneinander beruflich abhängig sein oder sich noch in Ausbildung befinden; Leitung gehört gleicher Profession an wie die Teilnehmer
3. Professionshomogene Gruppen		
	Rekonstruktion der professionellen Maximen, die das Handeln mehr oder weniger latent steuern; Konzentration auf Fallarbeit	Teilnehmer gehören derselben Profession an Leitung muss nicht gleicher Profession angehören
4. Ausbildungssupervision		
	verpflichtende Ausbildungssupervision; Balint-Gruppe ist nicht autonom, sondern in ein übergreifendes Ausbildungssystem eingebunden; Unterstützung bei der Entwicklung einer professionellen Identität	Ärzte im praktischen Jahr oder Ärzte, die den Zusatztitel Psychotherapie erwerben wollen; Leitung kann variabel sein: Balint-Gruppenleiter, Experte für die Profession oder die Methode
5. Fallbezogene Supervision mit Teams		
	Training der Interaktionen im Team; Koordination der Zusammenarbeit bei unterschiedlichen Professionen oder Funktionen	Subsystem einer Organisation z.B. Station einer psychiatr. Abteilung, Einheit einer Intensivstation, Team einer Gemeinschaftspraxis; Konzentration auf Fallarbeit schwierig
6. Fallbezogene abteilungsübergreifende Supervision		
	Besprechung von Profession-Klient-Beziehung	Mitglieder einer Profession, die innerhalb einer größeren Organisation in verschiedenen Abteilungen arbeiten; Mitglieder sind nicht in der Weise voneinander abhängig wie im Team

(15c). In einem offenen, partnerschaftlichen und neugierigen Dialog sollte der Kollegin/dem Kollegen, die/der über einen ›Falk‹ berichtet, d.h. die Geschichte eines

Patienten vorstellt, der ihr/ihm Sorge bereitet, zu dem ihr/ihm kein richtiger Draht gelingt und der ihr/ihm nicht mehr aus dem Kopf geht, durch ›Widerspiegelungsphänomene‹ (20) Optionen aufgezeigt werden, die ihr/ihm helfen, eigene Denkmuster zu überwinden und neue Wege zu erproben (20-23). Per intentionem stellt eine Balint-Gruppe keine Selbsterfahrungsgruppe dar, per effectum kann jedoch das methodische Vorgehen in der Balint-Gruppe als ›Patienten-zentrierte Selbsterfahrung‹ (23) bezeichnet werden – in Abgrenzung zur analytisch oder tiefenpsychologisch orientierten Selbsterfahrung.

Balint verfolgte sein Ziel einer Kompetenzerweiterung von Allgemeinärzten mithilfe einer bestimmten Methodik, die auf folgenden Prinzipien beruhte (20-24):

- Non-direktiver Zugang zum Patienten
- Offenheit gegenüber den zur Sprache kommenden Inhalten und begleitenden Emotionen
- Fähigkeit zuzuhören und sich in Geduld zu üben
- Reflektion der eigenen Gefühle und Phantasien
- Wahrnehmung der Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen an mich als Arzt

8.3.4 Balint-Gruppenarbeit versus Seminare zur ›Reflektierten Kasuistik‹

Werner Geigges (24) und Philipp Herzog (25) haben die Balint-Gruppenarbeit mit der Arbeit in Seminaren zur ›Reflektierten Kasuistik‹ verglichen. Sie unterstreichen, dass die o.a. methodischen Aspekte für die Balint-Gruppenarbeit und die Arbeit in Seminaren zur ›Reflektierten Kasuistik‹ gleichermaßen zutreffen. Geigges betont, dass das psychodynamische Denken Balints eine notwendige Ergänzung biomedizinischer Betrachtungsweisen in der Medizin darstellt, und dass die von Balint entwickelte Methodik von Fallbesprechungen in Gruppen gleichberechtigter, in keinerlei beruflicher Abhängigkeit voneinander stehender Gruppenmitglieder der gleichen Profession (15c) auch für die Seminararbeit der ›Reflektierten Kasuistik‹ von zentraler Bedeutung ist.

Als wesentlichen Unterschied zwischen Balint-Gruppe und ›Reflektierter Kasuistik‹ nennt Geigges das Fehlen einer Metatheorie zur Überwindung des Dualismus in der Medizin bei Balint (24). Kleinere Unterschiede bestehen in der Gewichtung einzelner Aspekte, die summarisch in Tabelle 8.2 zusammengestellt sind. Differenzen bestehen auch hinsichtlich Qualifikation, Funktion und Deutungsfokus des Leiters einer Balint-Gruppe und des Moderators einer Arbeitsgruppe zur ›Reflektierten Kasuistik‹ (s.u.).

Tabelle 8.2:
Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Balint-Gruppenarbeit und Gruppenarbeit in Reflektierter Kasuistik

Aspekt	Balint-Gruppe	AG Reflektierte Kasuistik
Verfahren der Professionsentwicklung; Verknüpfung der Entwicklung des einzelnen mit der Entwicklung der Gesamtprofession	+++	+++
Option, bewusste und latente Selbstbilder einer Profession zu analysieren und weiter zu entwickeln	+++	+++
Setting jenseits typischen Lehrer-Schüler- Verhältnisses	+++	+++
Förderung strukturierter Reflektion	+++	+++
Lernen durch Verbindung von Selbstbeobachtung und Fremdbeobachtung	+++ +++	++ +++
kritische Spiegelung des Verhältnisses Arzt und Patient	++	+++
zugrunde liegende Methodik: Psychoanalyse bzw. Modell von Körper-Sein u- Körper-Haben bzw. Modell des doppelten Situationskreises	+++ ++ -	- +++ +++
Analyse von Übertragung und Gegen- Übertragung in psychoanalytischen Sicht	+++	+
Einbeziehung biomedizinischer und/oder semiotischer Aspekte bei der Fallarbeit	+ ---	++ +++
Mitberücksichtigung bei der Fallbesprechung: Ergebnisse der Evidenz-basierten Medizin, eigene Erfahrungen, Mitteilen unverarbeiteter Erlebnisse	+ ++ ++	++ ++ ++
Maßnahme der Qualitätssicherung durch Selbstevaluation	+++	+++
Rolle des Moderators / Gruppenleiters psychoanalytische Ausbildung ,breite' psychotherapeutische Erfahrung	++ +++ +	++ (+) +++

8.4 Charakteristika der ›Reflektierten Kasuistik‹

Das Fehlen einer Metatheorie zur Überwindung des Dualismus in der Medizin stellt in der Tat den wesentlichen Unterschied einer Balint-Gruppe gegenüber der ›Reflektierten Kasuistik‹ dar (24). Für Thure von Uexküll war ein Verzicht auf psychoanalytische Interpretationen bei der Ausarbeitung einer Methodik für eine *Integrierte Medizin* sehr wichtig, weil von Uexküll den Dualismus einer Medizin für Körper und einer Medizin für Seelen mit einer einheitlichen Metatheorie überwinden wollte (5,6). Die klassische Balint-Gruppenarbeit schreibt jedoch via Fokussierung auf die Teiltheorie einer Medizin für Seelen, die Psychoanalyse, den Dualismus in der Medizin fort. Durch Verzicht auf die Dominanz psychoanalytischer Interpretation und durch Fokussierung auf Engels biopsychosoziales Modell (26,27), auf dem das Uexküll-Wesiak'sche Modell der *Integrierten Medizin* (1,5,6) aufbaut, können die positiven Effekte der Balint-Gruppenarbeit (s.o.) als Methodik auch für ein professionelles Training in *Integrierter Medizin* genutzt werden (2,24).

8.4.1 Naturphilosophie und Menschenbild der Integrierten Medizin

Thure von Uexküll wandte bereits in den 50er-Jahren, d.h. 25 Jahre bevor George Engel seine Forderung nach einem neuen Modell (26), dem biopsychosozialen Modell (27,28), erhob, die allgemeine Systemtheorie auf die Medizin an und unterschied drei Wirklichkeitsbereiche: den der Physik, des Lebendigen und des Psychischen (29a). Er forderte ein Menschenbild, das physikalisch-chemische Erscheinungen, körperliche Erscheinungen und geistig-seelische Erscheinungen gleichermaßen berücksichtigt (29b). Darüber hinaus übertrug er Erkenntnisse der Quantenphysik, dass für den naturwissenschaftlichen Beobachter ein Elektron mal als Partikel, mal als Wolke erscheint, auf die Medizin. Die Übertragung dieser Heisenbergschen Unschärferelation auf den ›Gegenstand‹ der Medizin, den Menschen, bedeutet, dass der kranke Mensch, der Patient, dem ihn beobachtenden Arzt mal als Person (›Partikel‹), mal als biologischer Organismus (›Wolke‹) erscheint (1,5,6).

Zur ausführlicheren Darstellung von Menschenbild und Naturphilosophie Thure von Uexkülls sei auf seine diesbezüglichen Arbeiten (29,30) (sowie auf Kapitel 4 und Kapitel 2 des vorliegenden Buchs) verwiesen.

8.4.2 ›Reflektierte Kasuistik‹ als kritische Durchleuchtung der Arzt-Patient-Interaktionen

Auf den doppelten Situationskreis als grafisches Modell des Arzt-Patienten-Verhältnisses wurde in der Einleitung bereits kurz eingegangen. Thure von Uexküll hat immer wieder die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit als wesentliches Element einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung betont (5,6). Im

doppelten Situationskreis stellt das gemeinsame Feld des ›Deutens‹ und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit die Verbindung – wenn man so will, den ›Kitt‹ – zwischen den Einzel-Situationskreisen von Arzt und Patient dar. Dieses Feld muss in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln gemeinsam bearbeitet werden, damit auf der Basis eines gemeinsamen (Krankheits-)Verständnisses eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich und durch neues Handeln eine bessere Passung von Organismus und Umwelt erprobt werden kann.

Die grafisch zweidimensional als Feld dargestellte, mit gemeinsamen Deutungsversuchen ›zu beackernde‹ Fläche kann dreidimensional auch als Kasten im Sinne eines Containers kulturell verfügbarer Deutungen und Interpretationskonstrukte (31) oder als Resonanzraum im Sinne von Rosas Resonanztheorie und Soziologie der Weltbeziehungen (32) verstanden werden (Abb.8.1). Anhand des um Rosas Resonanztheorie erweiterten grafischen Modells des doppelten Situationskreises können Dysfunktionen und Störungen der Arzt-Patient-Interaktionen verstehbar und handhabbar gemacht werden, worauf weiter unten im Detail eingegangen wird.

8.4.3 ›Reflektierte Kasuistik‹ als methodische Selbstreflektion und als lernendes System

Thure von Uexküll hat immer wieder darauf hingewiesen, dass jede Beobachtung theorie-geladen ist, dass es wichtig ist, »die Praxis von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her durchsichtig« (2a) zu machen, »dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss« (33). Dies gilt natürlich auch für das Konzept *Reflektierte Kasuistik* und für den doppelten Situationskreis als grafisches Modell der Arzt-Patient-Interaktionen.

Unter Reflektierter Kasuistik wurde anfangs (2,24) die Reflexion von Krankengeschichten unter drei Aspekten verstanden: dem Aspekt der Geschichte einer Krankheit, dem der Geschichte eines Kranken und dem der Geschichte der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Konzept und Methodik der Reflektierten Kasuistik wurden in den verschiedenen lokalen Gruppen der ›Akademie für Integrierte Medizin‹ (AIM) im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Tabelle 8.3 zeigt das aktuelle methodische Vorgehen in der Hamburger AIM-Gruppe (34,35).

Die hier dargestellten, an die Grafik des doppelten Situationskreises angekopelten und nachfolgend diskutierten Überlegungen fokussieren auf die Geschichte einer Krankheit (in der Sicht des Arztes) und die (aktuelle, z.T. auch die vergangene) konkrete Arzt-Patienten-Beziehung und resultieren aus eigenen Erfahrungen der früheren Mainz-Wiesbadener AIM-Gruppe (36). Beide Varianten, der aktuelle Leitfaden der Hamburger AIM-Gruppe zur Reflektierten Kasuistik (Tab. 8.3) und das in den Abbildungen 8.2-8.4 dargestellte ›Durchdeklinieren‹ von Störungen im

Tab. 3: Reflektierte Kasuistik – Leitfaden der Hamburger AIM-Gruppe, Stand 16.2.18



Reflektierte Kasuistik der Uexküll-Akademie
Leitfaden zur kollegialen Fallbesprechung, Hamburger Version 16.02.2018

Der Gruppe wird von einem der Mitglieder ein Fall vorgestellt. Die Fallpräsentation soll möglichst nicht länger als 15 Minuten dauern. Der Moderator übernimmt danach die Diskussionsleitung, eine Frage nach der anderen wird besprochen. Der Moderator äußert sich inhaltlich nicht selbst zu der Fallgeschichte. Er sorgt für die Einhaltung der Reihenfolge und dafür, daß jeder Teilnehmer zu Wort kommen kann. Es steht jedem Teilnehmer frei, sich zu äußern oder nicht.
Der Kollege, der den Fall vorgestellt hat, äußert sich zunächst nicht. Es entsteht Frage für Frage ein neuer Blick auf die Kasuistik. Erst bei der 6. Frage tritt der vorstellende Kollege wieder auf den Plan. Es folgen Fragen zur gemeinsamen Wirklichkeit, die in der Gruppenarbeit entstanden ist (7.), und nach dem Erleben der Moderation (8.). Danach ist eine offene Gruppendiskussion möglich.

<p>1. <u>Was fällt Ihnen an der Kasuistik auf?</u></p> <p>Hier sind unterschiedslos alle Rückmeldungen willkommen (z.B. Gefühle, leibliche Wahrnehmungen, Beobachtungen usw.), es gibt keine Hierarchisierung. Gleichgültig, ob etwas beeindruckt oder gefehlt hat, gleichgültig, ob es mit dem Patienten, dem Vorstellenden oder dem Zuhörer zu tun hat: einziges Kriterium ist, dass es aufgefallen ist.</p>
<p>2. <u>Und warum ist Ihnen das wichtig?</u></p> <p>Jeder Teilnehmer nimmt die Kasuistik aus seiner individuellen Perspektive wahr, hat seine persönlichen Erfahrungen, seine Ziele, seine fachlichen Schwerpunkte, die ihn speziell interessieren. An dieser Stelle kann jede Art von Perspektive auf den Fall zur Sprache kommen – entscheidend ist, warum gerade diese Perspektive für den Teilnehmer wichtig ist.</p>
<p>3. <u>Was würden Sie gerne noch von dem Patienten wissen?</u></p> <p>Welche Informationen fehlen den Teilnehmern? Ihre Fragen verdeutlichen die professionellen Konzepte der Teilnehmer, die darüber entscheiden, was sie in der Kasuistik und wahrscheinlich auch bei Ihrer eigenen Arbeit für wesentlich halten. Der Vorstellende merkt, worauf er bisher nicht geachtet hat, beantwortet aber nicht die Teilnehmerfragen.</p>
<p>4. <u>Wie verstehen Sie die Kasuistik auf Ihrem beruflichen Hintergrund?</u></p> <p>Jeder der Teilnehmer denkt über den vorgestellten Fall auf dem Hintergrund seiner spezifischen Erfahrungen nach, hat eigene berufsspezifische Kompetenzen und Fragestellungen, je nach Ausbildung und Tätigkeit. An dieser Stelle sind alle diagnostischen Überlegungen im weitesten Sinne gefragt. Ein besseres Gesamtverständnis des Patienten kann aus der Summe und Vielzahl der Überlegungen entstehen.</p>
<p>5. <u>Stellen Sie sich vor, das wäre Ihr Patient, wie würden Sie weiter vorgehen?</u></p> <p>Indem die Teilnehmer sich zum weiteren Vorgehen in dieser Situation äussern, werden verschiedene Möglichkeiten erkennbar, mit einem Patienten zu arbeiten, therapeutische und prognostische Phantasie ist erwünscht. Damit soll deutlich werden, welches konkrete Vorgehen sich aus dem jeweiligen Verständnis eines Patienten ergibt. Es wird klarer, wie die jeweilige Sicht auf die Probleme eines Patienten unterschiedliche therapeutische Folgen haben kann.</p>
<p>6. <u>Frage an den vorstellenden Kollegen: Was machen Sie jetzt mit den Rückmeldungen der Gruppe?</u></p> <p>Es geht um die Rückmeldungen aus der Perspektive des vorstellenden Kollegen. Dabei können die Gruppenteilnehmer erleben, was aus ihren Beiträgen wird, wie der vorstellende Kollege ihre Konstrukte in seine Sicht „einbaut“. Ggf. kann der vorstellende Kollege jetzt auch ergänzende Informationen zu dem Fall geben.</p>
<p>7. <u>Ist in der Gruppe eine gemeinsame Wirklichkeit von dem Fall entstanden?</u></p> <p>Hat sich in der Gruppe ein gemeinsamer Blick auf den Fall entwickelt (gemeinsamer Interpretant)? Welche Aspekte beinhaltet diese gemeinsame Wirklichkeit und in welchen Bereichen gibt es weiterhin unterschiedliche Perspektiven?</p>
<p>8. <u>Wie wurde die Moderation erlebt?</u></p> <p>Wie hat der Moderator die Kasuistik und die Moderation erlebt? Wie hat die Gruppe die Moderation erlebt? Waren das 8-Punkte-Schema und das Vorgehen in dem besprochenen Fall hilfreich?</p>

doppelten Funktionskreis, zeigen, dass Uexkülls Wunsch nach lernenden Systemen (2a) weiterlebt.

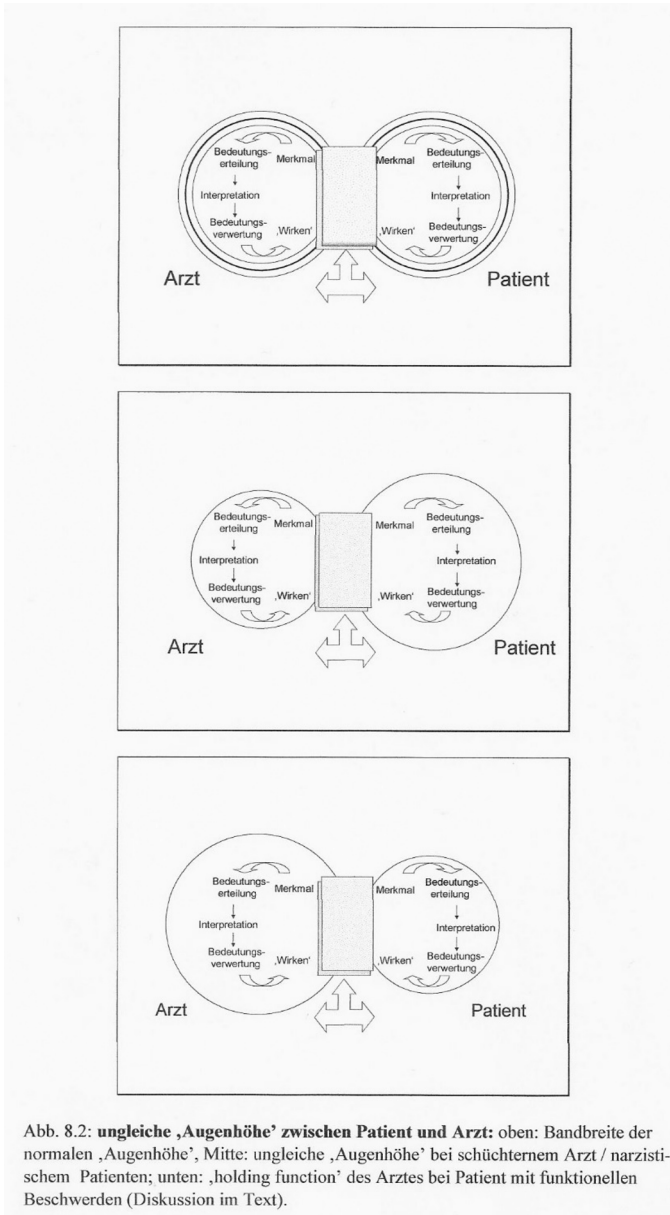
8.5 Dysfunktionen und Störungen im doppelten Situationskreis

Bei Störungen des Gesamtsystems Arzt-Patienten-Beziehung können Kompensationsversuche auf Subsystem-Ebene (13) eintreten, die nicht automatisch gegenseitigen Respekt zwischen Arzt und Patient, gleiche Augenhöhe und funktionierende Zusammenarbeit beeinträchtigen müssen. So kann der Arzt z.B. bei funktionellen Störungen/somatoformen Störungen des Patienten in bewusster Akzeptanz seiner mittragenden und mitgehenden ›holding function‹ für den Patienten (37a) ein stärkeres Gewicht in der Arzt-Patienten-Beziehung erhalten. Umgekehrt kann er bei einem narzisstischen Patienten dessen Eigenheiten und dessen Geltungsstreben gelassen akzeptieren und ›psychiatrische Milde‹ (38) walten lassen. Dies bedeutet, dass – grafisch gesprochen – der Durchmesser der Patient und Arzt symbolisierenden Kreise nicht exakt gleich sein muss, sondern eine gewisse Schwankungsbreite aufweisen kann, ohne die Funktionsfähigkeit des doppelten Situationskreises beeinträchtigen zu müssen.

Relevante Dysfunktionen, Störungen und Blockaden im Arzt-Patienten-Verhältnis lassen sich im grafischen Modell des doppelten Situationskreises verschiedenen Teilaspekten zuordnen, auf die nachfolgend im Detail eingegangen werden soll (siehe Abbildungen 8.2-8.4).

8.5.1 Fehlende Augenhöhe/Hyper- oder Hypotropie eines Subsystems

Bei diesem Störungstyp (siehe Abb. 8.2) liegt meist eine fehlende Augenhöhe infolge mangelnden Respekts und Achtung des jeweiligen anderen zugrunde. So kann die Persönlichkeitsstruktur des Arztes eine Gefahr für die autoreparativen Tendenzen im Patienten darstellen (15,37b). Der schizoide Arzt (mit seinen Qualitäten Exaktheit, Selbstständigkeit und Sachlichkeit) kann einen Patienten z.B. mit aufwendigen Untersuchungen zur Abklärung der Symptome oder zum Ausschluss unwahrscheinlicher Krankheiten oder mit eingreifenden, nebenwirkungsreichen Therapien quälen. Ärzte mit vorwiegend depressiver Struktur haben zwar ihre Stärken in feinem Einfühlungsvermögen und Identifikation mit dem leidenden Patienten, sind aber oft ›overprotective‹, blockieren den Verselbstständigungsprozess des Patienten und vernachlässigen die schöpferische Distanz, um dem Patienten wirklich helfen und ihn retten zu können. Der zwanghafte Arzt (mit seinen Vorzügen in der Exaktheit, Gewissenhaftigkeit und Treue) ist oft »geistig unbeweglich, dogmatisch und überängstlich auf sein somatisches Spezialgebiet beschränkt« (37b) und übersieht das seelische Leiden seines Patienten. Die Gefahr für den Patienten besteht darin, dass die Arzt-Patienten-Beziehung Züge eines Machtkampfes annehmen kann und die Interaktionen in falsches Rollenverhalten (unfolgsames Kind versus allwissender mächtiger Gott-Vater) und zwanghafte Rituale missraten, die »keinen Freiraum für spontane Lebendigkeit



und unvorhergesehene Verläufe lassen« (37b). Der hysterisch-strukturierte Arzt mit seiner Spontanität, Flexibilität und Offenheit für Neues neigt zu allzu großem

Optimismus und zu therapeutischer Polypragmasie. »Dem Kranken wird daher keine Zeit gelassen, auf seine individuelle Weise und mit seinem eigenen Tempo sich mit dem Leiden auseinanderzusetzen« (37b).

Umgekehrt können auch Eigenheiten und Persönlichkeitsstruktur des Patienten zu Dysbalancen im Arzt-Patienten-Verhältnis führen. »Manche Leute spielen Spiele, welche die Spielregeln anderer Leute brechen. Manche spielen unerklärte Spiele und machen so ihr Vorgehen doppeldeutig oder geradezu unverständlich – außer für Experten in geheimen und unüblichen Spielen. Solche Leute – voraussichtliche Neurotiker oder Psychotiker – müssen sich vielleicht dem Zeremoniell einer psychiatrischen Konsultation unterziehen zwecks Diagnose, Prognose und Therapievorschlag. Die Behandlung würde darin bestehen, sie auf das Unbefriedigende ihrer Spiele aufmerksam zu machen und ihnen vielleicht neue Spiele beizubringen« (39).

Hypotrophien eines Subsystems können auf fehlender emotionaler Kompetenz aufseiten des Arztes, auf Unerfahrenheit in Kommunikations- und Interaktionsmustern mit Patienten, auf eigener Unsicherheit und der (kompensatorischen) Neigung, sich hinter technischen Geräten zu verstecken u.a. beruhen. Hypotrophien aufseiten des Patienten können z.B. extreme Schüchternheit, Schamgefühl, aber auch psychische (z.B. Alexithymie) oder organische (z.B. beginnende Demenz) Besonderheiten sein.

8.5.2 Dysfunktionen und Störungen im Aufbau eines Feldes der gemeinsamen Wirklichkeit

Eine andere Ebene von möglichen Dysfunktionen und Störungen liegt auf dem Feld der gemeinsamen Wirklichkeit. Der Aufbau eines Feldes, eines Terrains gemeinsamer Wirklichkeit kann in unserer multikulturellen Gesellschaft durch ethnische Unterschiede zwischen Arzt und Patient, durch unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Erfahrungen der Beteiligten, durch Sprachbarrieren und dadurch bedingte Kommunikationsstörungen u.a.m. bedingt sein. Es fehlt die für eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion erforderliche verständliche Sprache und es fehlt – in der dreidimensionalen Auffassung des grafisch als Feld symbolisierten Interaktionsterrains – ein gemeinsamer Container kultureller Deutungsmuster, der von beiden verstanden wird und auf den beide zurückgreifen können (Abb. 8.3).

Nicht nur bei ethnischen Unterschieden zwischen Patient und Arzt, sondern auch bei gleichem ethnischen Hintergrund, jedoch unterschiedlicher ›Medizinphilosophie‹ (Glaubens-basierte homöopathische oder naturheilkundliche Präferenz des Patienten versus evidenzbasierte Verordnung von Medikamenten seitens des Arztes) können erhebliche Dysfunktionen bis hin zu Blockaden der Kommunikation auftreten, die die Gestaltung einer gemeinsamen Wirklichkeit und z.B. eine

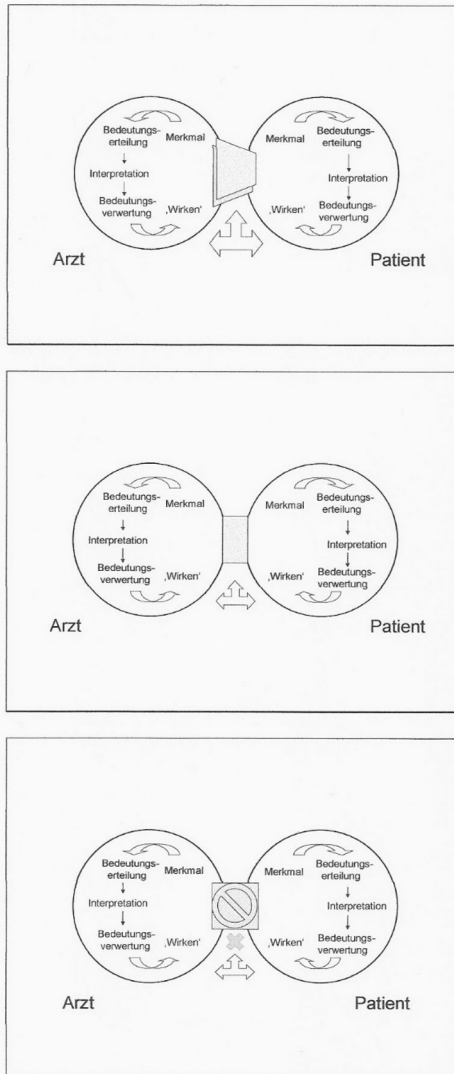
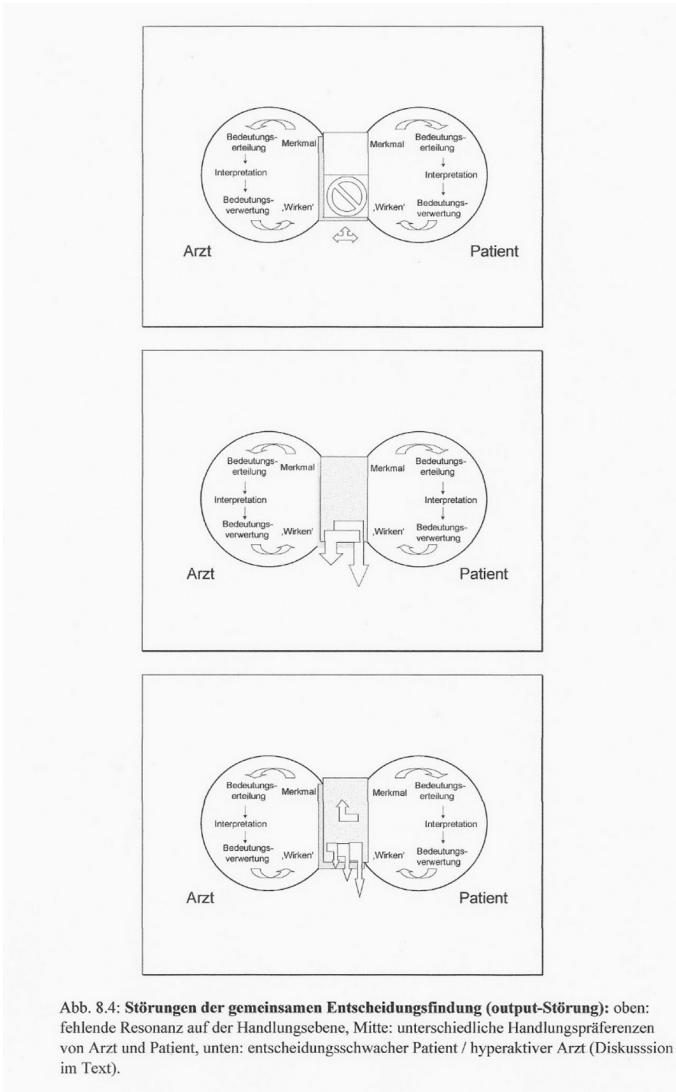


Abb. 8.3: Störungen im Feld der gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion: oben: dysfunktionales Feld, Mitte: atrophisches Feld, unten blockiertes Feld mit nachfolgender Störung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Diskussion im Text).

Einigung auf einen medikamentösen Behandlungsversuch erschweren bis unmöglich machen.



8.5.3 Suboptimale gemeinsame Entscheidungsfindung infolge fehlender Resonanz

Andere Dysfunktionen oder Störungen können unter der Überschrift suboptimale gemeinsame Entscheidungsfindung (*Output-Blockade*) infolge fehlender Resonanz zusammengefasst werden. Aus dem Aufbau einer gemeinsamen Wirklich-

keit sollen in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Aus-)Wirkungen auf den ›Wirkwelt-Teil‹ des Umfelds resultieren, d.h., therapeutische Maßnahmen erfolgen als Versuche, die gestörte Einheit von Organismus und Umwelt wiederherzustellen. Resonanz setzt Empathie, die Einfühlung in das Leiden anderer, voraus (40,41). Hartmut Rosa hat in seinem Buch ›Resonanz‹ (32) eine lesenswerte und wichtige ›Soziologie der Weltbeziehungen‹ vorgelegt. Fasst man in der dreidimensionalen Version das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit als Resonanzraum auf, dann können Störungen in den von Rosa beschriebenen drei Achsen der Resonanz zu suboptimalem bis gänzlich blockiertem ›Output‹ auf der Effektebene führen. Rosas horizontaler Resonanzachse (Familie, Freundschaft, demokratische Politik) sind z.B. die oben erwähnten ethnischen Unterschiede mit ihren unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten in Familie und Politik incl. ihrer inhärenten kontextuellen Atmosphären und Stimmungen zuzuordnen. Rosas diagonale Resonanzachse beinhaltet Objektbeziehungen, Arbeitswelt, Schule, Sport und Konsum und Rosas vertikale Resonanzachse Religion, Natur, Kunst und Geschichte. Die oben angeführten Unterschiede in den ›Medizinphilosophien‹ von Patient und Arzt können zur Resonanzstörungen in dieser Achse des Resonanzraums beitragen.

8.6 Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz

Bei *Hypertrophie eines Subsystems*, z.B. des Patienten, im System Arzt-Patienten-Beziehung kann man als Arzt versuchen, die fehlende gemeinsame Basis, die fehlenden Fortschritte im Erreichen eines gemeinsamen Arbeitsbündnisses und das Gefühl der Sinnlosigkeit und Überflüssigkeit der eigenen ärztlichen Ratschläge in einem offenen Gespräch mit dem Patienten zur Sprache zu bringen und ggf. dem Patienten raten, sich einen anderen Arzt zu suchen, mit dem – in einem unverknapften Neuanfang – ein besseres Arbeitsbündnis erreicht werden könnte.

Ist der Arzt aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur (15,37b,38) zu dominant, können in Balint-Gruppen oder Gruppen zur Reflektierten Kasuistik – sofern ein solcher Arzt überhaupt bereit ist, in solchen Gruppen mitzuarbeiten – Feedback-Signale der übrigen Gruppenteilnehmer in Form von kritischen Anmerkungen zu z.B. ›overprotection‹, zu mehr Geduld oder mehr Freiraum für eine Entfaltung des Patienten, zu Bereitschaft zur Übernahme der ›holding function‹ (37a) korrigierende Maßnahmen zur Wiederherstellung einer gewissen Balance zwischen Arzt und Patient im doppelten Situationskreis sein.

Bei zu großer Schüchternheit, bei Schamgefühlen oder bei Fehlen eines emotionalen Mitschwingens des Patienten können warmherzige Appelle, geduldiges Zuhören und unterstützende Maßnahmen des Arztes hilfreich sein, dass der Patient mehr Selbstvertrauen aufbauen kann und Mut bekommt, eigene Ansichten und eigene Interessen in die Patienten-Arzt-Interaktion einzubringen (42).

Bei *Dysfunktionen und Störungen beim Aufbau eines Felds der gemeinsamen Wirklichkeit* können ethnische Unterschiede zwischen Arzt und Patient in Einzelfällen durch einen kompetenten und einfühlsamen Dolmetscher überbrückt werden. In anderen Fällen ist eine Weiterleitung an einen der gleichen Ethnie zugehörigen Arzt die richtige Entscheidung. Bei literatur- und kulturgeschichtlichen Kenntnissen (43,44) und Interesse an der Märchen- und Fabelwelt anderer Kulturen können kurze Geschichten wie z.B. der »Kaufmann und der Papagei« (45), eine Brücke zum Verständnis eines Problems bilden und als über Kulturgrenzen hinausgehende bildhafte Metaphern Lösungsmöglichkeiten aufzeigen (46,47). In Einzelfällen können auch allgemein menschliche (48-50) und existenzphilosophische Aspekte (51-53) hilfreich sein.

Bei den oben erwähnten unterschiedlichen »Medizinphilosophien« kann der Arzt respektvoll die Position des Patienten anerkennen, aber gleichzeitig höflich und selbstbewusst den Konflikt mit seinen ärztlichen Prinzipien zur Sprache bringen und gemeinsam mögliche Kompromissoptionen erörtern (54). Bei Dissonanzen in Rosas diagonaler Resonanzachse der Objekt- und Weltbeziehungen (32) können Resonanzen in Rosas horizontaler Resonanzachse (Freundschaft/Partnerschaft) oder vertikaler Resonanzachse (Werte Kunst, Religion, ...) helfen Stabilität und Funktionsweise der Arzt-Patienten-Interaktion zu gewährleisten.

Mitunter ist auch eine fehlende Gelassenheit seitens des Arztes, eine fehlende »Eingelassenheit« (55) in die Situation des Patienten, unzureichende Kenntnisse seines beruflichen oder familiären Kontextes und unzureichende Diskussion seiner Werte und Präferenzen ein Mitgrund für Dürre im Feld der Arzt-Patienten-Beziehung und fehlende Resonanz im vollgestopften und nicht schwingungsfähigen Resonanzraum. Ein geduldigeres Zuhören und achtsames Sich-Einlassen auf den Kontext (55) können helfen, dass »der Funke überspringt«, unbewusste Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen überwunden werden, Resonanz eintritt, Eingriffe in den Wirkwelt-Teil der Umwelt gewagt werden und die Suche nach neuen Passungen Erfolg hat.

8.7 Wirkung der Gruppendynamik in Seminaren zur Reflektierten Kasuistik

Überträgt man die oben beschriebenen Reflektionen zu Dysfunktionen und Störungen im doppelten Situationskreis auf das Setting einer Arbeitsgruppe zur Reflektierten Kasuistik, lässt sich ein komplexerer neuer Situationskreis skizzieren, anhand dessen die stattfindenden Interaktionen beschrieben und schematisch eingeordnet werden können (Abb. 8.5).

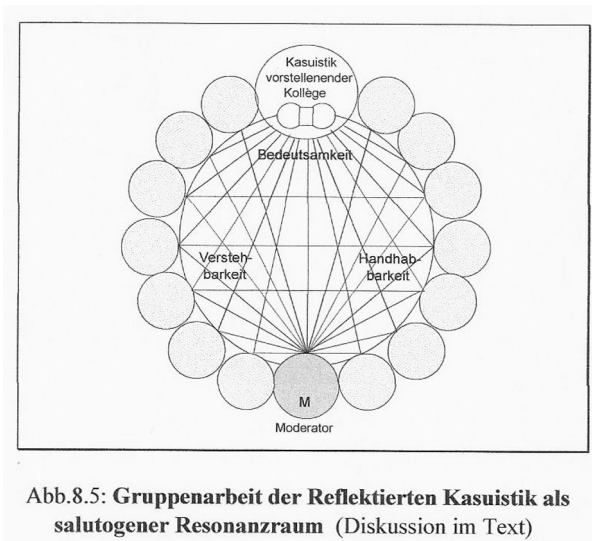


Abb.8.5: **Gruppenarbeit der Reflektierten Kasuistik als salutogener Resonanzraum** (Diskussion im Text)

8.7.1 Modell der komplexen Situation in Seminaren zur Reflektierten Kasuistik

Der referierende Kollege/die referierende Kollegin sitzt in einem (Halb-)Kreis vor ärztlichen Kollegen/Kolleginnen gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtung. Der referierende Kollege/die referierende Kollegin bringt ein Problem aus der eigenen Praxis und der eigenen Arzt-Patienten-Interaktion mit – symbolisiert durch den doppelten Situationskreis im Zentrum des den Referenten symbolisierenden Kreises (Abb. 8.5). Meist besteht in einem Seminar zur Reflektierten Kasuistik eine gemischte Gruppe aus zwölf (+/-3) Hausärzten und Psychotherapeuten mit einzelnen Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtung. Einer von Ihnen (mit spezieller Erfahrung und Weiterbildung in Moderation (23,34,56)) übernimmt die Rolle des Moderators, der auf die Interaktionen, den Zeitrahmen und den Arbeitsfortschritt in der Gruppe achtet. Die Teilnehmer gruppieren sich (halb-)kreisförmig um den referierenden Kollegen/Kollegin – symbolisiert durch kreisförmig angeordnete Kreise – und fragen den/die vorstellenden Kollegen/Kollegin nach Details, geben Rückmeldung über ihre Eindrücke und Gefühle und diskutieren Lösungsvorschläge.

Dadurch, dass alle Mitglieder der Reflektierten Kasuistik Ärzte sind und alle der Schweigepflicht unterliegen, ist der Raum nach außen hin gut ›abgedichtet‹. Wenn die (schalldämpfende) Tür geschlossen ist, dringt kein Geräusch nach außen, das weitere Umfeld bekommt von der ›probenden Jazzband‹ nichts mit. Dadurch, dass die Gruppe idealiter aus verschiedenen Fachgruppen unterschiedlichen Ge-

schlechts und Alters zusammengesetzt ist, weist die Innenraum-Holzverkleidung eine ausreichende Anzahl an brechenden Flächen auf, die die Resonanz im Raum verstärken. Was wie bei einer probenden Jazzband fehlt, sind Zuschauer. Man probt, weil der Rhythmus einem guttut, weil man beim gemeinsamen Musizieren im Spielen seines Instruments besser wird und weil das Ganze Freude macht und weil der Moderator kein dirigierender Karajan ist oder sein will.

8.7.2 Was bewirkt die Gruppendynamik?

Eine Metapher wie die der probenden Jazzband hat – wie jede Metapher – den Charme, bildhaft einen zentralen Aspekt auf den Punkt zu bringen und Limitationen, die außen vorbleiben (57,58). Der Charme der Metapher von der probenden Jazzband liegt im Fokus auf der Improvisation, in den verschiedenen Typen und den verschiedenen Instrumenten, die da zusammenwirken, im Einüben von Rhythmus und Sequenzen und – last not least – im entspannten Gefühl, in der Freude am Spiel.

Wichtig sind dabei die Heterogenität der beteiligten Musiker und die Verschiedenartigkeit der involvierten Musikinstrumente. Hausärzte bringen andere Aspekte in die Diskussion ein als Fachärzte, bei ersteren mögen pragmatische Aspekte von Organisation und Handling im ärztlichen Alltag eine wichtige Rolle spielen, letztere können spezielle fachliche biomedizinische, Labor- oder untersuchungstechnische Aspekte einbringen. Psychotherapeuten bringen einen Blick auf Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen mit. Ein in Moderation erfahrener Kollege (23,56), der – im Unterschied zur Balint-Gruppenarbeit – nicht auf psychoanalytische Interpretationen fixiert ist, hält sich im Hintergrund, kann literaturgeschichtliche Aspekte (43), Märchen (44) oder Geschichten aus fremden Kulturen (45-47) oder einfach allgemeine psychotherapeutische Einsichten (48-53) einbringen. Darüber hinaus hat er ein Auge auf die gruppeninternen Abläufe, auf Arbeitsfortschritt und Zeitrahmen.

Bekanntlich sagt ein Bild mehr als 1000 Worte. Das schematische Bild des doppelten Situationskreises mit den Varianten der Hypo- bzw. Hypertrophie eines Kreises und der Atrophie des Feldes der gemeinsamen Wirklichkeit kann den Mitgliedern einer Arbeitsgruppe zur Reflektierten Kasuistik helfen, Dysfunktionen und Störungen der Arzt-Patienten-Interaktionen besser zu verstehen und besser anzugehen (Abb. 8.2-8.4). ›Verstehbarkeit‹ und ›Handhabbarkeit‹ sind zentrale Begriffe in Antonovskys ›Sense of coherence‹/Kohärenzsinn und seinem Konzept der Salutogenese (59,60) (siehe Kapitel 10). Der Erfahrung, dass der mich aufsuchende Patient von mir Hilfe erwartet und mir Bedeutsamkeit bei der Lösung seiner Probleme zuspricht, kann ich nur gerecht werden, wenn ich mich mit meinen Worten und Beispielen um Verstehbarkeit bemühe und die Lebenswelt des Patienten und sein intellektuelles Verständnis berücksichtige. Akzeptiere ich die mir erteilte Be-

deutsamkeit, bemühe ich mich um Verstehbarkeit und tritt Resonanz ein, dann kann die Handhabbarkeit des Problems erleichtert und neuer Kohärenzsinn für den Patienten hergestellt werden. Eine wichtige Hilfe hierbei ist eine ›*mindful practice*‹ (61-63), deren Charakteristika und deren Wirkungsweise in Kapitel 7 ausführlicher beleuchtet wurden.

Literatur

- 1 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Verlag Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1998: 463.
- 2 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 3-22. a) S. 4; b) S. 21; c) S. 6-8.
- 3 Engelhardt K: Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.
- 4 von Uexküll J. Der Funktionskreis. In: von Uexküll J. Kompositionslehre der Natur. Biologie als undogmatische Naturwissenschaft. Ausgewählte Schriften. Herausgegeben und eingeleitet von Thure von Uexküll. Frankfurt/Berlin/Wien: Propyläen, Verlag Ullstein; 1980: 226-290.
- 5 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Verlag Urban & Schwarzenberg; 1988.
- 6 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 7 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 8 von Foerster H. Prinzipien der Selbstorganisation im sozialen und betriebswirtschaftlichen Bereich. In: von Foerster H. Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke. Herausgegeben von S.J. Schmidt. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 876, Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993, 4. Aufl. 1997: 233-268.
- 9 Fischer J. Exzentrische Positionalität. Plessners Grundkategorie der philosophischen Anthropologie. In: Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016: 115-145.

- 10 Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press; 1980.
- 11 Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987. a) S. 12; b) S. 17.
- 12 Greenhalgh T., Hurwitz B. (eds): *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
- 13 Geigges W. *Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin*. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 23-33.
- 14 Balint M. *Training general practitioners in psychotherapy*. *British Medical Journal* 1954; 1: 115-120.
- 15 Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London, 1957. Deutsch: Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta; 10. Aufl. 2001. a) S. 15ff.; b) S. 283-313; c) S. 383-413.
- 16 Benedetti F. *Placebo effects – Understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 17 Hansen E, Zech N, Meissner K. *Placebo und Nocebo. Wie einsetzen bzw. vermeiden?* *Der Internist* 2017; 58(10): 1102-1110.
- 18 Leininger G. *Die Droge Arzt als Analgetikum – eine Kasuistik aus der internistischen Klinik*. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 65-73.
- 19 Rappe-Giesecke K. *Vorwärts zu den Wurzeln – Balint-Gruppenarbeit aus Kommunikationswissenschaftlicher Sicht*. Balint 2000; 1: 36-42.
- 20 Rosin U. *Vorwort zur 10. Auflage*. In: Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta, 10. Aufl. 2001: 1-8.
- 21 Loch W. *Theorie und Praxis von Balint-Gruppen*. Tübingen: edition diskord; 1995.
- 22 Luban-Plozza B, Laederach-Hofmann K, Knaak L, Dickhaut HH. *Der Arzt als Arznei. Das therapeutische Bündnis mit dem Patienten*. 8. durchgesehene Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2002.
- 23 Häfner S (Hg.). *Die Balintgruppe. Praktische Anleitung für Teilnehmer – Im Auftrag der Deutschen Balint-Gesellschaft*. 3. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007 (Zitat: Seite 78).
- 24 Geigges W. *Balint-Gruppen und Reflektierte Kasuistik*. In: Hontschik B, von Uexküll T (Hg.). *Psychosomatik in der Chirurgie. Integrierte Chirurgie – Theorie und Therapie*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1999: 55-64.
- 25 Herzog P. *Die Suche nach der verlorenen Einheit von Körper und Seele in der Heilkunde. Versuch einer Annäherung von Balint-Gruppe und Reflektierter Ka-*

- suistik nach Thure von Uexküll. Balint 2011; 12: 33-47. Nachdruck in: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hg.) Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens – Bausteine der Integrierten Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2013: 243-278.
- 26 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- 27 Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
- 28 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. *Int J Psychiatry Med* 2014; 47: 275-287.
- 29 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953. a) S. 21; b) S. 60ff.
- 30 von Uexküll T. Was weiß die Medizin vom Menschen? In: Rössner H (Hg.). Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 4447; 1986: 146-168
- 31 Lenk H. Interpretationskonstrukte – Zur Kritik der interpretatorischen Verunft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 1993.
- 32 Rosa H. Resonanz – eine Soziologie der Weltbeziehungen. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016.
- 33 von Uexküll Th. Was ist und was will ›Integrierte Psychosomatische Medizin‹? In: von Uexküll Th (Hg.) Integrierte Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. 1994. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1994; 17-34 (Zitat Seite 18).
- 34 Reflektierte Kasuistik der Uexküll-Akademie. Leitfaden zur kollegialen Fallbesprechung, Hamburger Version vom 16.2.2018
- 35 Staufenberg-Wandschneider A. Die Reflektierte Kasuistik als kollegiale Selbsthilfegruppe – wie wirkt die Methode? Vortrag auf der Werkstatt der Thure von Uexküll-Akademie am 16.2./17.2.2018 in Hamburg.
- 36 Albers L. Wiesbadener AIM-Gruppe. www.akademie-für-integrierte-medizin.de
- 37 Beck D. Krankheit als Selbstheilung – Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zu seelischer Selbstheilung sein können. Frankfurt: Insel-Verlag; 1981. a) Kapitel III.1. Der Arzt, die Selbstheilungstendenzen und ihre Gefährdung durch die Universitätsmedizin. S. 111-123; b) Kapitel III.2. Die Persönlichkeitsstruktur des Arztes als Gefahr für die autoreparativen Tendenzen im Patienten. S. 124-131.
- 38 Jaspers K. Wesen und Kritik der Psychotherapie. In: Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. Serie Piper 441. München/Zürich: R. Piper Verlag; 1986: 69-122. (Zitat S. 97).
- 39 Laing RD. Phänomenologie der Erfahrung. edition suhrkamp 314, Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 2. Aufl. 1969: Kapitel II. Psychotherapeutische Erfahrung. S. 39-49 (Zitat S. 44).

- 40 Spiro H, Maccree Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.) *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
- 41 Jamison L. *Die Empathie-Tests. Über Einfühlung und das Leiden anderer*. Berlin: Carl Hanser Verlag und Berlin: Suhrkamp Taschenbuch Verlag. suhrkamp taschenbuch 4807; 2017.
- 42 Köhle K. *Arzt-Patienten-Kommunikation*. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) *Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 8. Auflage. München: Elsevier; 2017: Kapitel 27, S. 289-293.
- 43 Jung M. *Der kleine Prinz in uns. Auf Entdeckungsreise mit Saint-Exupery*. Düsseldorf und Zürich: Benzinger Verlag; 3. Aufl. 2000.
- 44 Kast V. *Märchen als Therapie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, dtv 35021; 1989, 4. Aufl. 1993.
- 45 Peseschkian N. *Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie*. Fischer Taschenbuch Verlag 3300, Frankfurt: S. Fischer Verlag GmbH; 1979.
- 46 Peseschkian N. *Das Geheimnis des Samenkorns. Positive Stressbewältigung*. Berlin -Heidelberg: Springer-Verlag; 1996.
- 47 Peseschkian N. *Steter Tropfen höhlt den Stein. Mikrotraumen – das Drama der kleinen Verletzungen*. Fischer Taschenbuch Verlag 16310, Frankfurt: S. Fischer Verlag GmbH; 2005.
- 48 Bennack J, Uhlenbruck G. *Humor als Kölsche Philosophie. Psychosoziale und medizinische Einsichten*. Köln: J.P. Bachem Verlag; 2003.
- 49 Kets de Vries MFR. *Führer, Narren und Hochstapler. Essays über die Psychologie der Führung*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse VIP; 1998.
- 50 Schütz A. *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart/Berlin/Köln: W. Kohlhammer GmbH; 2000.
- 51 Yalom ID. *Der Panama-Hut oder was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 2010.
- 52 Yalom ID. *Denn alles ist vergänglich. Geschichten aus der Psychotherapie*. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 3. Aufl. 2016.
- 53 Holzhey-Kunz A. *Psychotherapeutisches Zuhören mit einem philosophisch sensibilisierten Ohr*. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag; 2017: 124-147.
- 54 Tilburt JC, Miller FG. *Responding to medical pluralism in practice: a principled ethical approach*. *J Am Board Fam Med* 2007; 20: 489-494.
- 55 Achenbach G. *Eingelassenheit – oder: Zuhören ist die Seele des Gesprächs*. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder GmbH; 2017: 267-276.

- 56 Yalom ID. Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie. München: btb in der Verlagsgruppe Random House GmbH; 2005.
- 57 Lakoff G, Johnson M: *Metaphors We Live By*. University of Oxford, 1980. Deutsch: Lakoff G, Johnson M: *Leben in Metaphern – Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1998.
- 58 Buchholz MB. Wie wir Bilder sehen, wenn wir Worte hören. Körper, mentale Kinetik und Metaphern in therapeutischer Konversation. In: Maio G (Hg.). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg/Basel/Wien: Verlag Herder GmbH; 2017: 51- 101.
- 59 Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
- 60 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). *Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft; 1998.
- 61 Epstein R. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-839.
- 62 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. *Int J Psychiatry Med* 2014; 47: 275-287.
- 63 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York/London/Toronto: Scibner. 2017.

Teil V: Engels biopsychosoziales Modell und Antonovskys Salutogenese

9 Engels biopsychosoziales Modell 40 Jahre später – eine Bestandsaufnahme

»How physicians approach patients and the problems they present is very much influenced by the conceptual models in relationship to which their knowledge and experience are organized. Commonly, however, physicians are largely unaware of the power such models exert on their thinking and behaviour. This is because the dominant models are not necessarily made explicit.«

George L. Engel (1)

1977 hat George Engel sein über das biomedizinische Krankheitsverständnis hinausgehendes biopsychosoziales Modell vorgestellt und begründet (2). Zwei Jahre später hat er es auf der Jahrestagung der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft am Beispiel eines Patienten mit Herzinfarkt exemplarisch erläutert (1). Nachfolgend sollen – über 40 Jahre später –

- 1) der historische und kulturelle Kontext der Entstehung des biopsychosozialen Modells in Erinnerung gerufen werden,
- 2) Besonderheiten und Kritikpunkte des biopsychosozialen Modells dargestellt werden
- 3) die Attraktivität für die aktuelle und künftige Medizin erörtert werden.

9.1 Historischer und wissenschaftstheoretischer Hintergrund

Holistische Konzepte in der Medizin können bis auf Hippokrates zurückverfolgt werden. In wissenschaftsgeschichtlicher Sicht kumulierte die neuzeitliche Auseinandersetzung zu Krankheitskonzepten im Streit zwischen ontologischen und physiologischen Krankheitsauffassungen. In der ontologischen Krankheitsauffas-

sung waren Krankheiten eine Art ›Wesenheit‹, die von außen den Menschen befiel. Die physiologische Krankheitsauffassung hatte durch Archibald Garrods (1857-1936) Konzept der ›Inborn errors of metabolism‹ erheblichen Auftrieb erhalten, Krankheiten wurden als Fehler in der Evolution angesehen. In dieser Sichtweise gab es keine ontologischen Krankheiten, sondern nur DNA-Mutationen in der Evolution, die sich mal bei einzelnen individuellen Menschen als angeborene Stoffwechselstörung (z.B. Phenylketonurie) manifestierten (3), mal lediglich als ›Single-nucleotid-Polymorphismus‹ zur Variation im Genpool der Population beitrugen.

Von William Osler (1849-1919), einer Ikone der modernen Medizin, stammt das Statement: »The good physician treat the disease, but the great physician treat the patient who has the disease« (4). Die von Osler betonte stärkere Berücksichtigung des individuellen Patienten wurde in den nachfolgenden Jahrzehnten von anderen Ärzten wie z.B. Peobody und Robinson aufgegriffen. Im deutschsprachigen Raum vertrat vor allem der Wiener Internist C.W.H. Nothnagel (1841-1905) die Auffassung, dass der Patient als Person gesehen werden müsse und nicht nur die Biologie seines Körpers (5a). Auch wenn Osler und andere namhafte Ärzte der letzten Jahrhunderts heutzutage vergessen sind, ihre Überzeugung, dass Patienten mehr sind als »ein Sack voll Enzymen« (5b) und dass die persönliche Geschichte des Patienten und die sozialen Umstände eine wichtige Rolle sowohl in der Pathogenese als auch bei der Therapie seiner Erkrankung spielen, hat unverändert Gültigkeit.

Die 70er-Jahre, in denen George L. Engel (1913-1999) das biopsychosoziale Modell ausformulierte, waren geprägt von opponierenden Schulen in der Psychiatrie (5-8). Die eine, von Thomas Szasz (1920-2012) angeführte, sog. exklusionistische Schule hielt psychiatrische Erkrankungen für einen Mythos (9). Szasz kritisierte zum einen, dass die zugrunde liegenden Phänomene schlecht definiert seien, und sah einige der psychiatrischen Erkrankungen nicht als ›illness‹ an, sondern als ›disease‹, d.h. als organische Erkrankung des Gehirns mit nachweisbaren morphologischen Veränderungen (z.B. M. Alzheimer, Spätfolgen syphilitischer Infektion u.a.). Zum anderen hielt er einen Großteil psychiatrischer Erkrankungen für ›problems in living‹, wollte die Psychiatrie als eigenständige Disziplin der Medizin abschaffen und durch Psychologen und Sozialarbeiter ersetzen, die den Patienten helfen sollten, ihre Lebensprobleme in den Griff zu bekommen (9). Die andere, biologisch ausgerichtete Schule der Psychiatrie wollte und will die komplexe Welt der psychiatrischen Symptome und subjektiven Gefühle auf biologisch begründbare Dysfunktionen des Gehirns zurückführen (10).

Es waren insbesondere die in den 50er- und 60er-Jahren eingetretenen Erfolge der Pharmakotherapie psychiatrischer Erkrankungen (Einführung von Antidepressiva, Neuroleptika und Diazepam: 1949 Lithium, 1952 Chlorpromazin, 1957 Imipramin, 1958 Haloperidol, 1963 Diazepam), die der biologischen Psychiatrie Auftrieb verschafften (10) und Psychotherapie und Psychoanalyse in den Hintergrund drängten (6,7,11). Auch Engel selbst scheint gegen Ende seiner Laufbahn das Inter-

esse an psychoanalytischen Fragestellungen verloren zu haben, wollte aber andererseits das Feld nicht der biologischen Psychiatrie überlassen (5,6). Seine vielbeachtete Publikation ›The need for a new medical model – a challenge for biomedicine‹ (2) stellt einen auf 30-jähriger psychosomatischer Arbeit fußenden Versuch dar, im Streit der psychiatrischen Schulen eine vermittelnde und weiterführende Position einzunehmen. Sein Konzept einer biopsychosozialen Herangehensweise, das auf Vorträgen aus den 50er-Jahren zurückgeht und in den 60er-Jahren von Roy Grinker (1900-1990) aufgegriffen wurde (12), hat holistischen Ansätzen in Psychologie, Gesundheitswissenschaften und Soziologie Rückenwind gegeben. Sein Buch ›The clinical approach to the patient‹ (13) – über Jahrzehnte ein Standardwerk der klinischen Ausbildung – hat mehr als eine Generation von Ärzten geprägt und zur Implementierung von Kursen zur Anamneseerhebung und Kommunikation mit Patienten in die vorklinische Ausbildung beigetragen.

9.2 George Engel – Biographie und lebensgeschichtlicher Kontext

Engel wurde 1913 in New York geboren und wuchs bei dem Bruder seiner Mutter, dem berühmten Internisten E. Libman, auf. Engel studierte zunächst Chemie, später unter dem Einfluss seines Onkels Medizin (5-8). 1938 erwarb Engel seinen Dokortitel in Medizin an der *John Hopkins Universität* in New York. Nach drei Jahren internistischer Ausbildung am *Mount Sinai Hospital* in New York und einjähriger Tätigkeit am *Peter Bent Brigham Hospital* in Boston ging Engel 1942 in die internistische Abteilung des *Cincinnati General Hospital*. Dort kam er in Kontakt mit dem Psychiater John Romano, dem er 1946 nach dessen Berufung auf den Lehrstuhl für Psychiatrie nach Rochester folgte. Engel war dort – jeweils mit halber Stelle in der Inneren Medizin und halber Stelle in der Psychiatrie – für die Ausbildung junger Ärzte verantwortlich. Er initiierte für beide Fachbereiche gemeinsame Ausbildungskurse, in denen angehende Psychiater auf körperliche Symptome und angehende Internisten auf Emotionen und psychische Reaktionen der Patienten zu achten lernten und Symptome, Emotionen und Reaktionen in die klinische Beurteilung zu integrieren lernten. Engel absolvierte ab 1949-1950 eine 5-jährige Ausbildung in Psychoanalyse an dem von Franz Alexander (1891-1964) geleiteten Institut für Psychoanalyse in Chicago.

Engels frühe wissenschaftliche Arbeiten beinhalteten Untersuchungen zum Einfluss von Emotionen auf die Magensekretion bei einem jungen Mädchen mit Magenfistel (14). Später untersuchte Engel den Einfluss psychosozialer Faktoren auf Auftreten, Verlauf und Outcome von Krankheiten, insbesondere kardiovaskulären Erkrankungen und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (5-8). Während er anfangs in seinen psychosomatischen Forschungen psychoanalytische Konzepte aufgriff und der Interpretation seiner physiologischen Befunde

zugrunde legte, distanzierte er sich später mehr und mehr von psychoanalytischen Konzepten und entwickelte eigene Vorstellungen, z.B. eine Hypothese, wie Konversionssymptome unter Vermittlung des autonomen Nervensystems entstehen (15). Die von ihm initiierten und physiologische Aspekte berücksichtigenden psychosomatischen Untersuchungen entwickelten sich zu einem eigenständigen Ansatz in der Psychosomatik, der über die Denkweise Alexanders (16) hinausging und Engel zunehmend national und international Anerkennung einbrachte (5-7).

9.3 ›The need for a new medical model – a challenge for biomedicine‹ (1977)

In dieser Arbeit kritisiert Engel das biomedizinische Modell der Krankheit als reduktionistisch und unzureichend. Zwar werden die Erfolge der Biomedizin anerkannt, die fehlende Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren auf die Genese und den Verlauf von Krankheiten wird jedoch deutlich kritisiert. Schon vor Engels Publikationen zum biopsychosozialen Modell (1,2) waren Zusammenhänge z.B. zwischen Depressionen und sozialem Umfeld (17) oder die Rolle soziologischer Faktoren in der Genese des Suizids (18) bekannt. Engels biopsychosozialer Ansatz stellte erstmals einem umfassenderen Rahmen, eine breitere Sichtweise zur Pathogenese von Erkrankungen, dar, in dem auch sozialpsychologische und soziologische Fragestellungen sinnvoll bearbeitet werden konnten. In den 50er- und 60er-Jahren waren psychiatrische Erkrankungen eine Domäne der Psychiater, Allgemeinärzte und Internisten betrachteten die Erkrankungen als außerhalb ihrer Zuständigkeit und hatten keinerlei Erfahrungen mit der Erkennung und Behandlung psychischer Störungen. Im Gegensatz zu physiologischen Erklärungsmodellen in der Medizin waren die Erklärungsmodelle in der Psychiatrie überwiegend psychologisch, aufgrund des Einflusses von Sigmund Freud (1856-1939) zunächst psychoanalytisch, später auch behaviouristisch. Die in den 70er- und 80er-Jahren infolge verbesserter bildgebender Verfahren (Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT)) einsetzenden Erkenntnisse der Neurobiologie überlagerten und verdrängten die theoretischen und bis dato bezüglich ihres biologischen Substrats wenig untermauerten psychodynamischen Konzepte.

Engel kam zu der Überzeugung, dass die psychosomatische Medizin, die angestrebt war, die Kluft zwischen den beiden parallelen, aber scheinbar unabhängigen Welten der biologischen und der psychosozialen Welt zu überbrücken, gescheitert sei. Zum einen bestätigten sich die Vorstellungen zur Psychogenese von Alexanders klassischen psychosomatischen Erkrankungen (16), wie z.B. dem *Ulcus duodeni*, in Therapiestudien nicht (19), zum andern hielt die Psychosomatik, insbesondere in den USA, an den psychoanalytischen Konzepten Sigmund Freuds und damit an der dualistischen Trennung von Körper und Seele fest.

Engel sah keine Möglichkeit, wissenschaftstheoretisch die zugrunde liegenden Konzepte von Biomedizin und Psychosomatik in ein gemeinsames System zu integrieren und die gravierenden methodologischen Unterschiede weniger inkompatibel zu machen. Die psychoanalytisch dominierte US-amerikanische Psychosomatik der 50er- bis 70er-Jahre hatte sich zwar – stärker als in Deutschland – an den Hochschulen etabliert, zersplitterte sich aber in verschiedene Schulen, lieferte keine überzeugenden Belege für ihre therapeutische Wirksamkeit und drohte, unproduktiv und irrelevant zu werden (5-7). Hinzu kam, dass in den 60er- und 70er-Jahren in der Psychiatrie biologische Sichtweisen zunahmen und mit Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer) neue Therapieoptionen das psychoanalytische Modell der Psychosomatik in den Hintergrund drängten (s.o.). Mit seinem biopsychosozialen Modell wollte Engel der Psychosomatik eine wissenschaftliche Renaissance ermöglichen und biologisch-reduktionistischen Tendenzen in der Psychiatrie entgegenreten.

Ausgehend von der Überzeugung, dass »...adherence to a model of disease no longer adequate for the scientific tasks and social responsibilities of either medicine or psychiatry« sei, suchte Engel nach einer Erweiterung des biomedizinischen Modells, um psychosoziale Einflüsse auf Erkrankungen und Krankheiten integrieren zu können (2). »The biopsychosocial model is a scientific model constructed to take into account the missing dimensions of the biomedical model« (1). Engel vermutete, dass kausale Beziehungen zwischen den biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen als bidirektional anzusehen seien, dass es keine Priorität der biologischen Ebene über psychosoziale Ebenen gebe und umgekehrt.

In seiner Vision einer biopsychosozialen Medizin, die Engel erst am Ende seiner wissenschaftlichen Karriere (5-8) entwickelte, verknüpfte er Überlegungen der allgemeinen Systemtheorie, wie sie P.A. Weiss (20) und L. von Bertalanffy (21,22) für ein Verständnis vom Aufbau und der Funktionsweise eines Organismus entwickelt hatten, mit klinischen Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit (23) und seiner Überzeugung eines ganzheitlichen Modells ärztlicher Praxis mit interdisziplinären Bezügen. Die Anwendung von Bertalanffys allgemeiner Systemtheorie auf die Medizin kommt besonders deutlich in seiner Publikation von 1980 (1) zum Ausdruck. »In the continuity of natural systems every unit is, at the very same time, both a whole and a part« (1) und »nothing exists in isolation«. Jedes System ist also von seiner Umgebung beeinflusst – eine Erkenntnis, die auch Gregory Bateson (1904-1980) mit seiner Formulierung von einer »Einheit von Organismus und Umwelt« (24) teilte. George Engel hat über die begriffliche Beschreibung systemtheoretischer Aspekte hinaus auch bildliche Darstellungen genutzt, um die verschiedenen (Subsystem-)Ebenen in der Hierarchie natürlicher Systeme verständlich zu machen (siehe Abb. 3.2 in Kapitel 3) und – am Beispiel eines Patienten mit Myokardinfarkt – die Ebenen der Beschwerden des Patienten und der Handlungen des Arztes aufzuzeigen (1).

Engels Denken war in den 70er-Jahren zunehmend von einer Kritik am objektivistischen Standpunkt der Wissenschaft und einer Sorge um die Humanität in der Medizin geprägt. Er war im Laufe seiner klinischen Tätigkeit zu der Überzeugung gelangt, dass eine effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient zwei fundamentale menschliche Bedürfnisse erfüllt: zu erkennen und zu verstehen und erkannt und verstanden zu werden. »The need to know and understand originates in the regulatory and self-organizing capabilities of all living organisms to process information from an ever changing environment in order to assure growth, [...] self-regulation, and survival. In turn, the need to feel known and understood originates [...] in the life-long need to feel socially connected with other humans« (25). Um das zu erreichen, sei es nötig, dass

»The physician [...] is an participant observer who, in the process of attending to the patient's reporting of inner world data, taps into his/her own personal inner viewing system for comparison and clarification. The medium is dialogue, which at various levels includes communing (sharing experiences) as well as communicating (exchanging information). Hence, observation (outerviewing), introspection (innerviewing), and dialogue (interviewing) are the basic methodological triad for clinical study and for rendering patient data scientific« (26).

Im deutschsprachigen Raum hatte Thure von Uexküll (1908-2004) bereits 1953 von Bertalanffys allgemeine Systemtheorie aufgegriffen, auf den Menschen und seine Stellung in der Natur heruntergebrochen und von der Notwendigkeit eines Menschenbilds gesprochen, das gleichermaßen die Wirklichkeitskonstruktionen der Physik, der Biologie und des Psychischen berücksichtigt (27). Systemtheoretische Überlegungen und Engels biopsychosozialer Ansatz spielen in von Uexkülls und Wesiaks ›Theorie der Humanmedizin‹ (28) und der weiterentwickelten *Integrierten Medizin* (29) eine wichtige Rolle. Engel (26) und von Uexküll/Wesiak (28,29) verweisen auf Erkenntnisse der Quantenphysik (Heisenbergs Unschärferelation) und die daraus abgeleitete Bedeutung des Beobachters auf Definition und Sicht des ›Objekts‹ – in der Medizin auf die Sicht des Patienten. Der Arzt ist kein außerhalb des Systems stehender ›objektiver‹ Beobachter. Als teilnehmender Beobachter ist er mit seinen Beobachtungen und Handlungen in die Welt des beobachteten Patienten verwoben und bedarf einer selbstreferenziellen Beobachtung seines eigenen Denkens, Fühlens und Handelns und einer Reflektion seiner Interaktionen mit dem Patienten. Über Engel hinaus hat von Uexküll die Zeichenlehre von Peirce (mit der Unterscheidung von *Icon*, *Index* und *Symbol*) aufgegriffen und zu einer biosemiotischen Erklärung der Übergänge zwischen den emergenten Systemebenen herangezogen (28,29).

9.4 Kritik des biopsychosozialen Modells

Zahlreiche Autoren haben im Laufe der vergangenen 40 Jahre Kritik am biopsychosozialen Modell (BPS-Modell) geäußert, bestimmte Aspekte stärker herausgestellt oder Verbesserungsvorschläge unterbreitet (30-52). Nach Smith et al. (47) können die Kritikpunkte am BPS-Modell drei breiten Feldern zugeordnet werden.

1) **Das Modell ist zu vage formuliert und nicht testbar**

Malmgren (39) sowie van Oudenhove und Cuypers (48) halten die theoretische Basis des Modells für unterentwickelt, Ghaemi (44,45) kritisiert die mangelnde Operationalisierbarkeit. McLaren (32) hebt in seiner Kritik am biopsychosozialen Modell vor allem hervor, dass der Gebrauch des Begriffs ›Modell‹ falsch sei. Er zitiert Lacey's Definition: »A scientific model is normally a theory intended to explain a given realm of phenomena, or a sort of picture intended to explain a theory by replacement its terms with more perspicuous ones« und bezweifelt, dass das BPS-Modell die Realisierung bzw. Konkretisierung einer Theorie ist, die empirisch getestet werden kann und prädiktive und/oder erklärende Kraft hat.

2) **Der Bereich des Modells ist zu weit und zu allgemein und kann nicht effizient in der Praxis umgesetzt werden**

Ohne ergänzende Kriterien, was relevante Patienten-Informationen sind und wie sie erfasst werden können (30,43), sei unklar, wie das Modell in der Praxis angewandt werden könne. Herman bemängelt die nur locker aufeinander bezogenen biopsychosozialen Daten und kritisiert, dass das Modell zu zeitintensiv und zu ineffizient sei, um es in der ärztlichen Praxis auf individuelle Patienten anwenden zu können (37). Kontos hält die Einwände gegen die Biomedizin für unbegründet und vorgeschoben und sieht keine fundamentale Verbesserung durch das BPS-Modell (46).

3) **Das Modell enthält keine Methode, um relevante psychosoziale Daten identifizieren zu können**

So kritisiert McLaren (32), dass das Modell zwar die Notwendigkeit der Erhebung biopsychosozialer Informationen betone, jedoch keine methodischen Hilfen, wie diese zu gewinnen seien, anbiete. Freudenreich et al. (43) bemängeln, dass das BPS-Modell keine Angaben dazu mache, welcher Level der Analyse (bio, psycho, sozial) wann Priorität habe und welcher Faktor letztlich im konkreten Einzelfall hauptverantwortlich sei. Da alle Ebenen üblicherweise gleichzeitig vorliegen, seien Ärzte ohne rationales Argument für oder gegen die eine oder andere Ebene allein gelassen bei der Entscheidung, welche Ebene am besten wirke. Brämer und Herzog kritisieren, dass soziale Aspekte in der biopsychosozialen Medizin generell zu kurz kommen und dass soziale Fragestellungen bei der Zuteilung von Geldern in der medizinischen Forschung unterreprä-

sentiert seien. Die Beiträge in dem von ihnen herausgegebenen Buch fokussieren auf soziale Einflüsse am Arbeitsplatz und auf Armut und Arbeitslosigkeit als krankmachende Faktoren (53). Wichtige andere krankmachende Faktoren aus Umwelt und Sozialwelt wie Feinstaubbelastung der Luft, Lärmbelastung an verkehrsreichen Straßen und in der Nähe von Flugplätzen, zunehmende technische Prozessierung der Nahrungsmittel sowie Fehler im Gesundheitssystem (54) sind erst in den letzten Jahren in den Fokus gerückt.

9.5 Problematische Aspekte des biopsychosozialen Modells

Epstein und Borell-Carrio haben die problematischen Aspekte des BPS-Modells darauf zurückgeführt, dass es ›sechs unmögliche Dinge‹ vereinige (38) (Tabelle 9.1). Nachfolgend soll hierauf näher eingegangen werden.

Tabelle 9.1: **Was ist das biopsychosoziale Modell? 6 unmögliche Dinge** (nach Epstein und Borrell-Carrio (36))

-
- a) eine Theorie und deshalb empirisch verifizierbar
 - b) eine Philosophie und deshalb logisch konsistent
 - c) ein deskriptives Modell zur Erweiterung des Bereichs der klinischen Forschung
 - d) ein Glaubenssystem und deshalb nicht abhängig von empirischen Beweisen
 - e) ein praktischer Ratgeber und deshalb mit einer impliziten oder expliziten Methodologie
 - f) eine Vision für eine Handlungsweise ärztlicher Praxis
-

9.5.1 Das biopsychosoziale Modell – eine Theorie oder ein deskriptives Modell?

Engel selbst (1,2) und andere (28,29,49) betonen, dass das BPS-Modell als Anwendung einer Metatheorie, nämlich der allgemeinen Systemtheorie, auf die Medizin zu verstehen sei. Die häufig geäußerte Kritik, das BPS-Modell sei zu unpräzise, zu ausufernd und zu wenig konkret bezüglich der involvierten Systemübergänge, wird z.T. mit unterschiedlichen Versionen probatorischer Mathematisierungen der allgemeinen Systemtheorie begründet. Es wird zwar zugestanden, dass die Sprünge zwischen verschiedenen Systemebenen unterschiedlich stark ausgeprägt seien (28,29), wie sie erkenntnistheoretisch überwunden werden können bzw. wie Emergenz evolutionsgeschichtlich verständlich gemacht werden könne, sei jedoch nach

wie vor offen, auch wenn Deacon jüngst konkretisierende Überlegungen hierzu vorgelegt hat (55).

Die für das BPS-Modell angeführten Kritikpunkte (zu unpräzise, ausufernde Systemgrenzen, fehlende Operationalisierbarkeit, wissenschaftliche Unfruchtbarkeit) sind in dieser Sicht dem derzeitigen Status der Systemtheorie anzulasten. Die allgemeine Systemtheorie ist im System der Wissenschaften noch nicht generell als Meta-Wissenschaft wie Mathematik, Logik und Semiotik (56) anerkannt. Ihre Anwendung z.B. in der Biologie als Erklärungsansatz für die Funktionsweise von Organismen (Autopoiesis), in der Familientherapie als Erklärungsansatz für systemische Therapieformen oder in der Soziologie für das Verständnis sozialer Systeme ist noch nicht breit akzeptiert und weiterentwickelt worden.

In seiner Kritik am BPS-Modell hebt McLaren (32) vor allem darauf ab, dass der Gebrauch des Begriffs Modell falsch ist und bezweifelt, dass das BPS-Modell die Realisation bzw. Konkretisierung einer Theorie ist und seine Operationalisierung begünstigt.

Diese enge Sicht von Modellen wird von anderen Autoren nicht geteilt (57-59). Sie argumentieren, dass Modelle in einem breiteren Sinn Abstraktionen sind, die unser Denken zur Fokussierung nötigen, um nicht von der Komplexität paralyisiert und am Handeln gehindert zu werden. Modelle leiten unser Denken, sie sind bildhafte Darstellungen und Simulationen wirklicher in der Natur vorkommender Systeme (58). Gerry unterstreicht, dass die Vorstellung eines sich der Wirklichkeit annähernden deskriptiven Modells und einer erfolgreichen Verbesserung dieser Annäherung in der Wissenschaft sehr hilfreich ist. Ein begriffliches Modell ist oft nur der erste Schritt, um ein neues Verständnis einer Sache zu gewinnen. In weiteren Schritten werden mehrere Idealisierungen und Annäherungen vorgenommen, um ein mathematisches Modell zu erstellen, das sich der Situation des wirklichen Lebens sukzessive annähert (58). Ein Modell arbeitet mit einer Reihe von Parametern, die annäherungsweise bestimmte Interessen, die wir am Modell haben, repräsentieren. Ein Modell kann in fortgeschritteneren Stadien empirisch getestet werden, die initialen Idealisierungen bestimmter Parameter können verändert, erweitert oder verfeinert werden, um die Annäherung an die Wirklichkeit zu verbessern. Ein Modell fokussiert auf einen begrenzten Ausschnitt der Wirklichkeit, auf ein Forschungsobjekt, und das Modellieren von Modellen entspricht der für wissenschaftliches Arbeiten typischen Vorgehensweise und damit einer wissenschaftlichen Methodik (58). In dieser Sicht kann das BPS-Modell durchaus als deskriptives Modell angesehen werden, dessen Modellierung in ein ausgereifteres Modell mit der Möglichkeit zu empirischen Testungen noch weitgehend aussteht.

9.5.2 Das biopsychosoziale Modell – eine Philosophie oder ein Glaubenssystem?

Hofkirchner und Rousseau (59) schreiben in ihrem Vorwort zur Neuauflage von Bertalanffys allgemeiner Systemtheorie (21) von einer ›new worldview‹, einer Brücke zwischen den zwei Kulturen und dass »...the tools, scope and aim of the general system theory inform a ›weltanschauung‹ (59). Die fundamentalen philosophischen Grundannahmen der dem BPS-Modell zugrunde liegenden allgemeinen Systemtheorie sind in Tabelle 9.2 zusammengefasst.

Tabelle 9.2: **Fundamentale Positionen der allgemeinen Systemtheorie** (nach Hofkirchner und Rousseau (59))

- **moderater ontologischer Realismus:** Eine reale, konkrete Welt liegt einigen unserer Erfahrungen zugrunde (aber Erfahrungen können ebenso verzerrt, konstruiert oder halluziniert sein).
- **breiter Naturalismus:** Es existiert nichts Übernatürliches, aber konkrete Phänomene können nicht alle auf Physik reduziert werden.
- **moderater epistemologischer Realismus:** Wir können progressiv ein kompletteres reales Wissen der realen Welt erlangen.
- **moderater systemischer Realismus:** Die konkrete Welt ist inhärent systemisch (aber wir können systemische Strukturen auch auf unsere erfahrene Welt projizieren).
- **systemischer Universalismus:** Jedes konkrete Ding (d.h. alles, was kausale Macht hat) ist immer ein reales System oder Teil eines Systems.
- **moderater axiologischer Realismus:** Werte sind weitgehend via kulturelle Prozesse konstruiert, aber natürliche systemische Prinzipien beeinflussen das Ergebnis.
- **moderater praxeologischer Realismus:** Natur und Kultur bedingen unsere Handlungen, aber eliminieren nicht komplett freien Willen und eigene Handlungskraft.

S. Nassir Ghaemis Kritik am BPS-Modell geht ebenfalls von expliziten Grundannahmen und einer bestimmten Philosophie aus. Als Psychiater sieht Ghaemi den Menschen sowohl als biologischen Organismus als auch als geistiges Wesen (44,45). Er greift auf Wilhelm Diltheys (1833-1911) Unterscheidung zwischen dem für die Naturwissenschaften typischen ›Erklären‹ und dem für die Geisteswissenschaften charakteristischen ›Verstehen‹ zurück und betont die methodologisch unterschiedlichen Herangehensweisen: die naturwissenschaftliche an den biologischen Organismus und die von K. Jaspers (1883-1969) präferierte phänomenologisch-hermeneutische Herangehensweise an das geistige Wesen des Menschen. Er vergleicht den biomedizinischen Ansatz inklusive der humanistischen Komponente, wie z.B.

von Osler vertreten, mit dem biopsychosozialen Modell und kann für die Praxis keine Verbesserung durch das biopsychosoziale Modell feststellen. Seiner Ansicht nach sei der biomedizinische Ansatz verbunden mit Oslers humanistischer Komponente methodisch sauberer als ein diffuser, breiter Mix aus naturwissenschaftlichen, psychologischen, sozialwissenschaftlichen Methoden wie beim biopsychosozialen Modell.

Engel hat diese Kritik zum Teil vorweggenommen und betont, dass die biopsychosoziale Herangehensweise nicht einfach die Applikation von Humanismus in der Medizin darstelle. Er insistiert darauf, dass der biopsychosoziale ›*approach*‹ nicht mit einer biomedizinischen Sicht, erweitert um eine humanistische Grundhaltung (Medizin als ärztliche Kunst), gleichzusetzen sei, da die biopsychosoziale Herangehensweise die Anwendung wissenschaftlicher Prinzipien und Praktiken auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Person von Patient und Arzt beinhalte. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist im biomedizinischen Ansatz zusammen mit intuitiv praktizierter humanistischer Komponente eine Art blinder Fleck, während sie ein Herzstück der ›Philosophie‹ des BPS-Modells ist (1,2,49,60).

Die dem BPS-Modell zugrunde liegende allgemeine Systemtheorie steckt zum einen das weite Feld und den Rahmen ab, innerhalb dessen sich verschiedene Teilbereiche mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Sprachen und unterschiedlicher Methodik abgrenzen lassen, zum andern stellt die evolutionäre Perspektive der Emergenz neuer Eigenschaften auf höheren Systemebenen eine Option zur Überwindung des reduktionistischen Maschinenmodells des Organismus und eine Überwindung des Körper-Geist-Problems dar. In Engels Hierarchie natürlicher Systeme (siehe Abb. 1.14 in Kapitel 1) lassen sich die in den letzten 20-30 Jahren z.T. kontrovers geführten Debatten um eine Fundierung der Medizin auf einer ›objektiven‹ Wissensbasis beschreiben: die evidenzbasierte Medizin einerseits und die handlungstheoretisch orientierte, personenzentrierte Medizin andererseits als vertikale, Subsysteme überschreitende Richtung bzw. als horizontales, auf das zentrale Zwei-Personen-Subsystem fokussierendes Feld. Die Philosophien von EBM und patientenzentrierter Medizin, die in ihren Grundannahmen konträr bis inkompatibel erscheinen, zusammenzuführen, ist eine wichtige Aufgabe, um die Medizin effektiv und human zu gestalten.

9.5.3 Das biopsychosoziale Modell als ›*approach*‹, als Herangehensweise

Engel hatte die Vorstellung, Daten aus ärztlicher Anamnese und narrativer Krankheitssicht des Patienten ›wissenschaftlicher‹ machen zu können und zu einer Verbreiterung der wissenschaftlichen Herangehensweise nutzen zu können (siehe Tabelle 9.3) (1,26). Zwar hat es nicht an Versuchen gemangelt, den Engel'schen Ansatz zu konkretisieren (35,47) und ›weiche‹ Daten für die Diagnose und Prognose zu nutzen, dies wurde jedoch nur von wenigen Arbeitsgruppen aufgegriffen.

Die patientenzentrierte Medizin (61-63), die mit dem biopsychosozialen Ansatz zwar viele Gemeinsamkeiten teilt, jedoch auch Unterschiede bzw. unterschiedliche Akzente aufweist (64), konnte bei stärkerer Strukturierung und Operationalisierung der Interviewtechnik (4) durchaus nachweisen, dass die so erhobenen Daten eine umfassendere Diagnose und Prognose erlauben, darüber hinaus die Zufriedenheit wie auch die Selbstwirksamkeit der Patienten erhöhen und die Inanspruchnahme medizinischer Institutionen incl. der Kosten senken (65-67). Die Fokussierung auf den Patienten statt auf die Krankheit spielt in der Primärmedizin eine wichtige Rolle. Dort sind Ärzte in stärkerem Ausmaß als in der Krankenhausmedizin mit ›illness‹, mit Sorgen, Ängsten, Schmerzen und Beeinträchtigungen des Patienten, als mit ›disease‹, einem medizinisch feststellbaren organischen Befund, konfrontiert (siehe Abb. 1.13 in Kapitel 1). Die patientenzentrierte Medizin fokussiert auf den Prozess der Anamneseerhebung und eine Verbesserung der Interview-Technik (4), insbesondere darauf, dass der Patient seine Sorgen und Ängste zum Ausdruck bringen kann, während das biopsychosoziale Modell darüber hinaus eine Schablone im Kopf des Arztes beinhaltet, anhand derer die im Interview erhaltenen Informationen strukturiert werden (64).

Die von Engel (1,2,26) wie auch von Uexküll und Wesiak (28,29) präferierte biopsychosoziale Herangehensweise, die die Einheit von Organismus und Umwelt berücksichtigt, liegt der von der WHO vorgelegten Internationalen Klassifikation von Behinderung zugrunde (68). Mit der Publikation der *Internationalen Klassifikation von Disability* hat die WHO der biomedizinisch orientierten *International Classification of Diseases (ICD)* eine Sichtweise zur Seite gestellt, die die psychischen und sozialen Beeinträchtigungen in den Vordergrund stellt (68). Diese Sichtweise ist insbesondere in der Rehabilitation und bei der Beurteilung von Renten- und Pflegeansprüchen hilfreich, wird jedoch in der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin kaum genutzt und eher als zusätzlicher bürokratischer Aufwand gesehen.

9.5.4 Das biopsychosoziale Modell als Vision

Im Laufe seiner psychosomatischen Forschungen und wissenschaftstheoretischen Überlegungen entwickelte Engel die Vision, subjektive Berichte der Patienten als essenzielle Daten zu betrachten und als gleichwertig zu anderen Daten aus diagnostischen Tests oder histologischen Untersuchungen anzusehen. Seine Überlegungen, wie man Patientendaten ›wissenschaftlicher‹ machen kann, sind in Tabelle 9.3 zusammengefasst.

Epstein (49) sieht Wert und Nutzen von Engels biopsychosozialem Modell in der Funktion als Vision, als Leitstern sowohl der ärztlichen Sicht von ›illness‹ und ›disease‹ als auch bei der Herangehensweise an die Probleme des Patienten. Das Problem mit Leitsternen ist bekanntlich, dass sie sich sehr weit weg am Himmel befinden und tagsüber sowieso nicht zu sehen sind, das heißt, dass sie im wirk-

Tabelle 9.3:

Engels Vorschläge, Patientendaten wissenschaftlicher zu machen (nach Epstein (40))

- Erweiterung des klinischen Blicks, um (inter)subjektive, psychologische und soziale Daten einzuschließen
- Bereitstellung einer Anleitung zur aufmerksamen Beobachtung eines Patienten
- Betonung, dass Körper-Geist-Interaktionen bedeutsam sind
- Herausstellung der Irrtümer des Maschinenmodells des Körpers, der Auffassung vom 'unvoreingenommenen' Beobachter und des Geist-Körper-Dualismus
- Demonstration der wissenschaftlichen und klinischen Bedeutung subjektiver Angaben, der Beziehung und des Dialogs
- (der allgemeinen Systemtheorie entlehnter) Vorschlag einer Hierarchie von Systemen als fundamentales Modell
- Betrachtung des Arztes / der Ärztin als einzubeziehendes Studienobjekt

lichen Leben, in der Praxis des Allgemeinarztes oder Internisten so gut wie keine Rolle spielen bzw. (aus Zeitmanagement-Aspekten) keine Rolle spielen können.

9.5.5 Versuch einer kritischen Synopsis

Engels biopsychosozialer Ansatz ist eine Verbreiterung der biomedizinischen Sichtweise, ein Paradigmenwechsel vom linearen naturwissenschaftlichen Denken hin zu komplexerem, zirkulärem, systemtheoretischem Denken. Die Herausforderung an die Biomedizin beinhaltet, den Menschen, das Forschungsobjekt der Medizin, nicht nur als einen biologischen Organismus, sondern auch als geistiges Wesen, als Person, zu sehen und die Verfahren der wissenschaftlichen Wahrheitsproduktion aus der naturwissenschaftlichen Engführung und dem Mythos der Alternativlosigkeit herauszuführen. Ghaemis wissenssoziologische Kritik an Engels BPS-Modell (44,45) fokussiert auf die in Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft unterschiedlichen Methodiken und sieht keine Notwendigkeit für übergreifende systemtheoretische Ansätze. Eine grundsätzliche Inkompatibilität von ›Erklären‹ und ›Verstehen‹, von Naturwissenschaft und Hermeneutik – wie Ghaemi sie vertritt – wird von anderen nicht geteilt und differenzierter gesehen (69). Epsteins Sicht des BPS-Modells als Vision, als konstitutive Aufgabe der Medizin betont ethische Aspekte und bringt gegenüber anderen Sichtweisen implizite normative Aspekte einer humanen Medizin ins Spiel (49).

Engel selbst schreibt in ›The need for a new medical model: a challenge for biomedicine‹ (2): »The proposed biopsychosocial model provides a blueprint for re-

search, a framework for teaching, and a design for action in the real world of health care. Whether it will be useful or not remains to be seen.« Engel selbst stellt drei Aspekte heraus, die breitere Herangehensweise in der wissenschaftlichen Forschung, die methodologische Nützlichkeit für die Ausbildung und die Handlungsaufforderung für die Praxis. Tabelle 9.4 versucht, das ›Was‹, das ›Wie‹ und das ›Wozu‹ (›scope, tools and aim‹) des BPS-Modells schematisch zusammenzufassen. Alle diese Aspekte des Modells haben unverändert Gültigkeit.

Tabelle 9.4: Aspekte des biopsychosozialen Modells (Diskussion im Text)

Aspekt	Fokus	Funktion	Besonderheit	Kritik
Model	Was? Objekt			
bildlich-begriffliche Vorstellung	Umfang / Inhalt eines Ausschnittes der Wirklichkeit / des wissenschaftlichen (Forschungs-)Objekts	Weltbild / Weltanschauung; Erweiterung der biomedizinischen Sicht	Anwendung der allgemein. Systemtheorie auf die Medizin; teilnehmender Beobachter	zu diffus, zu unpräzise, nicht operationalisierbar
Approach	Wie? Methodik			
Herangehensweise	Patienten-Zentrierung; Einbeziehung psychologischer u. sozialwissenschaftl. Forschungsmethoden	zu vermittelndes Rüstzeug/ Tools einer Profession; Reformierung der ärztl. Ausbildung; kommunikative u. soziale Kompetenz	Standardisierung der Interviewtechnik; Einbeziehung der Sicht des Patienten	überwiegend im primärmedizin. Kontext; willkürliche, eklektische Methodik
Vision	Wozu? Zweck			
	Überwindung des Dualismus Körper - Geist; gleichwertige Berücksichtigung von Illness und Disease	Leitstern / zu konstituierende Aufgabe; normative Handlungskomponente; Humanisierung der Medizin	Stärkung der ärztl. Selbstwirksamkeit u. berufl. Zufriedenheit; Prävention von Burnout	Ethik des einzelnen Arztes, machtlos gegen ökonom. Macht

9.6 Ausblick: Was bleibt, was kommt?

Modelle sind Abstraktionen, sind bildliche oder begriffliche Vorstellungen von der Welt, die modifiziert, verbessert und verfeinert, d.h. modelliert werden können, um sich sukzessiv der Wirklichkeit stärker anzunähern (57,58). Heuristischer Wert und Fruchtbarkeit eines Modells müssen sich an den Ergebnissen erweisen (57,58).

9.6.1 Modellierung des Modells

Während manche glauben, das BPS-Modell sei derzeit nur noch ein Lippenbekenntnis, eine ›Worthülse für Beliebigkeit‹ (70), halten andere es nach wie vor

für relevant (40,41,47-49). Die dem BPS-Modell zugrunde liegende allgemeine Systemtheorie steckt das weite Feld ab, innerhalb dessen sich verschiedene Domänen mit unterschiedlicher ›Philosophie‹ der Medizin abgrenzen lassen. Auf Versuche, die wissenschaftliche Fundierung des BPS-Modells stärker herauszustellen (40,47) oder methodologische Schwächen z.B. durch Standardisierung der Interviewtechnik zu verbessern (4), wurde bereits hingewiesen. Das BPS-Modell bietet darüber hinaus Raum, neuere soziologische Überlegungen zur Resonanz als zentralen Modus der Weltbeziehungen (71) zu integrieren und den von George Engel (26) und von Thure von Uexküll/W. Wesiak charakterisierten ›teilnehmenden Beobachter‹ (28,29) in der Zwei- Personen-Ebene des BPS-Modells als Akteur einer handlungstheoretisch fundierten Medizin zu sehen (72,73). Durch Modellieren der Bild-bestimmenden Metapher kann das Feld der zu konstruierenden ›gemeinsamen Wirklichkeit‹ im doppelten Situationskreis von Uexküll und Wesiak (28,29) im Sinne von Hartmut Rosas Resonanztheorie der Weltbeziehungen zu einen Resonanzraum erweitert werden. Dessen horizontale Achse kann in der Medizin durch die Arzt-Patienten-Beziehung, die diagonale Achse durch die Dinge der Welt und die vertikale Achse durch Werte, Kultur und Religion charakterisiert werden (71) (Tabellen 9.4 und 9.5).

Tabelle 9.5: Engels biopsychosoziales Modell im Vergleich zu anderen Modellen

Aspekt	Engels biopsychosoziale Modell	von Uexküll / Wesiaks Integrierte Medizin	H. Rosa Resonanztheorie	A.Antonovsky sense of coherence
scope	Umfang u. Inhalt eines Ausschnitts der Wirklichkeit / des Forschungsgegenstands	allgem. Systemtheorie; Passung als funktionaler, Passungstörungen als dysfunktionaler Übergang zwischen Systemebenen	diagonale Resonanzachse: Dinge der Welt	Aspekt Verstehbarkeit
tool	Anamneseerhebung und Interviewtechnik; participating observer	diagn.-therapeut. Zirkel, doppelter Situationskreis; Konstruktivistische Schaffung einer gemeinsamen Wirklichkeit zwischen Arzt u. Patient	horizontale Resonanzachse: Arzt - Patient	Aspekt Handhabbarkeit
aim	Erweiterung des biomedizinischen Ansatzes; Einbeziehung humanistischer Aspekte	Überwindung des Dualismus Körper - Geist	vertikale Resonanzachse: Werte, Kultur, Religion	Aspekt Bedeutsamkeit

9.6.2 Paradigma im Werden oder Paradigmen-Einkapselung?

H. Pauls hat das BPS-Modell als ein ›Paradigma im Werden‹ bezeichnet (74). T.S. Kuhn (1922-1996) unterscheidet bekanntlich zwei Phasen wissenschaftlichen Fortschritts, eine evolutionäre Phase, in der wissenschaftliche Fortschritte langsam

und allmählich erfolgen, und eine revolutionäre Phase, in der eine etablierte Sichtweise, meist durch junge Forscher, infrage gestellt wird durch neue Befunde und neue Interpretationen (75). In dieser Sichtweise stellt Engels BPS-Modell ein neues Denken über die Medizin dar, das die Descartes'sche Trennung von Körper und Geist überwinden will, z.B. mithilfe neuer Forschungsfelder wie der Psychoneuroimmunologie (76). Wenn die Änderung der Sichtweise nicht schnell erfolgt, revolutionär und komplett ist, sondern allmählich und evolutionär, kann etwas eintreten, was Kuhn nicht beschrieben hat: eine inkomplette Änderung der Sichtweise, eine ›Einkapselung‹. Frankel, Quill und McDaniel (77) sehen in der Antwort der Biomedizin auf Engels BPS-Modell den Versuch einer solchen Einkapselung – z.B. analog der Einkapselung von Tuberkulose-Erregern als Primäraffektion bei einer inapparenten Infektion. Die mittel- bis langfristigen Folgen einer Einkapselung sind offen und hängen u.a. von der Virulenz des Erregers und der Immunantwort des Wirts ab.

9.6.3 Warten auf Outcome-Forschungen oder auf ein Systemversagen?

In unserer Ökonomie-dominierten Zeit mit ihren gravierenden Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben wertorientierte Alternativen einen schweren Stand. Bescheidene Versuche, die Kosteneffizienz des BPS-Ansatzes bzw. einer patientenzentrierten Medizin zu belegen (65-67), haben keine systemimmanenten Änderungen ausgelöst und konnten die *Player* im Gesundheitswesen nicht überzeugen. Kostenexplosion, Überdiagnose und Übertherapie sind nicht zu übersehende Hinweise auf ein dysfunktionales Gesundheitssystem. Allen Unkenrufen des *Instituts of Medicine* zum Trotz (78) sind Fehler im Gesundheitssystem inzwischen die dritthäufigste Todesursache in westlichen Ländern (54). Sind die alarmierenden Burnout-Raten bei Ärzten, Krankenschwestern und -pflegern (79) der Preis für die zunehmende Dehumanisierung der medizinischen Arbeitswelt oder sind sie gar Indikatoren eines drohenden Systemversagens? Was müssen wir als Gesellschaft tun? Was kann der einzelne tun?

9.6.4 Revitalisierung des BPS-Modells, salutogenetische Funktion des BPS-Modells?

Auch wenn auf ärztlichen Kongressen unverändert molekularbiologische und genetische Aspekte dominieren, finden sich in renommierten Journalen vereinzelte Gesundheitssystem-kritische (54) und Umwelt-fokussierte gesundheitsrelevante Themen. Eine Schwalbe macht zwar bekanntlich noch keinen Frühling, die von Engel und von Uexküll/Wesiak propagierte systemtheoretische Herangehensweise ist jedoch aktuell dabei, die Sicht auf ein patientenzentriertes und nachhaltiges Gesundheitssystem zu ändern (80,81).

Die alarmierenden Burnout-Raten bei Personen, die im Gesundheitswesen arbeiten, zwingen zum Handeln. Eine Profession kann nicht zusehen, wie ihre Werte ausgehöhlt, ihre Arbeitswelt dehumanisiert und die nachwachsende Generation die ärztliche Berufswelt verlässt (82). Das BPS-Modell als Vision, als Leitstern, vermag dem einzelnen Arzt Bedeutsamkeit zu verleihen, seine methodischen Werkzeuge vermögen Handhabbarkeit aufzuzeigen und das systemtheoretische Weltbild mit der naturwissenschaftlichen und sozialpsychologischen Wissensbasis Verstehbarkeit zu gewährleisten und so sein ärztliches Gefühl der Selbstwirksamkeit und seine Resilienz zu stärken, seine berufliche Zufriedenheit sicherzustellen und einem Burnout vorzubeugen (siehe Tabelle 9.5) (82). Die ärztliche Profession muss, wenn sie ihren Kohärenzsinn stärken und gesund bleiben will, Antonovskys salutogenetische Faktoren (83) in die ärztliche Ausbildung und Praxis integrieren (siehe Kapitel 10) und eine Kultur der Aufmerksamkeit und Humanität in den ärztlichen Arbeitswelten praktizieren (82) (siehe Kapitel 7).

Literatur

- 1 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiat* 1980; 137: 535-544.
- 2 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
- 3 Childs, B. A logic of disease. In: Scriver, C.R., Beaudet, A.L., Sly, W.S., Valle, D. (eds.). *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. New York: McGraw-Hill; 7th edition 1995: 229-257.
- 4 zitiert nach: Fortin AH, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC (eds). *Smith's Patient-centered Interviewing: An Evidence-based Method*. 3th edition. New York: McGraw-Hill Education; Medical 2012: Chapter 1.
- 5a Brown TM. The growth of George Engel's biopsychosocial model. 2000. www.human-nature.com/free-associations/engel1.html.
- 5b Brown TM. The Historical and Conceptual Foundations of the Rochester Biopsychosocial Model. www.human-nature.com/free-associations/engel2.html.
- 6 Brown TM. George Engel and Rochester's biopsychosocial tradition: historical and developmental perspectives. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). *The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 199-219.
- 7 Shorter E. The history of the biopsychosocial approach in medicine: before and after Engel. In: White P (ed.). *Biopsychosocial Medicine – an integrated approach to understanding illness*. Oxford/New York: Oxford University Press; 2005: 1-11.

- 8 Engel PA. George L. Engel: Remembering his life and work; rediscovering his soul. *Psychosomatics* 2001; 42: 94-99.
- 9 Szasz TS. *The myth of mental illness*. New York: Harper, 1960.
- 10 Walter H. The third wave of biological psychiatry. *frontiers in Psychology/Theoretical and Philosophical Psychology* 2013; 4: Article 582. [www.frontiersin.org/doi: 10.3389/fpsyg.2013.00582](http://www.frontiersin.org/doi:10.3389/fpsyg.2013.00582).
- 11 Baldessarini RJ. The impact of psychopharmacology on contemporary psychiatry. *Can J Psychiatry* 2014; 59(8): 401-405.
- 12 Grinker RR. A struggle for eclecticism. *Am J Psychiatry*. 1964; 121: 451-457.
- 13 Morgan WL, Engel GL. *The Clinical Approach to the Patient*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1969. Deutsch: *Der klinische Zugang zum Patienten. Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte*. Bern: Verlag Hans Huber; 1977.
- 14 Engel GL, Reichsman F. Spontaneous and experimentally induced depressions in an infant with a gastric fistula: a contribution to the problem of depression. *J Am Psychoanal Ass* 1956; 4: 449-450.
- 15 Engel GL. A reconsideration of the role of conversion in somatic disease. *Comprehensive Psychiatry* 1967; 9: 316-326.
- 16 Alexander F. *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton 1950. (deutsch: *Alexander F. Psychosomatische Medizin – Grundlagen und Anwendungsgebiete*. Berlin/New York: De Gruyter, 1971.
- 17 Brown GW, Harris T. *Social Origins of Depression*. London: Tavistock; 1978.
- 18 Durkheim E. *Suicide*. New York: The Free Press; 1951.
- 19 Spiegel D (ed.). *Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*. Washington DC/London, England: American Psychiatric Press, Inc.; 1999.
- 20 Weiss PA. *The Science of Life: The Living System – A System for Living*. Mount Kisco, NY: Futura Publishing Co.; 1973.
- 21 von Bertalanffy L. *General System Theory – Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing 2015.
- 22 Drack M, Apfalter W, Pouvreau D. On the making of a system theory of life: Paul A. Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. *Q Rev Biol*. 2007; 82(4): 349-373.
- 23 Engel GL. A unified concept of health and disease. In: *Perspectives in Biology and Medicine III*, 1960: 459-485. Deutsch: *Versuch einer Zusammenschau von Gesundheit und Krankheit*. In: Rothschild KE (Hg.). *Was ist Krankheit? – Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1975: 306-342.
- 24 Bateson G. *Krankheiten der Erkenntnistheorie*. In: Bateson G. *Ökologie des Geistes*. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische

- Perspektiven. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 571; 1985: 614-626.
- 25 Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom* 1992; 57 (1-2): 3-16. Nachdruck: Engel GL. Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg; 5. Aufl. 1996: 3-11.
 - 26 Engel GL. From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics* 1997; 38(6): 521-528.
 - 27 von Uexküll T. *Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie*. Sammlung Dalp 13. München: Leo Lehnen Verlag; 1953.
 - 28 von Uexküll Th, Wesiak W. *Theorie der Humanmedizin*. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988, 3. Aufl. 1998.
 - 29 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
 - 30 Schwartz MA, Wiggins O. Science, humanism, and the nature of medical practice: A phenomenological view. *Perspect Biol Med* 1985, 28, 331-361.
 - 31 Sadler JZ, Hulgus YF. Knowing, valuing, acting: Clues to revising the biopsychosocial model. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 185-195.
 - 32 McLaren NA. Critical review of the biopsychosocial model. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 86-92.
 - 33 Gilbert P. Understanding the biopsychosocial approach: Conceptualization. *Clinical Psychology* 2002; 14: 13-17.
 - 34 Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Educ Couns* 2004; 53: 239-244.
 - 35 Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 567-582.
 - 36 Sotile WM. Biopsychosocial care of heart patients: Are we practicing what we preach? *Families, Systems, & Health* 2005; 23: 400-403.
 - 37 Herman J. The need for a transitional model: A challenge for biopsychosocial medicine? *Fam Syst Health Spec Issue Curr State Biopsychosoc Approach* 2005; 23: 372-376.
 - 38 Epstein RM, Borell-Carrió F. The biopsychosocial model: Exploring six impossible things. *Fam Syst Health* 2005; 23: 426.
 - 39 Malmgren H. The theoretical basis of the biopsychosocial model. In: White P (ed). *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2005: 21-35.

- 40 Novack DH, Cameron O, Epel E, Ader R, Waldstein SR, Levenstein S, Antoni MH, Wainer AR. Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. *Academic Psychiatry* 2007; 31: 388-401.
- 41 Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res* 2009; 67: 607-611.
- 42 Kendler K. The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 999-1000.
- 43 Freudenreich O, Kontos N, Querques J. The muddles of medicine: a practical, clinical addendum to the biopsychosocial model. *Psychosomatics* 2010, 51, 365-369.
- 44 Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. Reconciling art & science in psychiatry. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2010.
- 45 Ghaemi SN. The biopsychosocial model in psychiatry: a critique. *Existenz* 2011; 6:
- 46 Kontos N. Perspective: Biomedicine—Menace or straw man? Reexamining the biopsychosocial argument. *Acad Med* 2011 86: 509-515.
- 47 Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling* 2013; 91: 265-270.
- 48 Van Oudenhove L, Cuypers S. The relevance of the philosophical »mind-body problem« for the status of psychosomatic medicine: A conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Med Health Care Philos Dordr* 2014; 17: 201-213.
- 49 Epstein RM. Realizing Engel's biopsychosocial vision: resilience, compassion, and quality of care. *Int J Psychiatry Med* 2014; 47: 275-287.
- 50 Benning TB. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice* 2015; 6: 347-352.
- 51 Gritti P. The bio-psycho-social model forty years later: a critical review. *JPS* 2017; 1: 36-41.
- 52 Farre A, Rapley T. The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *Healthcare* 2017, 5(4), 88. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>.
- 53 Brähler E, Herzog W (Hg.). Sozialpsychosomatik: Das vergangene Soziale in der Psychosomatischen Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2018.
- 54 Makary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016; 353: i2139
- 55 Deacon TW. Incomplete nature – how mind emerged from matter. New York/London: W.W. Norton & Company; 2012.
- 56 Peirce CS. Das Gewissen der Vernunft: Eine praktische Untersuchung der Theorie der Entdeckung, in welcher die Logik als Semiotik aufgefasst wird (1904). In: Kloesel CJ, Pape H (Hg.). Charles S. Peirce – Semiotische Schriften, Band 2. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2000: 166- 237.

- 57 Chalmers AF. *Science and its fabrication*. Open University Press, Buckingham, Great Britain, 1990. Deutsch: Chalmers AF. *Grenzen der Wissenschaft*. Herausgegeben und übersetzt von Niels Bergemann und Christine Alstötter-Gleich. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag; 1999.
- 58 Derry GN. *What science is and how it works*. Chapter 6: A universe in a bottle: models, modelling, and successive approximation. Princeton/New Jersey: Princeton University Press; 1999: 69-88. Deutsch: Derry GN. *Wie Wissenschaft entsteht – ein Blick hinter die Kulissen*. Kapitel 6: Ein Universum in der Flasche: Modelle, Modellieren und eine sukzessive Annäherung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 2001: 93-116.
- 59 Hofkirchner W, Rousseau D. Foreword. In: von Bertalanffy L. *General System Theory – Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller; first published in 1969, revisited edition 1976, 18. paperback printing 2015: xi – xix.
- 60 Ruiz-Moral M. What is person-centered medicine: Conceptual review with focus on George Engel's perspectives. *International Journal of Person-Centered Medicine* 2016; 6(2):83-90.
- 61 Miles A, Mezzich JE. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *The International Journal of Person-Centered Medicine* 2011; 1: 207-222.
- 62 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.). *Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2nd edition 2003.
- 63 Berwick DM. What ›patient-centered‹ should mean: confessions of an extremist. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28 (4): w555-w565.
- 64 Creed F. Are the patient-centred and biopsychosocial approaches compatible? In: White P (ed.). *Biopsychosocial Medicine – an integrated approach to understanding illness*. Oxford/New York: Oxford University Press; 2005: 187-195. Discussion 196-199.
- 65 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, Jordan J. The impact of patient-centered care on patient outcomes. *Journal of Family Practice* 2000; 49: 796-804.
- 66 Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2013; 70: 351-379.
- 67 Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014; 9(4): e94207.
- 68 WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. www.who.int/classifications/icf/en/.
- 69 Apel K-O. Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik – Entwurf einer Wissenschaftslehre in erkenntnisanthropologischer Sicht. In: Apel K-O. *Transforma-*

- tion der Philosophie. Band 2: Das Apriori der Kommunikationsgemeinschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 165; 1976: 96-127.
- 70 Henningsen P. Das bio-psycho-soziale Modell: Aufstieg, Fall – und Zukunft? Vortrag: Deutscher Psychosomatik-Kongress Berlin 26.3.2015. Zitiert nach: Köhle K. ›Integrierte Medizin‹. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 8. Auflage 2017: 3-22.
- 71 Rosa H. Resonanz – eine Soziologie der Weltbeziehungen. Berlin: Suhrkamp Verlag, 2016.
- 72 Wieland W. Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. 1975. Nachdruck, Verlag Johannes G. Hoof, Warendorf, 2004.
- 73 Lanzerath D. Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik. Alber Praktische Philosophie, Band 66, Verlag Karl Alber, Freiburg – München, 2000.
- 74 Pauls H. Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. www.resonanzen-journal.org, Ausgabe 01/2013 Seite 15-31.
- 75 Kuhn T. Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press; 1963. Deutsch: Kuhn T. Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 25; 1996.
- 76 Schubert C (Hg.). Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2015 (Nachdruck 2018).
- 77 Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH. The future of the biopsychosocial approach. In: Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH (eds.). The Biopsychosocial Approach. Past, Present, Future. Rochester: University of Rochester Press; 2003: 255-267.
- 78 Institute of Medicine, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). To Err is Human – Building a Safer Health System. Washington: National Academic Press; 2000.
- 79 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt J, Ommaya A, West CP, Meyers D. Burnout among health care professionals – a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. National Academy of Medicine, July 2017. <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/>.
- 80 Sturmberg JP, O'Halloran DM, Martin CM. Understanding health system reform – A complex adaptive systems perspective. J Eval Clin Pract 2012; 18(1): 202-208.
- 81 Sturmberg JP. Health System Redesign – How to make health care person-centered, equitable, and sustainable. Cham, Switzerland; Springer International Publishing; 2018.

- 82 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York: Scibner; 2017, paperback edition 2018.
- 83 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

10 Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses

»Dies ärztliche Handeln steht auf zwei Säulen: einerseits der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität. Der Arzt vergisst nie die Würde des selbstentscheidenden Kranken und den unersetzlichen Wert jedes einzelnen Menschen.«

K. Jaspers (1)

»Und die Aufgabe, die uns als Menschen gesetzt ist, heißt, in dieser Lebenswelt unseren Weg zu finden und unsere wirklichen Bedingtheiten anzunehmen. Dieser Weg enthält für den Arzt die doppelte Verpflichtung, seine hochspezialisierte Könnerschaft mit der Partnerschaft in der Lebenswelt zu vereinen.«

G. Gadamer (2)

Warum sucht eine Person, die glaubt, ein körperliches oder psychisches Problem zu haben, einen Arzt auf? Wie bereits in Kapitel 1 erörtert, bildet ein Statement von Engelhardt den Ausgangspunkt eines jeden Patienten-Arzt-Kontaktes: »Jemand hat Beschwerden, aber er weiß nicht, wie sie einzuordnen sind. Eine neue unbekanntempfindung seines Körpers bedrückt ihn, und er kann sie noch nicht deuten. Deshalb geht er eines Tages zu einem Arzt, damit aus Zweideutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde« (3). Danach ist ärztliche Tätigkeit einordnen, deuten. Köhle schreibt im Einleitungskapitel der 8. Aufl. von Uexkülls »Psychosomatische Medizin«: »Patienten suchen uns Ärzte als Einzelne wegen lebensweltlicher Probleme auf, die sie selbst nicht zu lösen vermögen. Sie stellen uns die Aufgabe, diese Probleme auf Sachwissen gegründet zu klären und zu bewerten, Lösungs-

ansätze zu entwickeln und umzusetzen« (4). In einer Situation, in der der Patient steckt (anschaulich dargestellt im von Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak beschriebenen Modell des Situationskreises (5,6)) und die der Patient mit eigenen Bedeutungsunterstellungen, Bedeutungserprobungen (in Phantasie und Probehandeln) und eigenen Bedeutungserteilungen nicht zufriedenstellend lösen konnte, soll ein Arzt/ein Psychotherapeut helfen, damit aus Mehrdeutigkeit und Ungewissheit Klarheit werde und damit Probleme des Patienten, auf Sachwissen gegründet, bewertet und geklärt sowie Lösungsansätze entwickelt werden.

Wie Simon und Bökmann (7,8a) ausführlich dargestellt haben (und in Kapitel 5, Absatz 5.7.2, kurz erläutert wurde), ist in erkenntnistheoretischer Hinsicht Beobachten die Operation des Unterscheidens und Bezeichnens. Durch Beobachten wird aus einem unmarkierten Raum (im Beispiel von Engelhardt der eigene Körper oder im Beispiel von Köhle die Lebenswelt) etwas abgegrenzt und bezeichnet. »Die der Unterscheidung zu Grunde liegende Einheit wird invisibilisiert«, »der unmarkierte Raum« wird ausgeblendet (7,8). »Erkennen wird danach grundsätzlich als das Bilden einer Differenz aufgefasst. »Willst du erkennen, triff eine Unterscheidung«. Alles was bezeichnet wird, wird von etwas unterschieden« (8b). Alles, was erkannt wird, unterscheidet das Bezeichnete vom umgebenden »unmarkierten Raum«, vom Kontext. Der Kontext ist das, was nicht bezeichnet wird, ist das, was von einem *Beobachter 1. Ordnung* ausgeblendet wird. Erst ein *Beobachter 2. Ordnung*, der die Operation des Unterscheidens und Bezeichnens eines Beobachters 1. Ordnung beobachtet, bekommt den »unmarkierten Raum«, den Kontext, in den Blick.

10.1 Der doppelte Situationskreis als grafisches Modell der Arzt-Patienten-Interaktionen

Ein Patient, der Beschwerden hat, die er allein nicht deuten kann und der Unterscheidungs- und Deutungshilfe bei einem Arzt sucht und sich einem Arzt anvertraut, ist Ausgangspunkt aller Patienten-Arzt-Interaktionen. Dies kann eine Situation sein, in der ein Mensch, bei dem sich z.B. die äußere Umwelt (Arbeitsplatz, Lebenswelt) erheblich verändert hat, und in der er mit seinen Anpassungsbemühungen, seinen begrenzten oder erstarrten Deutungsversuchen scheitert oder eine Situation, in der ein Mensch an leiblichen Veränderungen (Auftreten einer stark juckenden Hautveränderung) oder an einer Dysfunktion seines Organismus (Extrasystolie, Verdauungsstörung) leidet. Er sucht in einer solchen Situation Hilfe bei einem Menschen, den die Gesellschaft als Experten für Deutungshilfe bei körperlichen oder psychischen Beschwerden ansieht, einem Naturheiler, einem Weisen, oder einem Arzt (9).

Für diese Ausgangssituation der Medizin haben von Uexküll und Wesiak das in Kapitel 1 Abb. 1.12, dargestellte und in Kapitel 8, Absatz 8.5 und 8.6, ›durchdeklinierte‹ Modell des doppelten Situationskreises entwickelt (5,6,10). Die spiegelbildlich zueinander angeordneten Situationskreise von Patient (rechte Bildhälfte) und Arzt (linke Bildhälfte) sind durch ein Feld miteinander verbunden, das das gemeinsame Feld des ›Deutens‹ und die deutend geschaffene (konstruierte) gemeinsame Wirklichkeit symbolisieren soll. Im wiederholten gemeinsamen Durchlaufen des doppelten Situationskreises versucht der Arzt (als *Beobachter 2. Ordnung*) die der Konsultation zugrunde liegende Beobachtung des Patienten als unterscheidende und bezeichnende Operation nachzuvollziehen. Dabei will er sowohl die vom Patienten (als *Beobachter 1. Ordnung*) getroffene ›Eingrenzung‹ eines Phänomens als ›markierten Raum‹ als auch die mit der Bezeichnung verbundenen Konnotationen verstehen. Mit seinen Rückfragen versucht der Arzt, den Patienten zu kritischer Selbstbeobachtung zu motivieren, damit dieser seine frühere Beobachtung (seinen ›markierten Raum‹ und seine Bezeichnung hierfür) präzisiert, um eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient über das vom Patienten phänomenal Gemeinte (›*common ground*‹ (11)) zu erreichen. Das mittels Rückfragen wiederholte Durchlaufen des diagnostisch-therapeutischen Zirkels dient initial vor allem der Phänomen- und Begriffsklärung.

10.2 Zu beackerndes Feld der gemeinsamen Wirklichkeit

Von Uexküll hat immer wieder die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit als wesentliches Element einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung betont (5,6). Im doppelten Situationskreis stellt das gemeinsame Feld des Beobachtens, Bezeichnens und Deutens und die deutend geschaffene gemeinsame Wirklichkeit die Verbindung zwischen den Einzel-Situationskreisen von Arzt und Patient dar. Dieses Feld muss, worauf bereits mehrfach hingewiesen wurde, in wiederholten diagnostisch-therapeutischen Zirkeln gemeinsam bearbeitet, gemeinsam im wahren Sinne des Wortes ›beackert‹ werden, damit auf der Basis eines gemeinsamen (Problem-)Verständnisses (›*common ground*‹ (11)) und einer gemeinsamen Erörterung der diagnostischen und therapeutischen Optionen eine Entscheidung getroffen werden und durch neues Handeln erprobt werden kann. Die Arzt-Patienten-Interaktion stellt das Herzstück *Integrierter Medizin* dar. In anderer Begrifflichkeit und anderer grafischer Darstellung sieht die im englischsprachigen Raum entstandene patientenzentrierte Medizin dies ähnlich (11) (Tab. 10.1 und Abb. 10.1).

Nach der initialen Phänomen- und Begriffsklärung müssen in weiteren Durchgängen des diagnostisch-therapeutischen Zirkels das diagnostische Prozedere, die Relevanz und Implikationen der Verdachtsdiagnose oder bestätigten Diagnose erörtert werden. Unter den Therapieoptionen muss dann die dem Patienten und

Tabelle 10.1: **6 interaktive Komponenten des Patienten-zentrierten Prozesses** (modifiziert, aus Brown, Steward, Weston, Freemann 2003 (11))

Interaktive Komponenten des Patienten-zentrierten Prozesses

- 1 Erhebung von beidem, Krankheits-Befunden und Krankheits-Erfahrung
 - Anamnese, körperliche Untersuchung, Laboruntersuchungen
 - Dimensionen des Kranksein-Erlebens (Gefühle, Vorstellungen, Effekte auf Funktion und Erwartungen)

 - 2 Verstehen der ganzen Person
 - die Person (Lebensgeschichte, entwicklungsgeschichtliche und persönliche Aspekte)
 - der nahe Kontext (Familie, Berufstätigkeit, Soziale Unterstützung)
 - der ferne Kontext (Kultur, Gemeinschaft, Ökosystem)

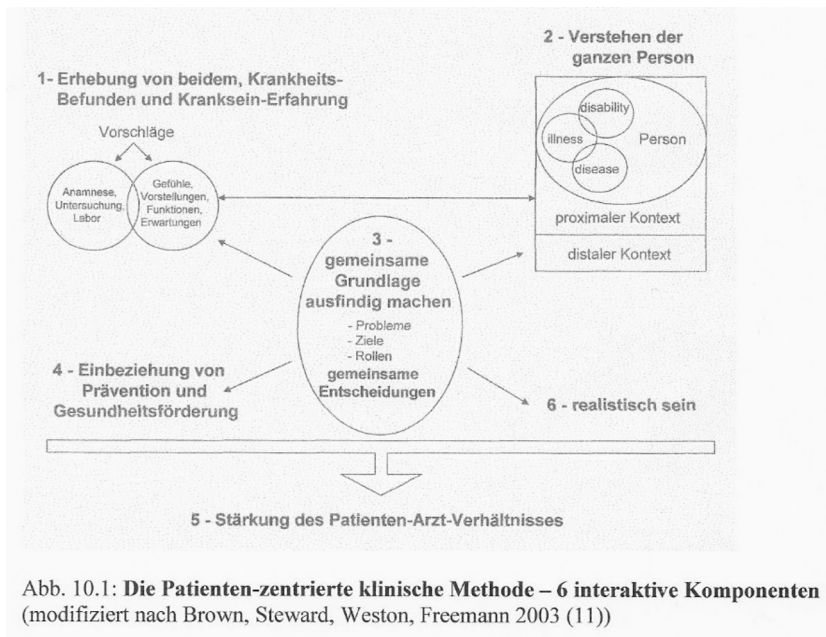
 - 3 eine gemeinsame Grundlage ausfindig machen
 - Probleme und Prioritäten
 - Ziele von Behandlung und/oder Management
 - Rollen von Patient und Arzt

 - 4 Einbeziehung von Prävention und Gesundheitsförderung
 - Förderung von Gesundheit
 - Meidung von (Gesundheits-) Risiken
 - Reduktion von Risikofaktoren
 - Früherkennung
 - Reduzierung möglicher Komplikationen

 - 5 Stärkung des Patienten-Arzt-Verhältnisses
 - Mitgefühl
 - Kraft
 - Heilung
 - Selbstbewusstsein
 - Übertragung und Gegenübertragung

 - 6 realistisch sein
 - Zeit und Zeitplanung
 - Teambildung und Zusammenarbeit im Team
 - weiser Umgang mit Ressourcen
-

seiner Lebenssituation adäquate Entscheidung gefunden werden (*shared decision making*) (12). Mit resultierenden, initial durchaus noch nicht optimalen und daher gegebenenfalls zu korrigierenden probatorischen Maßnahmen kann versucht werden, eine neue Passung von Organismus und Umwelt zu erreichen.



Im diagnostisch-therapeutischen Zirkel wiederholter Arzt-Patient-Interaktionen muss dem Patienten auch verständlich gemacht werden, dass das Ganze einer Erkrankung mehr ist als ein Konglomerat aus körperlichen Befunden, psychischen Ängsten oder emotionaler Dysbalance. Eine Krankheit hat immer auch eine innere Struktur, eine (von Patient zu Patient variable) äußere Form und eine zeitliche Verlaufsgestalt. »Die beobachtbaren Symptome, die geordnet, interpretiert und integriert werden müssen, sind – abhängig von Situation und Umfeld – vielmehr sich immer neu manifestierende Integrale aus der Befindlichkeit des Patienten, der Person des Untersuchers und der sozialen Interaktion zwischen beiden« (13).

10.3 Der Arzt als teilnehmender Beobachter

Wenn die erkenntnistheoretische Schwierigkeit der Quantenphysik, die Heisenberg mit dem Begriff ›Unschärferelation‹ beschrieben hat, laut Thure von Uexküll auch für die Medizin zutrifft (5,6), dann erscheint das ›Objekt‹ der Medizin, der Patient, dem beobachtenden Arzt – je nach Betrachtungsperspektive – mal als biologischer Organismus (in Analogie zum Elektron als Partikel), mal als Person (in Analogie zum Elektron als Welle) (siehe Kapitel 1). In der Situation der Patienten-

Arzt-Interaktion ist der Arzt jedoch kein dem Quantenphysiker vergleichbarer ›objektiver‹ Beobachter. Ein Arzt kann nie einen (gottähnlichen) unbeteiligten ›Blick von Nirgendwo‹ (14), von außerhalb der Situation auf den Patienten haben, er ist immer nur relativer Beobachter, weil er gleichzeitig immer auch Teilnehmer ist, Teilnehmer einer gemeinsamen lebensweltlichen Situation. Uexküll (5,6) und Engel (15) haben die Besonderheit eines ›teilnehmenden Beobachters‹ immer wieder unterstrichen.

10.4 Der Arzt als Hersteller von Kontext

Die Formulierung ›der Arzt als Hersteller von Kontext‹ fokussiert auf zwei Aspekte: Zum einen ist damit gemeint, dass sich der Arzt als *Beobachter 2. Ordnung* auf den ›blinden Fleck‹ im Auge des *Beobachters 1. Ordnung*, des Patienten, konzentriert und den ›unmarkierten Raum‹, den Hintergrund des vom Patienten eingegrenzten Phänomens, den Kontext, in Augenschein nimmt. Zugleich achtet er auf die Konnotationen, die in der begrifflichen Bezeichnung des Phänomens, das der Patient beobachtet hat, mitschwingen. So kann z.B. das, was der Patient mit ›Müdigkeit‹ bezeichnet hat, vielerlei bedeuten (16). Der Arzt muss mit Rückfragen eine Präzisierung des Bezeichneten zu erreichen versuchen, muss ›referential‹, ›emotional‹ und ›social meaning‹ (17) differenzieren, muss Begleitsymptome, situative und kontextuelle Aspekte (z.B. Familienanamnese) berücksichtigen, um zu verstehen, ob mit ›Müdigkeit‹ schnelle Ermüdung bei körperlicher Anstrengung, Antriebslosigkeit oder Lustlosigkeit gemeint ist (16; siehe Kapitel 6, Absatz 6.7).

Zum andern ist mit der Herstellung von Kontext gemeint, dass der Arzt im Engel'schen Schema des biopsychosozialen Modells (18,19) eine Integration über die biologische, psychologische und soziale Systemebenen hinweg vornimmt (siehe Kapitel 1 und 3). Diese Art der Kontext-Herstellung entspricht der Uexküll'schen Intention, die beiden Teiltheorien der Medizin, die Medizin für Körper und die Medizin für Seelen, zu einer ganzheitlichen Medizin, zur *Integrierten Medizin*, zu vereinen (5,6). In den letzten 30 Jahren sind – in Komplizierung des biopsychosozialen Modells – neue Teiltheorien der Medizin hinzugekommen, die quasi als Randbedingungen den Rahmen zu Engels Hierarchie natürlicher Systeme bilden: evidenzbasierte Medizin (EBM), Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, Patientenautonomie u.a. Auch diese, formal randständig erscheinenden, de facto jedoch an Gebiete wie Wissenschaftstheorie, Ethik u.a. anknüpfenden Teiltheorien der Medizin müssen in einer Art diagonalen Achse mit der Biomedizin und der patientenzentrierten Medizin integriert werden (20) (siehe Kapitel 1).

10.5 Der Arzt als Ermöglicher eines salutogenen Narrativs

Aus anamnestischen Schilderungen von Krankheitserfahrungen des Patienten erfährt der Arzt viel über die Lebenswelt und individuelle Reaktionen auf Lebenssituationen und -ereignisse. In der Perspektive des Patienten sind Erzählungen von Krankheitserfahrungen nicht nur eine Beschreibung z. B. eines schleichenden Übergangs von einer akuten in eine chronische Erkrankung, sondern auch Geschichten von Versuchen zur Wiederherstellung eines beschädigten ›Selbst‹, einer Selbsttransformation oder Herstellung eines neuen ›Selbst‹. Im Erzählen erfährt sich der Patient als sich selbst beobachtende Person und nimmt zu sich selbst eine ›*exzentrische Position*‹ (Plessner) ein (reflektive Selbstbeobachtung). Als Erzähler wird er zum Zeitreisenden eigener Lebensphasen und zum *Beobachter 2. Ordnung*. Im Erzählen von Krankheitserfahrungen stellt er Zusammenhänge von zuvor nicht zusammenhängenden Ereignissen her und konstruiert Sinnzusammenhänge, die sein Leben retrospektiv als kohärent erscheinen lassen. Im Gegensatz zu anderen Geschichten haben Erzählungen von Krankheitserfahrungen ein offenes Ende (21). Mitunter erkennt der Patient dabei eigene, bisher nicht gesehene Lösungsoptionen, mitunter können im anschließenden ärztlichen Gespräch Pro und Contra verschiedener Lösungsoptionen erörtert und einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zugeführt werden.

10.6 Resonanzraum der Arzt-Patienten-Interaktionen

Die grafisch zweidimensional als Feld dargestellte, mit gemeinsamen Deutungsversuchen zu ›beackernde‹ Fläche kann dreidimensional auch als Kasten im Sinne eines Containers kulturell verfügbarer Deutungen und Interpretationskonstrukte (22) oder als Resonanzraum im Sinne von Rosas Resonanztheorie und Soziologie der Weltbeziehungen (23) verstanden werden. Fasst man in der dreidimensionalen Version das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit als Resonanzraum auf (Abb. 10.2), dann können drei Achsen der Resonanz unterschieden werden.

- 1) In der *horizontalen* Resonanzachse unterscheidet Rosa die Aspekte Familie, Freundschaft und Politik mit ihren unterschiedlichen kulturellen Gepflogenheiten und unterschiedlichen situativen Atmosphären und Stimmungen.
- 2) Rosas *diagonale* Resonanzachse beinhaltet Objektbeziehungen in Arbeitswelt, Schule, Sport und Konsum.
- 3) Die *vertikale* Resonanzachse bezieht sich auf Religion, Natur, Kunst und Geschichte.

Rosas Soziologie der Weltbeziehungen trifft auch auf den Mikrokosmos der Arzt-Patienten-Interaktionen zu. Arzt und Patient müssen nicht in allen drei Resonanzachsen »gleicher Wellenlänge« sein, aber wenn in keiner Achse Resonanz spürbar ist, ist die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit schwierig bis unmöglich. Anhand des grafischen Modells des doppelten Situationskreises können Dysfunktionen und Störungen der Arzt-Patienten-Interaktionen verstehbar und handhabbar gemacht werden, worauf in Kapitel 8 detaillierter eingegangen wurde.

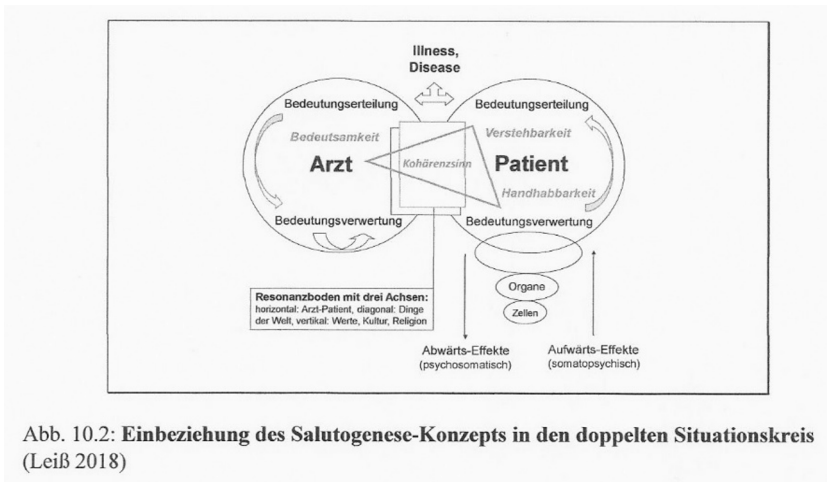


Abb. 10.2: Einbeziehung des Salutogenese-Konzepts in den doppelten Situationskreis (Leiß 2018)

10.7 Den Umgang des Kranken mit der Krankheit gestalten: Reduktion von Komplexität

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen, bei Komorbidität und im Alter kommt dem Arzt eine wichtige Rolle als Manager von Komplexität zu. Er muss die verschiedenen Komponenten der Krankheitskomplexität wie Chronizität, Komorbidität, »burden of illness« und »burden of treatment« sowie soziale Faktoren, die Erreichbarkeit, Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und Selbstsorge des Patienten beeinflussen, im Auge behalten. Er muss sensibel dafür sein, wie Kombinationen von Komplikationen und Interaktionen medikamentöser Therapien die Komplexität erhöhen können, muss spüren, ob der Patient entsprechende Ressourcen oder ein abpufferndes soziales Netz hat und wie er mit all dem umgeht. Kurz, der den Patienten betreuende Arzt muss darauf achten, wie soziale Faktoren und personale Faktoren die Balance zwischen »patient's workload of demands« und

›*patient's capacity*‹ und damit das subjektive Krankheitserleben des Patienten, seine *illness*, beeinflussen (24).

Die Anforderungen, die bestimmte chronische Krankheiten wie z.B. eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz, eine dekompensierte Leberzirrhose oder die Chemotherapie eines Plasmocytoms an den Patienten stellen, erfordern einen bestimmten ›Level‹ des Funktionierens. Das betrifft die Bewältigung von Alltagsproblemen, z.B. die Koordination und die Erreichbarkeit der Therapie-Termine und ihre Integration in den Alltag. Faktoren, die die Fähigkeiten und die Kapazität des Patienten beeinflussen, können auf der sozialen Ebene eine Fragmentierung und fehlende Koordinierung der medizinischen Behandlung, Probleme von Erreichbarkeit, Transportmöglichkeiten oder Unterstützung durch Familienmitglieder beinhalten, auf der psychischen Ebene kulturell-bedingte Verständigungsschwierigkeiten, empfundener zusätzlicher Stress oder eine depressive Verstimmung sein und auf der biologischen Ebene eine beginnende Demenz, ein interkurruenter gastrointestinaler Infekt, Sehstörungen u.a. Wie ›*burden of illness*‹ und ›*burden of treatment*‹ eine Komplexität hochschaukeln und das ›*outcome*‹ beeinflussen können, haben Shippee et al. (24) ausführlich dargestellt.

Die Jaspers'sche Forderung (1), »den Umgang des Kranken mit der Krankheit zu gestalten«, erfordert vom Arzt eine ›*mindful practice*‹ (25,26) (siehe Kapitel 7) mit ›freischwebender‹, d.h. dynamisch fokussierender Aufmerksamkeit auf interagierende biopsychosoziale Systemebenen. Die ärztliche Einschätzung der Balance zwischen ›*patient's workload of demands*‹ und ›*patient's capacity*‹ bedarf zum einen regelmäßiger Rückfragen an den Patienten (incl. Einbeziehung von Beobachtungen von Familienangehörigen) und zum andern einer verlaufsabhängigen Priorisierung bzw. Relativierung von Behandlungszielen.

In Rosas Resonanztheorie heißt dies, dass ein Arzt, der in der Langzeittherapie eine ›*minimally disruptive medicine*‹ (27) praktizieren will, die Bedeutung der objektbezogenen diagonalen Resonanzachse in Rosas Resonanzmodell (23) relativieren und die horizontale Resonanzachse des sozialen Netzes und die vertikale Resonanzachse der Werte des Patienten stärker in den Blick nehmen muss. In Gadamer's eingangs zitierten Worten (2) verschiebt sich für den Arzt in der Betreuung chronisch Kranker oder sterbender Patienten die Balance in der »doppelten Verpflichtung, seine hochspezialisierte Könnerschaft mit der Partnerschaft in der Lebenswelt zu vereinen« zugunsten letzterer. Anders formuliert: in der Langzeitbetreuung chronisch Kranker werden menschliche Eigenschaften des Arztes und die Kommunikation über existenzielle Probleme wichtiger, während *disease*-orientiertes Wissen und technisches Know-how eher in den Hintergrund rücken.

10.8 Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses

Das Gesundheitskonzept der *Integrierten Medizin* (5,6) orientiert sich an den vom israelischen Medizinsoziologen A. Antonovsky entwickelten Vorstellungen zur Salutogenese (28). Antonovsky geht von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit aus und sieht den Kohärenzsinn als zentrales Element der Gesundheit an. Die drei Teilkomponenten des Antonovsky'schen ›*sence of coherence*‹, ›*comprehensibility*‹/Verstehbarkeit, ›*manageability*‹/Handhabbarkeit und ›*meaningfulness*‹/Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit, fokussieren auf kognitive, emotionale und motivationale Aspekte der Person (28,29).

In Kapitel 1 wurde die Integration des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky in den doppelten Situationskreis von Arzt und Patient bereits angesprochen (20). Bei der Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit schaffen ärztliches Annehmen und Beteiligen des Patienten an Entscheidungsprozessen Bedeutsamkeit für den Patienten. Die ärztliche Haltung aus Empathie, Sorgfalt und Sich-Kümmern (25,26) und das Bemühen des Arztes um Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Probleme für den Patienten können einen neuen Kohärenzsinn erzeugen, dem seinerseits wichtige gesundheitsfördernde Effekte zukommen. In Abb. 10.2 ist der Kohärenzsinn mit seinen 3 Komponenten als dreieckiges Feld in den doppelten Situationskreis eingeordnet.

Wenn der Arzt sich von Leid und Sorgen des Patienten affizieren lässt, wenn er offen dem Patienten gegenübertritt, ihn unvoreingenommen akzeptiert und ihn als Partner auf Augenhöhe in Entscheidungen, die ihn betreffen, einbezieht (›*nothing about you without you*‹), dann erfährt der Patient eigene Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit in der ärztlichen Konsultation zur Lösung seiner Probleme. Wenn der Arzt sich fragt, warum der Patient gerade zu ihm kommt, wenn er die Bedeutsamkeit, die der Patient ihm für die Lösung seiner Probleme zuspricht, annimmt und ernst nimmt, mit dem Patienten in für ihn verständlichen Worten das Feld der gemeinsamen Wirklichkeit ›beackert‹, wenn es ihm gelingt, dem Patienten verstehbar zu machen (*comprehensibility*), welche Störungen im biologischen Organismus, im psychischen Verhalten und/oder im persönlichen Umfeld vorliegen, er ihm Hilfen aufzeigen kann, wie er damit – sei es mit Verhaltensmaßnahmen (Diät, Übungen, Verhaltenstherapie), sei es mit Medikamenten oder einer Operation – umgehen kann und ihm Optionen der Handhabbarkeit (*manageability*) erläutert, dann kann aus den Teilsystemen Arzt und Patient ein komplexeres Zwei-Personen-System entstehen. Dabei können in systemtheoretischer Sicht neue, aus den Teilsystemen nicht ableitbare emergente Eigenschaften auftreten, z.B. salutogene Effekte und ein neuer Kohärenzsinn für den Patienten (Abb. 10.2). Verstehbarkeit und Handhabbarkeit gelingen dann, wenn die ärztlichen Worte und/oder grafischen Abbildungen, die der Arzt zur Erläuterung verwendet, verständlich sind und wenn

Risiken und Optionen verschiedener Therapieoptionen offen und ehrlich erläutert werden. Bedeutsamkeit wird dann erfahren, wenn anstehende Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten diskutiert und mit seinen Werten und seiner Lebenssituation in Einklang gebracht werden (12). Die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit, die gemeinsame Suche nach einem neuen Kohärenzsinn, ist die zentrale therapeutische Intention der *Integrierten Medizin*.

Antonovsky entwickelte sein Konzept des Kohärenzsinner mit den Teilkomponenten Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit (28,29) aus Interviews mit Menschen, die Grausamkeiten und Leid in Konzentrationslagern überlebt hatten. Seine soziologische Sicht auf Menschen, die schwere Schicksalsschläge erlitten haben, kann – wie oben erörtert – in ärztlicher Sicht auch auf Patienten übertragen werden, die sich aufgrund leiblicher Symptome oder emotionaler Dysbalance Sorgen über eine mögliche gravierende Krankheit machen. Aber auch bei psychischen Auffälligkeiten und anstehender Psychotherapie kann Antonovskys Konzept in veränderten Begrifflichkeiten therapeutisch richtungweisend sein. Die verschiedenen Psychotherapieschulen fokussieren dabei auf unterschiedliche Aspekte (30-33). In salutogener Sicht ähnelt Viktor Frankls (aus Erfahrungen im Konzentrationslager entwickelte) Logotherapie der Antonovsky'schen Teilkomponente ›*meaningfulness*‹, Becks kognitive Therapie der Antonovsky'schen Teilkomponente ›*comprehensibility*‹ und die Verhaltenstherapie der Antonovsky'schen Teilkomponente ›*manageability*‹.

10.9 Ethik der Arzt-Patienten-Beziehung

Thompson (34) unterscheidet drei fundamentale ethische Prinzipien, die in Abhängigkeit von Situation und Kontext ärztliches Handeln leiten sollten. In der Situation des bewusstlosen Patienten, in der ein Sprechen seitens des Patienten und ein gemeinsames sprechendes Abwägen von Handlungsoptionen nicht möglich sind und in der der Arzt stellvertretend für den vital gefährdeten Patienten handeln muss, dominiert ein paternalistischer Aspekt. Bei der Beratung des mündigen Patienten sollte der Arzt als sachlicher Anwalt fungieren, der dem Patienten sein Expertenwissen verständlich erläutert, Behandlungsoptionen kritisch darstellt und unter Berücksichtigung der Werte des Patienten eine gemeinsame Entscheidungsfindung anstrebt. In der Situation des sterbenden Patienten, in der seitens des Arztes alles medizinisch Sinnvolle gesagt ist und sich aus dem Sprechen keine Handlungen mehr ergeben, ist nur noch das tröstende ›*Da-sein*‹ wichtig, ist Begleitung auf dem letzten Weg, ist ›*Existenz für Existenz*‹ (Jaspers) wichtig. In der ersten und letzten Situation muss die ärztliche Bedeutsamkeit für den Patienten angenommen und feinfühlig umgesetzt werden. In der Situation des bewusstlosen Patienten sind eher fachliche, in der Situation des multimorbiden oder sterbenden Pa-

tienten sind menschliche Qualifikationen erforderlich. Die Vis-a-vis-Situation der Beratung eines mündigen Patienten fordert ärztliches Bemühen um Verstehbarkeit, Handhabbarkeit unterschiedlicher Therapieoptionen und gemeinsame Entscheidungsfindung. Als Anwalt eines mündigen Patienten muss sich der Arzt über das Dilemma einer Medizin zwischen Humanität und Wissenschaft im Klaren sein, darüber, dass wir dem einzelnen kranken Menschen nur in dem Maße gerecht werden, in dem wir seine Menschlichkeit und seine Individualität ins Spiel bringen und dass wir therapeutisch in dem Grade wirksamer sind, in dem wir uns dem Biologischen zuwenden (35).

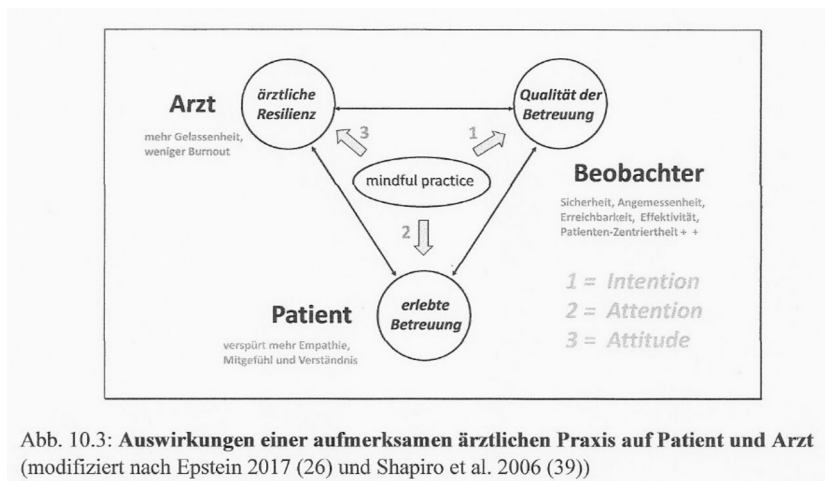
10.10 Unverfügbarkeit der Arzt-Patienten-Beziehung

Rosas Kritik moderner Gesellschaften, dass sie sich nur im Modus der Steigerung zu stabilisieren vermögen und dass sie strukturell und institutionell gezwungen sind, immer mehr Welt verfügbar zu machen (36), trifft auch auf die moderne naturwissenschaftliche Medizin zu. In den vier Dimensionen des verfügbar Machens, im sichtbar Machen, erkennbar Machen (mithilfe von Mikroskopen, Endoskopen, bildgebenden Verfahren), im erreichbar bzw. zugänglich Machen (mithilfe von konventionellen oder laparoskopischen Operationen, endoskopischen Interventionen und CT-gesteuerten Punktionen), im beherrschbar Machen, im unter-Kontrolle-Bringen (antibiotische Therapie, Operationen, endoskopische Interventionen, Implantationen u.a.m.) und im nutzbar Machen, in der Indienstnahme (Trainingsmaßnahmen z.B. nach Knieprothesen-Implantation, bedarfsweise Einnahme von PPI, Anxiolytika oder β -Blocker, Armbanduhren zur Erfassung von Extrasystolien) ist die Medizin stumm und droht aufgrund der narrativen Atrophie ›fremd‹ zu werden.

»[...] Das Wort ist Schnörkel, Beilage, jedenfalls kein genuiner Bestandteil der Therapie. Die Therapie ist averbal. Das erzeugt das Unbehagen an der modernen, der erfolgreichen Medizin« (38). Sprechen und Gesprochenes zu hören und zu verstehen, ist einzigartiges Privileg des Menschen. Nur da, wo der Arzt sich vom leidenden Patienten affizieren, ansprechen lässt, nur da, wo er antwortet und beide sich im gemeinsamen Gespräch transformieren lassen, nur da, wo das Unverfügbare akzeptiert wird, entsteht Lebendigkeit (36). Eine sprachlose Medizin ist eine inhumane Medizin (33a). Das ärztliche Gespräch ist nicht planbar und kann nicht verfügbar gemacht werden (38b). Es können allenfalls disponible und situative Voraussetzungen dafür geschaffen werden, sich berühren zu lassen. Für ein aktives Zuhören als ›Seele des Gesprächs‹ (Kapitel 6) und für eine ›*mindful practise*‹ (Kapitel 7) gibt es keinen Ersatz.

10.11 Auswirkungen einer aufmerksamen ärztlichen Praxis auf Patient und Arzt

R.D. Epstein, ein Schüler George Engels, hat das Konzept Achtsamkeit für die ärztliche Praxis und die Arzt-Patienten-Beziehung fruchtbar gemacht (25,26). Am Konstrukt *Achtsamkeit* lassen sich drei Aspekte differenzieren, die ›*intention*‹, die ›*attention*‹ und die ›*attitude*‹ (39). Wenn die ärztliche Intention ganz auf eine achtsame und aufmerksame Praxis gerichtet ist (26), wenn das ärztliche Handlungsziel (*intention*) auf gute Qualität der Betreuung gerichtet ist, wenn dabei Teilaspekte wie Patientenautonomie, Patientensicherheit und Evidenz-basierte Therapie berücksichtigt, wenn darauf geachtet wird (*attention*), mit Mitgefühl und Empathie zu reagieren, wenn – wie beim Erlernen des Spielens eines Musikinstruments – ›*intention*‹ und ›*attention*‹ in jahrelangem Üben einverleibt worden sind, dann entsteht eine ›*attitude*‹, eine Haltung, mit der alles unverkrampft abläuft, eine Haltung, die unbeabsichtigte Rückwirkungen auf Patient und Arzt hat (26) (siehe Kapitel 7). Der Patient erlebt zum einen die Berücksichtigung von Patientenautonomie, das Ernstnehmen der Evidenz-basierten Medizin (EBM), er erlebt, dass der Arzt nicht oberflächlich über seine Sorgen hinweghuscht, sondern ihn ernst nimmt, er erlebt eine Qualität der Betreuung, die ihm guttut. Der Patient erlebt zum anderen das Eingehen auf seine Befürchtungen, das ärztliche Bemühen um Verständlichkeit, die Sorgfalt bei der Risikoaufklärung, das Mitgefühl und die Menschlichkeit, er fühlt sich aufgehoben, die vom Patienten erlebte und ›gefühlte‹ Qualität der Betreuung ist hoch.



›Intention‹ und ›attention‹ haben als einverlebte ›attitude‹ auch Rückwirkungen auf den Arzt. Die Rückspiegelung von ›intention‹ und ›attention‹ seitens des Patienten lassen die ärztlicherseits anfangs oft nicht sonderlich geschätzte Bedeutsamkeit für den Patienten wachsen, machen den Arzt sicherer in unsicheren Situationen und im Umgang mit scheinbar schwierigen Patienten, steigern sein Wohlbefinden und machen ihn weniger anfällig gegen Stress. Die Gefahr, einen Burnout zu erleiden, nimmt ab. Der Arzt achtet stärker darauf, dass sein Leben mit seinen Werten in Einklang steht, dass er nur ein guter Arzt sein kann, wenn er das eigene ›well-being‹ nicht vernachlässigt, weil dies die Voraussetzung für eine achtsame Praxis ist. Abb. 10.3 fasst die Rückwirkungen einer Kultur der Achtsamkeit und Aufmerksamkeit auf Patient und Arzt zusammen. Die achtsamkeitsorientierte Sicht von Epstein (25,26) und Shapiro et al. (39) hat Ähnlichkeit mit der soziologischen Sicht von Rosa zur Unverfügbarkeit (36) und ihren Voraussetzungen, sich affizieren und ansprechen zu lassen, Antwort zu geben und transformiert zu werden. Beide Sichten sind Beispiele dafür, wie mithilfe systemischer Prinzipien eine salutogene Perspektive aufseiten des Arztes und des Patienten stets neu reflektiert und erworben werden muss (40) und wie verändertes Behandlungskonzept und Selbstreflexivität es dem Arzt ermöglichen, sich ›aufgehoben in der Medizin zu erleben‹ und dieses Bild auch an Patienten vermitteln zu können (41).

Literatur

- 1 Jaspers K. Die Idee des Arztes. In: Jaspers K. Der Arzt im technischen Zeitalter. Technik und Medizin, Arzt und Patient, Kritik der Psychotherapie. Serie Piper SP 441, München/Zürich: R. Piper Verlag; 1986: 7-18.
- 2 Gadamer HG. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. 4. Aufl, 1996: 132.
- 3 Engelhardt K. Patienten-zentrierte Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1978: 65.
- 4 Köhle K. ›Integrierte Medizin‹. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hg.) Uexküll Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis. München: Elsevier; 8. Auflage, 2017: 3-22.
- 5 von Uexküll Th, Wesiak W. Theorie der Humanmedizin. München/Wien/Baltimore: Verlag Urban & Schwarzenberg; 3. Aufl. 1998.
- 6 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). Uexküll Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., München: Urban & Fischer; 2003: 3-42.
- 7 Simon FB. Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 1995.

- 8 Bökman MBF. Systemtheoretische Grundlagen der Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag; 2000. a) Kapitel 1: Die Theorie des Beobachtens. S. 1-21; b) Kapitel 2: Allgemeine Theorie selbstreferentieller Systeme. S. 23-37.
- 9 Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press; 1980.
- 10 Geigges W. Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002: 23-33.
- 11 Brown JB, Stewart M, Weston WW, Freeman TR. Introduction. In: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.) Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method. 2nd edition 2003, reprint 2006. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.; 2006: 3-15.
- 12 Edwards A, Elwyn G. Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient Choice. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2009.
- 13 Payk TR. Psychopathologie – Vom Symptom zur Diagnose. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag; 2010: 20.
- 14 Nagel T. Der Blick von nirgendwo. Berlin: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 2035; 2012.
- 15 Engel GL. From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. Psychosomatics 1997; 38(6): 521-528.
- 16 Leiß O. Der Arzt als Hersteller von Kontext. In: L. Albers, O. Leiß (Hg.). Körper – Sprache – Weltbild. Integration biologischer und kultureller Interpretationen in der Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2002: 141-153.
- 17 Finegan E. Language. Its structure and use. 3rd edition. New York: Harcourt Brace College Publishers; 1999.
- 18 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-136.
- 19 Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiat 1980; 137: 535-544.
- 20 Leiß O. Vortrag auf der Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin 19.10.18. Unveröffentlichtes Manuskript (siehe Kapitel 1, vorliegendes Buch).
- 21 Greenhalgh T, Hurwitz B (Hg.). Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Bern: Verlag Hans Huber, 2000.
- 22 Geertz C. Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft 696; 1987.
- 23 Rosa H. Resonanz – eine Soziologie der Weltbeziehungen. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016.

- 24 Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 1041-1051.
- 25 Epstein R. *Mindful practice*. JAMA 1999; 282: 833-839.
- 26 Epstein R. *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. New York: Scibner; 2017, paperback edition 2018.
- 27 May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. *BMJ* 2009; 339: 485-487.
- 28 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
- 29 Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft; 1998.
- 30 Kriz J. *Subjekt und Lebenswelt. Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2017.
- 31 Detel W. *Eine schulübergreifende Systematik moderner Psychoanalyse: Seelenmodell, Hermeneutik, Therapie (Bibliothek der Psychoanalyse)*. Psychosozial-Verlag, 2018.
- 32 Wendisch M. *Wirkungsverständnis von Psychotherapie*. In: Wendisch M. (Hg.). *Kritische Psychotherapie*. Göttingen/Bern: Hogrefe-Verlag; 2020, im Druck.
- 33 Grabe M. *Wie funktioniert Psychotherapie. Ein Buch aus der Praxis für alle, die es wissen wollen*. Stuttgart: Schattauer. 2018.
- 34 Thompson I. Fundamental ethical principles in health care. *Brit Med J* 1987; 295: 1461-1465.
- 35 Rössler D. *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*. München: R. Piper & Co., Serie Piper 157; 1977: 23.
- 36 Rosa H. *Unverfügbarkeit*. Wien/Salzburg: Residenz Verlag; 2018.
- 37 Lüth P. *Tagebuch eines Landarztes*. Stuttgart: DVA; 1983 (zitiert nach: Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987: 12).
- 38 Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. Frankfurt: Pharma-Verlag; 1987. a) S. 19; b) S. 17.
- 39 Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62(3): 373-386.
- 40 Spiro H, Maccree Curnen MG, Peschel E, St. James D (eds.). *Empathy and the Practice of Medicine – Beyond Pills and the Scalpel*. New Haven and London: Yale University Press; 1993.
- 41 Flattern G. (1998). Salutogenetische Auswirkungen der Integration systemischen Denkens auf die Berufszufriedenheit. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hg.). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft 1998: 277-284.

Teil VI: Von der Theorie zur Praxis Integrierter Medizin

11 Von der Theorie zur Praxis – Wie bekommt man Integrierte Medizin im ärztlichen Alltag ›gebacken‹?

»die Praxis von der Theorie her und die Theorie von der Praxis her durchsichtig machen«

»...dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss.«

Thure von Uexküll (1a, 2)

Was heißt das, dass die Theorie die Form der Praxis bestimmt und die Praxis ihre Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss? Wer von Theorien zur Medizin oder gar von einer Theorie der Medizin (3,4) spricht, hat sich zur Praxis des Arztseins und gegenüber ärztlichen Erfahrungen als Ergebnis dieser Praxis bereits in die Position des ›theoros‹, des griechischen Worts für Zuschauer, zurückgezogen. Auf die Herkunft des griechischen Wortpaares *praxis* und *theoria* bezogen, hat der an Medizintheorie interessierte Zuhörer oder Leser bereits auf den Zuschauerrängen Platz genommen, um im Stadion die ärztlichen Praktiker am Werke zu sehen. Die Beobachter- oder Theoretikerrolle hat Vorteile: »Wo die Athleten im Stadion schwitzend nicht nur siegen, sondern auch unterliegen, gilt der Theoretiker als der feinere, dem Risiko des Verlierens entobene Beobachter, Kommentator, Kritiker und Schiedsrichter« (5). So wie es keine Zuschauer ohne ein Geschehen gibt, so gibt es keine Medizintheorie ohne ärztliche Praxis.

Es soll daher beim Geschehen, bei der ärztlichen Praxis angefangen und gefragt werden, welche ärztlichen Erfahrungen, welche merkwürdigen Konglomerate aus Erlebnissen und Widerfahrnissen, mich dazu gebracht haben, neben oder hinter mir zu stehen, mir selbst bei der eigenen Praxis zuzuschauen, eine ›*exzentrische Position*‹ (6,7) einzunehmen und von dieser Position auf meine ›*zentrische Position*‹,

mein Involviertsein im Handeln und mein Betroffensein bei Widerfahrnissen zu reflektieren. So wie ein Kleinkind mit ›*trial and error*‹ und viel Übung allmählich laufen und die sensomotorischen Bahnungen sich einverleiben lernt, und so wie es ein paar Jahre Schule braucht, um nachdenken zu lernen und einen kleinen Aufsatz schreiben zu können, so ist das auch in der Medizin: erst wenn man einige Jahre in die Schule der ärztlichen Praxis gegangen ist, lernt man, von der leiblich-zentrischen Position des Handelns in die reflektierend-exzentrische Position des sich selbst Beobachtens (und zurück) zu wechseln (8). Anders formuliert: »Alle Erfahrung ... ist primär Erkenntnis durch Leibengagement, alle Theoriebildung ist primär Erkenntnis durch Reflexion« (9).

11.1 Die Sprache der Theorie

Wie bereits in Kapitel 3 zitiert, schreibt Thure von Uexküll 1994 (2): »Integrierte Psychosomatische Medizin erhebt den Anspruch, den heutigen Dualismus einer Medizin für seelenlose Körper und einer Medizin für körperlose Seelen zu überwinden. Sie will eine medizinische Betreuung kranker Menschen verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt. »...dass die ›Integration‹ kein Zustand, sondern ein Prozess ist,« und »Eines aber sehen wir heute deutlicher als vor ... Jahren: Die Bedeutung der Tatsache, dass in der Medizin Praxis und Theorie eine Einheit sind, in der Theorie die Form der Praxis bestimmt und Praxis ›ihre‹ Theorie kritisch reflektieren und, wenn notwendig, verändern muss« (2). In der ›Integrierten Medizin‹ von 2002 heißt es: »Der Begriff eines ›Lebenden Ganzen‹ als ›psychophysische Einheit‹ ist für ein Modell der Integrierten Medizin von zentraler Bedeutung« (1b). »...setzen die Vorstellung von Ganzheiten voraus, die sich ...durch ›inneres Wachstum‹ und nicht durch ›äußere Zutaten‹ entwickeln« (1b). »Das biosemiotische Modell der nicht trivialen Maschine beschreibt die Umwelten der Lebewesen und die individuelle Wirklichkeit des Menschen als geschlossene Systeme (= Körper-Sein des Menschen). [...] Die Modelle der Anatomie, Physiologie und Biochemie sind Modelle der trivialen Maschine, sie beschreiben Wirklichkeiten als offene Systeme« (= Körper-Haben des Menschen). »Wenn wir sie unter den Gesichtspunkten der Zeichentheorie und Systemtheorie verstehen, beginnen sich die Umriss einer Integrierten Medizin anzudeuten, welche die beiden Modelle in einem Meta-Modell vereinigt« (1c). Wenn man dies zum ersten Male liest, klingt das alles sehr abstrakt und von der ärztlichen Praxis weit entfernt.

11.2 Zielgerichtetes menschliches Handeln – die Kulturleistung methodischer Ordnung

In Kapitel 1 des vorliegenden Buchs wurde versucht, die Theorie der *Integrierten Medizin* (3,4) mit eigenen Worten zusammenzufassen. Von der Zuschauerebene theoretischer Überlegungen zurück in die Arena praktischen ärztlichen Handelns soll nachfolgend erläutert werden, wie reflektierend erkannte Handlungsziele methodisch in sinnvoll aufeinander folgende Teilschritte gegliedert und in tägliche Praxis umgesetzt werden können. Für zielgerichtetes menschliches Handeln gilt – dem Marburger Philosophen Peter Janisch zufolge (10,11) – die Kulturleistung methodischer Ordnung, will sagen, dass man eine bestimmte Reihenfolge bei Teilschritten einer komplexen Handlung einhalten muss, um zum Ziel zu kommen. Wie kurz in Kapitel 7, Absatz 7.2, angeführt, lernt man schon als Kleinkind mit dem Lied ›Backe, backe Kuchen‹, dass man sieben Sachen benötigt, um einen Kuchen zu backen: »Eier und Schmalz, Butter und Salz, Milch und Mehl, Safran macht den Kuchen gel« (12). Mit den sieben Sachen allein kann man aber noch keinen Kuchen backen, die sieben Sachen sind – philosophisch gesprochen – nur die Voraussetzungen der Möglichkeit zum Backen eines Kuchens. Man braucht auch ein Rezept, man muss – wie die Philosophie des methodischen Konstruktivismus (Kulturalismus) lehrt (10,11) – das Prinzip der methodischen Ordnung berücksichtigen und eine sinnvolle Anordnung von Teilschritten einhalten, damit das Ganze Erfolg hat. Und bevor man die Kulturleistung der sinnvollen Anordnung von Teilschritten nicht wieder und wieder praktisch eingeübt hat (erst den Teig anrühren, dann die Zutaten hinzufügen, dann den Teig gehen lassen, danach den Teig in die Kuchenform bringen, dann die Kuchenform mit dem Teig in den Backofen schieben und erst nach dem Abkühlen und Herausnehmen aus der Kuchenform den Schokoladenguss auftragen), klappt das mit Backen eines leckeren Kuchens nicht.

Der Exkurs über das Kuchenbacken hilft bei der Frage, wie bekomme ich *Integrierte Medizin* in der ärztlichen Praxis ›gebacken‹. Was sind meine sieben Sachen zum Backen, was sind die Voraussetzungen der Möglichkeit, das reflektierte Modell der *Integrierten Medizin* in der ärztlichen Praxis umzusetzen? Welche Reihenfolge der Teilschritte muss ich einhalten, damit das klappt? Gibt es ein Rezept, einen Plan? Meine ›sieben Sachen‹, und mein Rezept zur Reihenfolge der Teilschritte habe ich auf acht ›Ps‹ heruntergebrochen (siehe Abb. 11.1).

Nach R. Gross ist »...die erste Frage, die sich der Arzt stellen muss, die, wem er nützt: Dem Kranken, dem Kostenträger, der Gesellschaft [Heute muss man hinzufügen: den Gesellschaftern börsennotierter Konzerne (Einfügung O.Leiß)], oder gar sich selbst« (13).

- **1. P** und zentraler Fokus ist also der Patient – den Patient respektieren und ernst nehmen oder – wie es Thure von Uexküll formuliert hat – »Die Medizin

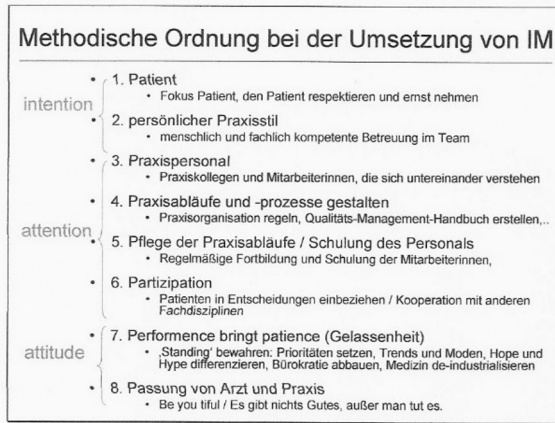


Abb. 11.1: **Die Kulturleistung methodischer Ordnung** bei der Umsetzung theoretischer Konzepte der Integrierten Medizin in den gastroenterologischen Praxisalltag (Diskussion im Text).

muss vom Menschen als Subjekt (und nicht von molekularbiologischen Teilen) ausgehen. Der Mensch lässt sich nicht nachträglich in die Heilkunde einführen.« (14).

- **2. P** ist die persönliche Praxisphilosophie. Für mich heißt das aufmerksame, achtsame ärztliche Praxis (3,4,15,16) (siehe Kapitel 7), sorgfältig zuhören (siehe Kapitel 6), ganzheitliche Wahrnehmung, Nuancen und Details beachten, gemeinsame Entscheidungsfindungen anstreben (17,18).
- **3. P** sind die Personen. Mit wem will ich wie arbeiten? Bin ich Einzelkämpfer, arbeite ich lieber im Team? Wie gestalten wir Praxiskollegen und -kolleginnen die Teamarbeit untereinander und mit den Mitarbeiterinnen (19-25)? Haben wir Teambesprechungen mit offener, ›herrschaftsfreier Kommunikation‹ und zeitnahe Feedback? Herrscht gegenseitiges Vertrauen und eine Kultur psychologischer Sicherheit (23-25)?
- **4. P** ist die Praxisorganisation und beinhaltet, Praxisabläufe und -prozesse zu klären und schriftlich festzulegen. Die Vorgehensweisen bei Erstkontakt und Anmeldung eines Patienten sind ebenso zu regeln wie die hygienische Aufbereitung der Endoskope und vieles andere mehr. Letztlich läuft das Regeln der praxisinternen Abläufe auf das Schreiben eines Qualitätsmanagement-Handbuchs für die Praxis hinaus (26).
- Das **5. P** klingt schon an, es ist ein altmodisches Wort: Pflegen, Pflegen und nochmals Pflegen: das bedeutet pfleglichen Umgang mit Patienten, Mitarbei-

terinnen und Kollegen, Pflege der eigenen Praxisphilosophie und des eigenen Stils, Pflege des Praxisumfelds und der Praxisabläufe.

- Das **6. P** steht für Partizipation, was sowohl die Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (17,18) als auch die Teilhabe des beschränkten eigenen Wissens an speziellem Wissen von Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen (22) meint.
- Das **7. P** ist für mich die aus dem eingeübten und praktizierten Praxisstil, neu-deutsch der ›performance‹, resultierende ›patience‹. ›Patience‹ im Sinne von Gelassenheit, Resilienz gegen Trends und Moden der Medizin (27), ›patience‹ im Sinne von Mut, Prioritäten zu setzen und Stellung zu beziehen, ›hope‹ und ›hype‹ zu differenzieren, ›standing‹ zu leben, im Abbau von Bürokratie und der Rehumanisierung einer zunehmend industrialisierten Medizin (28).
- Das **8. P** ist Passung, Passung im handwerklichen Sinne von »sitzt, passt, hat Luft« der zuvor genannten sieben Ps, Passung von Organismus und Umwelt, Passung von Arzt und Praxis, Passung als gelebte Einheit von Theorie und Praxis. Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.

11.3 Gelebte Praxisphilosophie

Meine acht Ps sollen nachfolgend an ein paar Beispielen aus der Praxis verdeutlicht werden.

11.3.1 Fokus Patient

Eine 62-jährigen Patientin mit bekannter primär biliärer Zirrhose bzw. primär biliärer Cholangitis (PBC), wie man die Krankheit heute nennt, stellte sich zum ersten Mal vor. Nach mehrjähriger Betreuung in der Leberambulanz der Universitätsklinik war sie unzufrieden damit, dass sie bei den jährlichen Kontrollen jedes Mal einen anderen jungen Assistenzarzt vor sich hatte, der sich erst in den Krankenunterlagen schlau machen musste, was Sache ist. Aktuell seien die Leberwerte bei der hausärztlichen Kontrolle und der kürzlichen Kontrolle in der Uniklinik trotz regelmäßiger Einnahme von Ursodeoxycholsäure (UDCA) angestiegen, man habe ihr zu einer laparoskopischen Leberbiopsie geraten. Meine Frage, ob sie in letzter Zeit vermehrt Juckreiz verspüre, verneinte sie, ebenso die Frage, ob sie neue Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen habe. Sie berichtete, dass eigentlich alles wie immer sei, lediglich kleine körperliche Anstrengungen würden sie stärker ermüden als noch vor einem halben Jahr. Bei der körperlichen Untersuchung fielen Teleangiektasien im Gesicht auf, die Haut war trocken, wies aber keine Kratzspuren auf. Es fanden sich minimale Unterschenkelödeme. Sonographisch war die Leberoberfläche glatt, kein Anhalt für zirrhotischen Umbau. Ich

veranlasste Laborkontrollen, vereinbarte mit der Patientin wegen der über einstündigen Anreise einen telefonischen Besprechungstermin und bat die Helferin, die Befunde der Uniklinik anzufordern. Respekt vor der Patientin, achtsames Zuhören, Heraushören, dass sie sich über die Unterstellung, sie habe ihre Medikamente nicht regelmäßig eingenommen, geärgert hatte und sorgfältige Untersuchung legten die Basis für eine langjährige vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Die anamnestische Angabe eines fehlenden Juckreizes und der körperliche Befund fehlender Kratzspuren waren für mich Hinweise, dass die Erhöhung der alkalischen Phosphatase (AP) nicht auf einen Aktivitätsanstieg der PBC zurückzuführen war, und dass eine andere Ursache dahinter stehen musste. Die Patientin hatte eine latente Schilddrüsenunterfunktion auf dem Boden einer häufig mit einer PBC assoziierten Hashimoto-Thyreoiditis entwickelt. Nach einschleichender Dosierung von L-Thyroxin und hausärztlicher Kontrolle der Leberparameter wurde die L-Thyroxindosis erhöht. Bei der gastroenterologischen Kontrolle acht Wochen später sah ich eine quicklebendige Patientin, die sich bedankte, dass ich ihr geglaubt hatte, dass sie ihre Tabletten regelmäßig genommen hatte, und dass ich ihr eine Leberbiopsie erspart hatte. Die Leberwerte hatten sich unter der zusätzlichen Schilddrüsenhormongabe völlig normalisiert.

11.3.2 Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Nach *Patient first* und dem achtsamen Praxisstil ein Beispiel für mein 3. P, die Personen, mit denen ich in der Praxis zusammenarbeite. Ich habe im Praxisplan donnerstags den ganzen Vormittag Koloskopien. Meine Endoskopieassistentin hatte mir am Morgen mitgeteilt, dass heute ihr Vater zur Vorsorgekoloskopie komme, sie habe ihm zuhause den Aufklärungsbogen erläutert, er habe danach erklärt, dass er kein zusätzliches offizielles Aufklärungsgespräch beim Arzt benötige, er vertraue der Tochter, dass sie schon wissen würde, welcher der sechs Ärzte der Praxis für ihn der richtige sei. Ich hatte im kleinen Befundungsraum neben dem Koloskopieraum meinen Befundbericht des zuvor untersuchten Patienten beendet, als aus der Umkleidekabine ein 60-jähriger Mann in den Koloskopieraum trat. Ich stellte mich vor, bat ihn, sich auf die Untersuchungsliege zu setzen, und fragte ihn, ob er die Vorbereitungslösung komplett getrunken habe, ob noch feste Stuhlreste beim letzten Stuhl dabei gewesen seien, ob er die Untersuchung kenne und früher schon einmal mitgemacht habe, wie aufgeregt er sei und ob er eine Beruhigungsspritze bei der Untersuchung wünsche. Ich checkte den mitgebrachten und unterschriebenen Aufklärungsbogen und fragte, ob er noch weitere Fragen habe. In diesem Moment kam meine assistierende Mitarbeiterin in den Untersuchungsraum, ich sah die Ähnlichkeit der Tochter mit dem Vater und sagte spontan: Mit der Besprechung zwischen Arzt und Patient bezüglich Vorbereitung der Untersuchung seien wir ja soweit durch, ich würde aber gerne noch etwas als Vater einer

25-jährigen Tochter zum Vater einer 25-jährigen Tochter sagen: Ich würde ja Hannah seit Beginn ihrer Ausbildung in der Praxis kennen und hätte erlebt, wie sie sich in den letzten sieben Jahren von einer schüchternen jungen Frau zu einer kompetenten, ruhigen und immer freundlichen Arzthelferin und Endoskopieassistentin entwickelt habe – das sei schon toll, da könne er als Vater richtig stolz auf seine Tochter sein. Es sei für einen Arzt sehr beruhigend, eine kompetente Mitarbeiterin zu haben, die den Monitor mit Blutdruck- und Sauerstoffsättigung im Auge habe, die, bevor ich was sage, schon eine Spritze mit Spüllösung oder eine Biopsiezange reicht, die den Patienten nach der Untersuchung in den Aufwachraum bringt, und ... und ... und. Der Eintritt der assistierenden Mitarbeiterin in den Untersuchungsraum, die nicht zu übersehende Ähnlichkeit zwischen Vater und Tochter hatte die Situation schlagartig verändert, das Arzt-Patienten-Gespräch kippte von der professionellen Endoskopiker-Sicht als Beobachter der Hohlräume des Patienten (*the holes of the patient*) zur ärztlichen Sicht des ganzen Patienten (*the whole patient*), zu einem persönlichen Gespräch zwischen Teilnehmern einer ähnlichen Lebenssituation, zwischen Vater und Vater über die Sorgen und Freuden, dass aus den Kindern etwas werde bzw. geworden ist.

11.3.3 Das organisatorische Miteinander

Den Praxiskontext gestalten auf der menschlichen Ebene mit Mitarbeiterinnen und Kolleginnen/Kollegen ist das eine, das andere betrifft den organisatorischen Kontext, das administrative Umfeld (P4 und P5). Wieder und immer wieder gilt es, den Mitarbeiterinnen verständlich zu machen, wie sehr es die Arbeit erleichtert, wenn der überweisende Hausarzt (mit Telefon- und Fax-Nummer) und die Telefonnummer des Patienten in der elektronischen Krankenakte vermerkt sind, damit ich auch am Mittwochnachmittag, wenn die Helferinnen der Anmeldung schon Feierabend haben, die letzte Koloskopie wegen zahlreicher Polyp-Abtragungen aber länger gedauert hat, den Befundbericht nicht nur dem Patienten mitgeben, sondern noch selbst per Fax an den Hausarzt senden kann, damit dieser – bei eventueller Nachblutung – informiert ist, was beim Patienten gemacht wurde.

Für einen Vortrag zum Thema »Grenzen der Polypektomie in der niedergelassenen Praxis« hatte ich mich belesen, ein paar Endoskopie-Aufnahmen herausgesucht und Powerpointfolien gestaltet (29). Beim Ausarbeiten wurde mir klar, dass das Thema auch auf der praxisinternen Fortbildung der Endoskopieschwestern besprochen werden muss und dass die englischsprachige Abbildung zum Schweizer-Käse-Modell der Entstehung von Fehlern, Komplikationen und unerwünschten Ereignissen (30) ins Deutsche übersetzt auch ins selbstgestrickte Praxishandbuch zum Qualitätsmanagement gehört (siehe Abb. 11.2.).

Gemeinsam sind wir dann die Verkettung kleiner Fehler, die zum unerwünschten Ereignis führen können, durchgegangen: das technische Equipment muss in

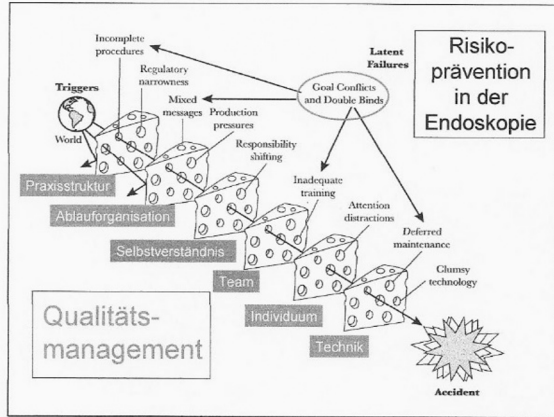


Abb. 11.2: Schweizer-Käse-Modell der Entstehung von unerwünschten Komplikationen und mögliche Prävention durch qualitätsgesicherte Abläufe und Teamwork (modifizierte Abb. aus (30)).

Ordnung sein, die Abläufe müssen jedem Beteiligten klar sein, die Zuständigkeiten geregelt sein, jeder muss im Kopf konzentriert bei der Sache sein und im Team ein Auge auf das Ganze haben. Das Team ist die letzte Barriere, wenn da keine »Schweizer-Käse-Löcher« drin sind, dann hat der potenziell verhängnisvolle Ereignisstrahl keine Chance durchzukommen, dann kann das unerwünschte Ereignis noch aufgehalten werden (30). Bei Teambesprechungen muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass in der Akte vermerkt ist, ob z.B. die 77-jährige alleinstehende Patientin telefonisch erreichbar ist oder nicht. Bei fehlender telefonischer Erreichbarkeit muss der Arzt im Aufklärungsgespräch zur Koloskopie mit der Patientin darüber reden, ob sie die Nacht nach der Koloskopie bei ihrer Tochter verbringen kann, da er andernfalls einen vermuteten Polypen nicht ambulant abtragen wird, weil sie bei einer eventuellen Nachblutung bei fehlendem Telefon keinen Notarzt anrufen kann. Nur bei wiederholten Hinweisen darauf kapiert auch die jüngste Mitarbeiterin, dass mein Insistieren auf der Telefonnummer und der roten Flagge der Einnahme von Marcumar oder oraler Antikoagulantien auf der elektronischen Krankenakte wichtig sind. Genauso wichtig ist bei den Teambesprechungen mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen mein Insistieren auf eine vernünftige EDV-Dokumentation der Polypektomie und Rolands Insistieren auf eine Kurz-Info in der elektronischen Krankenakte mit den wichtigsten Daten zu Diagnose, OPs, früherer und aktueller Therapie, weil dies die Arbeit des vertretenden Kollegen erheblich erleichtert. Und sanft, aber konsequent muss immer

wieder angemahnt werden: Wir schaffen nicht gegeneinander, sondern miteinander!

11.3.4 Fortbildung und kollegiale Zusammenarbeit

Im nächsten Beispiel geht es um P1, P2, P4, P5 und P6. Eine 45-jährige Patientin, Sekretärin in einer mittelständigen Firma ca. 100 km entfernt, die ich in der Klinik nach ihrer Ileozökal-Resektion bei M. Crohn betreut hatte und damals auf eine immunsuppressive Therapie mit Azathioprin eingestellt hatte, berichtete bei einer Kontrolle in der Praxis, dass sie vermehrt Bauchschmerzen, Krämpfe und explosionsartige Durchfälle habe. Der Stuhl drang sei so imperativ, dass sie es kaum bis zur Toilette schaffe, kürzlich sei auch mal was in die Hose gegangen. Bei solchen explosionsartigen Durchfällen habe sie meist Herzrasen, zweimal sei sie auf der Toilette kollabiert. Der Hausarzt habe ihr zusätzlich zur immunsuppressiven Therapie bei Verdacht auf einen akuten Schub des M. Crohn Cortison verschrieben, das habe aber keine Besserung gebracht. Sie habe zurzeit viel Stress in der Firma wegen firmeninterner Umstellungen, sie mache viele Überstunden, nehme sich vorgekochtes Essen zur Arbeitsstelle mit, und sei abends fix und fertig. Zum Glück habe ihr Mann volles Verständnis für ihren aktuellen Stress in der Firma. Ihm seien jedoch vermehrt »nervöse« Flecken am Hals aufgefallen. Keine Gewichtsabnahme, kein Fieber, kein Blut im Stuhl. Keine Einnahme freiverkäuflicher Medikamente, keine Einnahme von Schmerzmitteln, kein Zusammenhang der Beschwerden mit der Art der Ernährung.

Bei der Untersuchung fand sich ein leichter Druckschmerz im Bereich der Narbe nach IC-Resektion, Blutdruck 130/80 mm Hg, Puls 72/min, keine Extrasystolen. Da ich die Patientin schon länger kannte, fragte ich noch, was sie denn Leckeres vorkoche und zur Arbeit mitnehme. Sie sprach von Nudel-Thunfisch-Salat, Tomaten, Käsebröten und davon, dass in der Schublade am Arbeitsplatz immer reichlich Schokolade vorhanden sei. Ich veranlasste Laboruntersuchungen und bat sie, beim Hausarzt eine Stuhlprobe zur Bestimmung von Calprotectin im Stuhl vorbeizubringen, je nach Ergebnis der Untersuchungen sei ggf. eine koloskopische Kontrolle nötig. Nach Vorliegen der Laborbefunde konnte ich das weitere telefonisch mit dem 100 km entfernt wohnendem Hausarzt und der Patientin besprechen. Der Fall ist ein Beispiel für eine Kombination aus achtsamer Praxis, kontinuierlicher ärztlicher Fortbildung (P2) und kollegialer Zusammenarbeit mit dem Hausarzt (P6). Bei der Anamnese der gewissenhaften und zuverlässigen Patientin waren mir drei Dinge aufgefallen, zum einen, dass sie beim Durchfall zweimal auf der Toilette kollabiert war und eine Tachykardie hatte, zum anderen, dass ihr Mann bei ihr rote Flecken am Hals beobachtet hatte, und drittens, dass sie wegen der vermehrten Überstunden ihre Ernährung geändert hatte. Kollaps auf der Toilette, rote Flecken am Hals, Thunfisch, Tomaten, Käse und Schokolade hatten

mich veranlasst, die Diaminoxidase, ein Histamin-abbauendes Enzym im Serum bestimmen zu lassen, was den Verdacht auf eine Histaminintoleranz bestätigte (31). Im Telefongespräch mit der Patientin habe ich ihr die Bauchschmerzen und Durchfall triggernde Histaminintoleranz und die diätetischen Maßnahmen erläutert und unsere Patienten-Info zuzufaxen lassen. Der anamnestisch angegebene weitere Punkt, dass der Hausarzt pragmatisch ›ex juvantibus‹ jedes Mal eine Therapie mit Cortison durchzuführen pflegte, gefiel mir nicht. Die veranlasste Calprotectin-Bestimmung im Stuhl war an der oberen Normgrenze gewesen. Ich erläuterte dem Hausarzt im Telefonat, dass der Entzündungsmarker im Stuhl bei einem Schub erhöht sei, und dass ich bei nahezu normalem Calprotectin-Wert nicht zusätzlich zur immunsuppressiven Azathioprin-Therapie 40 mg Cortison geben würde. Mit Aufklärung von Patientin und Hausarzt hatte ich das salutogene Feld beackert, bei der Patientin Verständnis und Handhabbarkeit im Umgang mit fälschlich der Krankheit zugeordneten Symptomen gefördert und beim Hausarzt klammheimlich eine Fortbildung und mit künftiger Verhinderung einer nicht indizierten Nebenwirkungsträchtigen ›ex-juvantibus-Therapie‹ erreicht.

11.3.5 Der Einfluss von Lebenswelt und Umfeld des Patienten

Die nächste Patientengeschichte ist ein anderes Beispiel dafür, wie hochkomplexe Therapien immer auch in eine lebensweltliche Praxis eingewebt sind und wie z.B. der langfristige Erfolg einer Lebertransplantation von Kleinigkeiten im Umfeld abhängt. Die knapp 18-jährige Patientin, die nach einer Lebertransplantation wegen Gallengangsatresie im Kindesalter operiert und bisher vom Kinderarzt in Zusammenarbeit mit der Leberambulanz der Uniklinik betreut worden war, stellte sich nach der Entlassung aus der Uniklinik erstmals in unserer gastroenterologischen Praxis vor. Wegen einer beginnenden Abstoßungsreaktion war sie stationär aufgenommen worden, durch eine Erhöhung der immunsuppressiven Therapie mit Tacrolimus und Mofetilmycofenat hatte man die Abstoßungsreaktion abfangen können (32) und die Patientin zur Weiterbetreuung an unsere Praxis verwiesen. Die Mutter der Patientin war in der Sprechstunde dabei, überreichte mir den Brief der Uniklinik und war sehr aufgeregt darüber, dass und wie das Beinahe-Unglück passieren konnte. Sie habe jahrelang genau darauf geachtet, dass ihre Tochter morgens, mittags und abends ihre Medikamente einnehme und regelmäßig zu den Laborkontrollen und Kontrollen der Blutspiegel der immunsuppressiven Therapie gegangen sei. Aber jetzt wolle ihre Tochter nicht mehr ›bemuttert‹ werden, sie habe einen Freund und habe einige Male nach dem abendlichen Ausgehen die Einnahme der Abendmedikation vergessen. Ich habe der Mutter erläutert, dass sie sich keine Vorwürfe machen müsse, im Gegenteil, die Tochter sei ja nur so groß und halb erwachsen geworden, weil sie jahrelang gewissenhaft die Einnahme der immunsuppressiven Therapie überwacht habe, aber jetzt sei die Tochter groß genug,

um die Verantwortung für ihr Leben und ihr Wohlbefinden langsam selbst in die Hand zu nehmen. Sie müsse das bald lernen, weil sonst spätestens im Studium in einer anderen Stadt größere, ja lebensbedrohliche Probleme auftreten könnten. Mein Job sei jetzt, ihnen beiden beim Übergang von dem, was die Tochter genervt – und vielleicht ein bisschen unfair – als ›Bemutterung‹ bezeichnet hat, hin zum Erwachsenwerden, zu größerer Eigenverantwortung zu helfen. Gemeinsam haben wir besprochen, dass die Mutter noch bis zum Abitur morgens und mittags die Tabletten vorbereite, die Tochter aber abends ab sofort selber verantwortlich sei, die Tabletteneinnahme nicht zu vergessen, dass dazu ein kleiner Vorrat an Medikamenten in der Handtasche und beim Freund deponiert werden müssten, dass sie zum anstehenden Geburtstag eine Armbanduhr mit Erinnerungswecker geschenkt bekomme, und dass der Freund ihr fürs Handy eine abendliche Erinnerungs-App einrichten solle. Ich habe, um sicher zu gehen, dass das klappt, anfangs engmaschigere Kontrollen des Tacrolimus-Spiegels veranlasst. Die Werte lagen jeweils im gewünschten Bereich, nach einem halben Jahr wurde die Dosierung der Immunsuppressiva vom Kollegen der Transplantationsambulanz wieder reduziert, nach bestandenem Abitur haben wir besprochen, dass es sinnvoll sei, in einer Stadt zu studieren, in der an der Universitätsklinik auch eine Lebertransplantation durchgeführt werde und wo sie zukünftig weiter betreut werden könne.

11.3.6 Gelassenheit gegenüber ›hypes‹

Ein Beispiel für das, was ich mit dem 7. P – *Patience*, Gelassenheit, bezeichne, ist ein ›standing‹ im Umgang mit Moden und ›hypes‹ in der Medizin. Konkretes Beispiel: aktueller Glutenhype. Ein 23-jähriger Student, stellte sich in der Praxis vor, weil er wissen wolle, ob er auf einer fünftägige Auslandsreise seine glutenfreien Nahrungsmittel mitnehmen müsse oder nicht. Er habe bei sich selber vor sieben Monaten eine Weizenunverträglichkeit festgestellt, habe sich im Internet schlau gemacht und halte seitdem eine glutenfreie Ernährung ein. Seine Blähungen und wechselnden, z.T. durchfälligen Stühle seien hierunter gebessert, er fühle sich auch wieder leistungsfähiger, die ›Mattscheibe‹, die ihm monatelang zu schaffen gemacht habe, sei weg. Er wollte wissen, wie streng er die glutenfreie Ernährung praktizieren müsse oder ob vielleicht doch eine Zöliakie vorliege. Das Gewicht habe sich vor und unter der glutenfreien Ernährung nicht geändert und liege seit Jahren konstant bei 73-74 kg. Aktuell habe er keine Bauchkrämpfe mehr, Blähungen würden nur nach Bohnen und Linsen auftreten, Stuhlgang habe er meist täglich, geformt. Die körperliche Untersuchung ergab keine Auffälligkeiten, keine brüchigen Haare oder Fingernägel, sonographisch keine erweiterten Dünndarmschlingen, kein Waschmaschinenphänomen, keine kleine Milz. Ich erläuterte dem Patienten, dass eine Weizenempfindlichkeit nicht mit einem einfachen Labortest bestätigt werden könne, sondern dass der Verdacht hierauf nur durch ein Weglassen der glutenfrei-

en Ernährung über mehrere Wochen, ein Wiederauftreten der Beschwerden unter Glutenbelastung und ein erneuter Rückgang der Beschwerden unter glutenfreier Ernährung, oder durch eine Plazebo-kontrollierte Glutenbelastung (33) in einer Spezialklinik bestätigt werden könne. Auch der Ausschluss einer Zöliakie sei nach siebenmonatiger glutenfreier Ernährung schwieriger als unter glutenhaltiger Ernährung. Die Transglutaminase-Antikörper könnten unter glutenfreier Ernährung schon abgefallen sein und die Zöliakie-typischen Schleimhautveränderungen im Duodenum schon partiell gebessert sein. Aber eigentlich wolle er ja keine Magen-spiegelung, da er Angst vor der Untersuchung habe.

Ich erläuterte dem Patienten, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Weizensensitivität im Fluss seien, dass hierüber zurzeit viel geforscht werde, aber auch viel Widersprüchliches publiziert werde. 2015 habe jemand festgestellt, dass 500 mal mehr Einträge zum Begriff ›Weizenunverträglichkeit‹ in den sozialen Medien zu finden seien als in wissenschaftlichen Datenbanken (Google : PubMed = 500 : 1 (34)), das zeige die Diskrepanz zwischen Medienrummel und sicherem Wissen und weise ihn auf die sprichwörtliche Schwierigkeit hin, die Spreu vom Weizen zu trennen (35). Ich besprach mit dem Patienten die Möglichkeit eines Gentests zum Ausschluss einer Zöliakie und erläuterte ihm, dass hierzu sein Einverständnis erforderlich sei. Ich veranlasste eine HLA-DQ2 und -DQ8-Bestimmung, eine Bestimmung des Blutbilds, der Leberparameter und Transglutaminase-Antikörper, des IgAs und der Antigliadin-Antikörper. Bei der Besprechung der Laborbefunde zehn Tage später konnte ich ihm sagen, dass bei fehlendem Nachweis von HLA-DQ2 oder -DQ8 die genetische Voraussetzung für eine mögliche Zöliakie fehlt, damit eine Zöliakie zu 99 % ausgeschlossen ist und ich keine Notwendigkeit für eine langfristige oder gar lebenslange glutenfreie Ernährung sehe. Da die IgE-Antikörper gegen Weizen negativ waren, lag keine Weizenallergie vor, und da auch die unspezifischen und nur bei 50 % der Patienten mit Weizensensitivität vorliegenden AGA-Antikörper negativ waren, habe ich auch keine Hinweise auf eine Weizenunverträglichkeit. Meines Erachtens liege ein Reizdarm-Syndrom vor, ich an seiner Stelle würde die glutenfreie Ernährung lockern und mich wieder normal ernähren und darauf achten, ob andere Nahrungsmittel an der Entstehung von Blähungen beteiligt seien. Zum Ausschluss einer Laktoseintoleranz würde ich noch einen Laktose-H₂-Atemtest veranlassen. Das Beispiel soll unterstreichen, dass es nichts bringt, mit einem Patienten darüber zu streiten, ob eine Modekrankheit real ist oder nicht, ob es die NCGS, die ›non-celiac gluten sensitivity‹, gibt oder nicht, die Patienten sind real, sie wollen Hilfe und müssen mit ihren Beschwerden ernst genommen werden.

11.3.7 Achtsame Praxis und Passung

Ein Beispiel für P1, Patient, P2, persönlicher Praxisstil/achtsame Praxis (15,16) und P8, Passung: Eine 32-jährige Patientin, Sekretärin, stellte sich zur Abklärung von chronischen Unterbauchbeschwerden vor. Die Beschwerden bestehen seit Jahren, seien aber in den letzten drei Monaten stärker geworden. Im Vordergrund standen Unterbauchkrämpfe, mal mehr rechtsseitig, mal auch linksseitig, z.T. mit Blähungen und weicherem Stuhlgang. Zwischendrin gab es auch Tage bis Wochen ohne Beschwerden. Der Stuhlgang war meist regelmäßig einmal täglich, kein Blut im Stuhl oder am Toilettenpapier, keine Schmerzen im After. Die Patientin war unverheiratet, hatte keinen Partner, Periode regelmäßig, eine gynäkologische Kontrolle bei ihrer Frauenärztin vor einem halben Jahr sei unauffällig gewesen. Es gab keine Tropenreisen in der Vorgeschichte, keinen aktuellen Zusammenhang der Bauchbeschwerden mit der Art der Ernährung, keinen Zusammenhang mit beruflichem Stress, die Arbeit mache ihr Spaß und lenke sie von den Unterbauchschmerzen ab. Sie hatte auch keine Bauchoperationen wie Blinddarmoperation oder gynäkologische Operationen. Nach der Anamneseerhebung bat ich die Patientin in den an das Sprechzimmer anschließenden Untersuchungsraum und bat sie, Bluse und Jeans auszuziehen, da ich auch die Wirbelsäule untersuchen wolle und einen Beckenschiefstand ausschließen wolle. Sie war eine schlanke Patientin, Wirbelsäule frei beweglich, keine Skoliose, kein Beckenschiefstand, Finger-Boden-Abstand 0 cm, kein Klopfschmerz der Nierenlager. Bei der Perkussion des Bauchs war kein tympanitischer Klopfeschall zu vernehmen, bei der Auskultation kein Rumoren. Bei der Palpation des Bauchs fing ich im Oberbauch an, die Bauchdecken waren weich, Leber und Milz nicht vergrößert. Auch der Unterbauch war weich, am McBurney'schen Punkt kein Druckschmerz, kein Loslassschmerz, keine Resistenz tastbar. Ich bat Sie, den Oberkörper leicht anzuheben, während ich etwas fester drückte und die Bauchwandmuskulatur abtaste, auch hierbei keine Schmerzen. Ich griff zum Ultraschallkopf, dimmte mit dem Fußschalter das Licht im Untersuchungsraum leicht ab und war dabei, etwas Ultraschallgel auf den Bauch der Patientin zu applizieren, als sie plötzlich in Tränen ausbrach. Mir kam eine dumpfe Ahnung (36,37), ich steckte den Ultraschallkopf wieder in die Halterung am Gerät, dimmte das Licht wieder höher, reichte der Patientin ein Papiertaschentuch und fragte, was passiert sei, beim Abtasten habe sie doch keine Schmerzen angegeben. Es braucht eine Weile, bis sie sich etwas beruhigt hat, Bluse und Jeans wieder angezogen hat und – auf der Kante der Untersuchungsliege sitzend – berichtet, sie habe noch nie mit jemand darüber gesprochen, aber vor über zehn Jahren sei sie von einem Mann, der sie nach einer Feier bei Freunden nach Hause fahren wollte, im Auto vergewaltigt worden. Was war geschehen, dass das jetzt plötzlich in ihr hochkam und sie erstmals mit jemandem darüber sprechen konnte? Als beobachtender Beobachter war ich ganz auf eine organmedizinische Abklärung fokussiert gewesen.

Ich weiß nicht, ob sie durch meine unvoreingenommene, gründliche und einfühlsame Untersuchung Vertrauen geschöpft hatte, erstmals mit jemand darüber zu reden, oder ob das Herunterdimmen des Lichts im Untersuchungsraums vor der Sonographie, das Alleinsein mit einem fremden Mann Ängste hochkommen ließ, die in fließenden Tränen einen Ausweg suchten.

Die Situation kippte zweifach, einmal die Sicht der Patientin auf mich als Arzt, als erstem Arzt, dem sie sich anvertrauen konnte, zum anderen meine Sicht auf die Patientin als Person, als junge Frau, die nach einem traumatischen Ereignis zehn Jahre keinen Mann an sich heran gelassen hat, aber vor drei Monaten jemand kennen gelernt hat, den sie sympathisch findet, aber sich noch nicht traut, sich auf ihn einzulassen. Nach dem 15-minütigen Gespräch, habe ich mich für ihr Vertrauen und ihren Mut bedankt, mir ihr Trauma anvertraut zu haben, habe ihr erläutert, dass wir die Ultraschalluntersuchung des Unterbauchs ein anderes Mal machen, dass das Gespräch jetzt viel wichtiger war, und dass die Gesprächstherapie bei einer erfahrenen psychosomatischen Kollegin fortgesetzt werden müsse.

Letztes Beispiel: Primärprävention mit Statinen. Wie in Kapitel 1 erläutert, beinhaltet *Integrierte Medizin* auch, Teil-Theorien wie die evidenzbasierte Medizin (EBM), die Genom-basierte Medizin oder die patientenzentrierte Medizin u.a. zu einer Gesamtheorie zu integrieren. Das erfordert, dass man sich mit diesen Teil-Theorien beschäftigt, ihre Vorteile und Nachteile erkennt, sie aber als das sieht, was sie sind, als Subsysteme, die in ein größeres System integriert werden müssen (siehe Kapitel 1). Wenn man beispielsweise EBM (38,39) in die patientenzentrierte Medizin (40) integrieren will, muss man das aus vielen Patienten gemittelte und statistisch gesicherte Wissen auf einen individuellen Patienten mit seinen Wünschen und Präferenzen herunterbrechen (41). Dann muss man Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Chancen verschiedener Therapieoption in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem Patienten abwägen (18). Man muss auch Expertenempfehlungen, die einen mit Riesenfallzahlen und hochsignifikanten Ergebnissen erschlagen (42,43), aber die für mich als behandelnden Arzt die entscheidende NNT (number need to treat) verschweigen, als das erkennen, als was sie sich wenige Monate später herausstellen, als eine von Interessen geleitete Empfehlung von Experten, die mit der Industrie »verhandelt« sind (34). Man sollte skeptisch sein (45). Ich bin kein Epidemiologe, der aus Public-Health-Sicht Berge versetzen will (46). Ich behandle keine Bevölkerung und eine NNT von 500 zu 1 ist für meine Beratung eines konkreten Patienten irrelevant (41).

11.4 Fazit

Aus der Widerfahrnis, dass Patientenbeschwerden aus einem kleinen Bodensatz an ersten organischen Erkrankungen und einem großen »Hof« aus Ängsten, Sorgen,

Befürchtungen und funktionellen Beschwerden bestehen (47) und aus der Erkenntnis, dass die (technische) Endoskopie zwar in die ›holes of the patient‹, die Hohlräume des Patienten eindringen kann, nicht aber ›the whole patient‹, den ganzen Patienten sieht, habe ich den Wert der (eigentlichen) ›Innenschau‹, des ärztlichen Gesprächs, kennen- und achten gelernt.

Thure von Uexkülls Statement, dass die Medizin vom Menschen ausgehen müsse, weil sich der Mensch nicht nachträglich in die Biochemie einordnen lasse (14) und sein Konzept einer *Integrierten Medizin* (1,3,4), einer Humanmedizin, die diesen Namen verdient, haben vielfache Auswirkungen: die objektive, messbare Qualität und die subjektive, ›gefühlte‹ Qualität der Betreuung des Patienten nehmen zu und das Wohlbefinden des Arztes und seine Berufszufriedenheit bessern sich (16,20). Über die Auswirkungen auf Patient und Arzt hinaus bestehen auch Auswirkungen auf unser dysfunktionales Gesundheitssystem. Die Burnout-Rate der im Gesundheitssektor Arbeitenden nimmt ab, die Patientenzufriedenheit nimmt zu und Kosten (sowohl infolge Burnout-bedingten ›Turnover‹ als auch infolge der Fehlerquote im Gesundheitssystem) sinken (siehe Kapitel 7 und 10). Mein Schlusssatz stammt aus dem Buch ›Understanding Value-based Healthcare‹: »Government cannot do it. Payers cannot do it. Regulators cannot do it. Only the people who give the care can improve the care« (48).

Literatur

- 1 von Uexküll Th. Integrierte Medizin – ein lernendes Modell einer nicht-dualistischen Heilkunde. In: von Uexküll Th, Geigges W, Plassmann R (Hg.). *Integrierte Medizin – Modell und klinische Praxis*. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 2002; 3-22. a) S. 4; b) S. 17; c) S. 22.
- 2 von Uexküll Th. Was ist und was will ›Integrierte Psychosomatische Medizin‹? In: von Uexküll Th (Hg.) *Integrierte Psychosomatische Medizin*. 3. Aufl. 1994. Stuttgart/New York: Schattauer Verlag; 1994: 17-34 (Zitat S. 18).
- 3 von Uexküll Th, Wesiak W. *Theorie der Humanmedizin*. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988.
- 4 von Uexküll Th, Wesiak W. Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell. In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiak W (Hg.). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer; 6. Aufl. 2003: 3-42.
- 5 Janisch P. Was ist Erkenntnis? Eine philosophische Einführung. beck'sche reihe 1376. München: Verlag C.H. Beck; 2000.
- 6 Plessner H. Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. *Gesammelte Schriften IV*. Herausgegeben von G. Dux, O. Marquard, E. Stöcker unter Mitwirkung von R.W. Schmidt, A. Wetterer

- und M.-J. Zemlin. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1981, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 1627; 2003, 2. Aufl. 2016.
- 7 Fischer J. Exzentrische Positionalität – Studien zu Helmuth Plessner. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2016.
 - 8 Wald HS, Reis SP. Beyond the margins: Reflective writing and development of reflective capacity in medical education. *J Gen Intern Med* 2010; 25(7): 746-9.
 - 9 Apel K-O. Szientistik, Hermeneutik, Ideologiekritik – Entwurf einer Wissenschaftslehre in erkenntnisanthropologischer Sicht. In: Apel K-O. Transformation der Philosophie. Band 2: Das Apriori der Kommunikationsgemeinschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag. suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 165; 1976: 96-127 (Zitat S. 99)
 - 10 Janich P. Konstruktivismus und Naturerkenntnis. Auf dem Weg zum Kulturalismus. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1244; 1996.
 - 11 Janich P. Kultur und Methode. Philosophie in einer wissenschaftlich geprägten Welt. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, suhrkamp taschenbuch wissenschaft stw 1773; 2006.
 - 12 Das große Liederbuch. 204 deutsche Volks- und Kinderlieder, gesammelt von Anne Diekmann, unter Mitwirkung von Willi Gohl, mit 156 bunten Bildern von Tomi Ungerer. Zürich: Diogenes Verlag AG; 1975. Sonderausgabe zum 80. Geburtstag von Tomi Ungerer, 2011: 31 Backe, backe Kuchen.
 - 13 Gross R. Geistige Grundlagen der Erkenntnisfindung in der Medizin. In: Gross R (Hg.). Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo: Springer Verlag; 1985: 73-89.
 - 14 von Uexküll Th. Münchner Medizinische Wochenschrift 1998; 140(26): 4.
 - 15 Epstein R. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-839.
 - 16 Epstein R. Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity. New York: Scibner; 2017, paperback edition 2018. a) S. 12ff.; b) S. 157-175.
 - 17 Schneider CE. The Practice of Autonomy – Patients, Doctors and Medical Decisions. New York: Oxford University Press; 1998.
 - 18 Edwards A, Elwyn G (eds.). Shared decision making in health care – Achieving evidence-based patient choice. 2nd edition. Oxford/New York: Oxford University Press, 2009.
 - 19 Gabelica C, Bossche P Van Den, Segers M, Gijsselaers W. Feedback, a powerful lever in teams: a review. *Educ Res Rev.* 2012; 7: 123-44.
 - 20 Welp A, Meier LI, Manser T. The interplay between teamwork, clinician's emotional exhaustion, and clinician-related patient safety: a longitudinal study. *Crit Care* 2016; 20: 110.
 - 21 Woolley AW, Chabris CF, Pentland A, Hashmi N, Malone TW. Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups. *Science* 2010; 330: 686-8.

- 22 Hagemann V, Kluge A. Complex problem solving in teams: The impact of collective orientation on team process demands. *Front. Psychol.* 2017; 8: 1730.
- 23 Rosenbaum L. Divided we fall. *New Engl J Med* 2019; 380(7): 684-688.
- 24 Rosenbaum L. Cursed by knowledge – building a culture of psychological safety. *New Engl J Med* 2019; 380(8): 786-790.
- 25 Rosenbaum L. The not my problem problem. *New Engl J Med* 2019; 380(9): 881-885.
- 26 Knopp E, Knopp J. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Leitfaden für ein schlankes QM-Handbuch – auch geeignet für QEP, KTQ, ISO, EFQM, EPA. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2010.
- 27 Gropman J, Hartzband P. *Your Medical Mind. How to Decide What Is Right for You.* New York: Penguin Books; 2011.
- 28 Maio G. *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin.* Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2012.
- 29 Leiß O, Clement Th, Börner N, Lutz-Vorderbrügge A, Goedderz W. Gibt es Grenzen der Polypektomie von Kolonpolypen in der niedergelassenen Praxis? *Verdauungskrankheiten* 2007; 25: 171-181.
- 30 Morath JM, Turnbull JE. *To Do No Harm. Ensuring Patient Safety in Health Care Organizations.* San Francisco: Jossey-Bass; 2005. (Abb. S. 53).
- 31 Jarisch R (Hg.). *Histaminintoleranz – Histamin und Seekrankheit.* 3. Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag; 2013.
- 32 Issa DH, Alkhoury N. Long-term management of liver transplant recipients: A review for the internist. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2015; 82: 361-372.
- 33 Catassi C, Elli L, Bonza B et al. Diagnosis of non-celiac gluten sensitivity (NCGS): The Salerno Experts' Criteria. *Nutrients* 2015; 7: 4966-4977.
- 34 Makharia A, Catassi C, Makharia GK. The overlap between irritable bowel syndrome and non-coeliac gluten sensitivity: a clinical dilemma. *Nutrients* 2015; 7: 10417-10426.
- 35 Leiß O. Reizdarm, Zöliakie, Weizenallergie, Weizensensitivität – die Schwierigkeit, die Spreu vom Weizen zu trennen. *Aktuel Ernährungsmed* 2017; 42: 287-303.
- 36 Drossman DA. Abuse, trauma and GI illness: Is there a link? *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 14-25.
- 37 Drossman DA. Biopsychosocial issues in Gastroenterology. In: Feldman M, Freidman LS, Brandt LJ (eds.). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Pathophysiology – Diagnosis – Management.* Philadelphia: Saunders/Elsevier; 10th edition 2016: 349-362.
- 38 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM.* New York/Edinburgh/London: Churchill Livingstone; 1997.

- 39 Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Oxford: Wiley-Blackwell, BMJ Books; 2011.
- 40 Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (eds.). *Patient-centered Medicine – Transforming the Clinical Method*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2nd edition 2003.
- 41 Gropman J., Hartzband P. Where am I in the numbers? In: Gropman J, Hartzband P. *Your Medical Mind. How to Decide What Is Right for You*. New York: Penguin Books; 2011: 9-29.
- 42 Cholesterol Treatment Trialists (CTT) Collaboration: Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376: 1670-1681.
- 43 Mills EJ, Wu P, Chong G, Ghement I, Singh S, et al. Efficacy and safety of statin treatment for cardiovascular disease: a network meta-analysis of 170 255 patients from 76 randomized trials. *Q J Med* 2011; 104: 109-124.
- 44 Lenzer J. Majority of panellist on controversial new cholesterol guideline have current or recent ties to drug manufactures. *BMJ* 2013; 347: f6989.
- 45 Maimonides. In: Alpert JS, Coles R. *Loss of skepticism in medical education*. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2637-2638.
- 46 Accad M. *Moving Mountains: A Socratic Challenge to the Theory and Practice of Population Medicine*. Green Publishing House; 2017.
- 47 Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-266.
- 48 Berwick D, zitiert nach: Moriates C, Arora V, Shah N. *Understanding Value-Based Healthcare*. New York/Chicago/San Francisco: McGraw Hill Education – Lange; 2015: 337.

Teil VII: Pandemische Perturbationen und Adaptationen

12. Die SARS-CoV-2-Pandemie. Bio-psycho-soziale Aspekte zu Covid-19, Beobachtungen zu systemischen Perturbationen und Adaptationen sowie Gedanken zum Handeln in Zeiten von fehlendem explizitem Wissen

›Wäre mein Wissen noch etwas wert, wenn es als Richtschnur des Handelns versagte? Und kann es nicht versagen?‹

L. Wittgenstein (1)

›Dealing successfully with complex problems requires an understanding that every problem is interconnected to a large number of other issues, and an appreciation of the inevitable time delay between actions and results.‹

J.P. Sturmberg (2a)

›Fully appreciating ›today's problems‹ requires the recognition that they are the results of decisions made in response to previous problems having insufficiently considered their impact on the ›system as a whole.‹

J.P. Sturmberg (2b)

Die Kapitel dieses Buches handeln von Konzepten und Modellen *Integrierter Medizin*. Während der Drucklegung ein Kapitel zur SARS-CoV-2-(*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*)-Pandemie hinzu zu fügen, ist mutig. Haben wir Konzepte oder gar Modelle für eine unvorhergesehene Epidemie, eine Epidemie, die längst zu einer globalen Pandemie geworden ist? Kann es für solche Situationen überhaupt Konzepte geben? Ist es Aufgabe der Medizin, sich darüber Gedanken zu ma-

chen? Oder sind Überlegungen zu Maßnahmen bei Pandemien nicht eher etwas für theoretische Disziplinen mit spezialisierten Wissenschaftlern wie Epidemiologen und *Public Health*-Experten? Mit solchen Fragen sind wir zurückgeworfen auf Kapitel 1, 5 und 11 und mittendrin im Dilemma von Theorie und Praxis, im Dilemma von ängstlichem »Was tun?« in einer Situation, die »*mysterious, menacing and multiplex*« (3) ist?

Das Mysteriöse, Bedrohliche und Vielschichtige des heiklen Themas Pandemie soll nachfolgend mit biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten umkreist, mit systemischen Auswirkungen auf unser Gesundheits- und Gesellschaftssystem erörtert und mit Gedanken zum Handeln in Zeiten von fehlendem *explizitem Wissen* abgerundet und in Uexküll'sches Denken zum Menschen und zur Natur (4) »eingebettet« werden.

12.1 Biologische Aspekte der SARS-CoV-2-Pandemie

Biologische Aspekte der aktuellen Pandemie umfassen

- 1) das Virus und sein Umfeld, d.h. die Evolution von Coronaviren in der Population der Fledermäuse,
- 2) die Transmission eines in Fledermäusen vorkommenden Virus auf den Menschen, die Infektiosität und Weiterverbreitung unter Menschen, sowie das Spektrum klinischer Symptome und möglicher Komplikationen und
- 3) die derzeitigen oder künftigen Optionen, die Replikation des Virus im menschlichen Organismus zu beeinflussen.

12.1.1 Das Virus und seine Umwelt – natürliche Wirte und Speziesschanke

Haben wir Augen für die unsichtbare Welt? Was wissen wir vom Kosmos der Mikrobiologie und den »winzigen Gefährten« (5), die uns eine umfassende Ansicht vom Leben vermitteln? Zur virologischen Teilsystemebene ist seit den Ausbrüchen mit anderen Coronaviren und der SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrom*)-Epidemie 2003 und der MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*)-Epidemie 2013 einiges bekannt, was zum *expliziten Wissen* von betreffenden Experten wie Infektiologen und Virologen gehört (6-10), von dem in der Regel aber Otto Normalverbraucher und die Gesellschaft nichts wissen. Wie schnell die Aufklärung erfolgte sowohl bezüglich der genetischen Verwandtschaft des Erregers der jetzigen Pandemie zu den Coronaviren, die SARS und MERS verursacht hatten (11-14), als auch bezüglich der Mechanismen, mit deren Hilfe das Virus in die Schleimhautzellen des oberen und unteren Atemwegstrakts eindringt (15), ist beeindruckend.

Über den zweiten Aspekt, die Transmission auf den Menschen und die Evolution zu einem aggressiveren und infektiöseren Virus gibt es einige seriöse Daten der Wissenschaft (11-14) und viele Spekulationen in den Medien. Auf die grundsätzliche Möglichkeit der Entstehung eines aggressiveren Coronavirus inklusive der Option einer Pandemie wurde bereits im März 2019 von chinesischen Virologen um Peng Zhou aus Wuhan hingewiesen (10). Das ›dass‹ eines neuen Coronavirus mit pandemischem Potential war also eigentlich bekannt, lediglich Ort und Zeitpunkt, das ›wann‹ und ›wo‹ einer großen Epidemie oder Pandemie, waren offen.

12.1.2 Infektiösität und Infektionswege sowie Spektrum der Symptome

Der dritte Punkt, Aspekte der Infektiösität und Weiterverbreitung unter Menschen (16-20) sowie Spektrum der Symptome und mögliche Komplikationen einer Infektion mit SARS-CoV-2 (21-42), war in den Januar- und Februar-Wochen des Infektionsausbruchs in China hierzulande weitgehend unbekannt, verbreitete sich jedoch schnell in der ›wissenschaftlichen Community‹, vor allem dadurch, dass namhafte wissenschaftliche und medizinische Fachzeitschriften wie ›Nature‹, ›Lancet‹ ›New England Journal of Medicine‹ (NEJM), ›Journal of American Medical Association‹ (JAMA) u. a. m. Fallberichte und Kasuistiken zu Transmission des Virus, zu Symptomatik, zu klinischem Verlauf, zu Komplikationen und zu intensivmedizinischer Behandlung als ›Open Access‹-Vorabpublikationen via Internet weltweit zur Verfügung stellten (21-42). Durch wissenschaftliche Arbeiten aus zahlreichen Teilgebieten der Medizin wie Pulmonologie (27-29), Kardiologie (30-32), Hämostasiologie (33-36), Gastroenterologie (37-38), Intensivmedizin (39-42) und ›Updates‹ des RKI (43,44) sind Ende April das COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) genannte Krankheitsbild und das Spektrum möglicher Komplikationen relativ gut bekannt (siehe Tab. 12.1).

12.1.3 Medikamentöse Optionen, die Virusreplikation im menschlichen Organismus zu beeinflussen

Die schnelle Aufklärung der genetischen Ähnlichkeiten und Unterschiede des SARS-CoV-2-Virus gegenüber den verwandten Erregern von SARS und MERS (11-14) erlaubte schon früh Überlegungen zu möglichen therapeutischen Einsätzen von antiviralen Medikamenten, die sich in der Behandlung von HIV-, Hepatitis C-, SARS- oder Ebola-Infektionen angedeutet hatten. Zu den in Frage kommenden Substanzen, ihren Wirkungsmechanismen und ihren Nebenwirkungen sei auf aktuelle Übersichtsarbeiten hingewiesen (45-49). Berichte über in vitro-Studien (50) und erste klinische Erfahrungen mit Remdesivir, einem in der Ebola-Epidemie entwickelten Virostatikum, waren Erfolg versprechend (51), auch wenn bemängelt wurde, dass in der Studie keine Placebo-Gruppe mitgeführt wurde. Neue Untersuchungen ergaben eine Verkürzung der Genesungsdauer (52),

so dass eine Zulassung als Medikament erwartet wird. Die Kombination zweier antiviraler Substanzen aus der Hepatitis C-Therapie kann die Leberparameter mitunter beträchtlich erhöhen und die Differenzierung zwischen Leberbeteiligung bei COVID-19 und Medikamenten-Nebenwirkung schwierig machen (47,48). Chloroquin, ein bei Malaria, rheumatoider Arthritis und Lupus erythematoses eingesetztes Medikament und anfangs als möglicher ›Durchbruch‹ gepriesen (50,53), hat derzeit wegen seiner Nebenwirkungen keinen Stellenwert. Es kann Rhythmusstörungen induzieren (54,55) und ist – insbesondere in Kombination mit Azithromycin – für ältere Patienten mit kardiovaskulären Begleiterkrankungen eher kontraindiziert (56,57).

Um Wissen über Nutzen und Nebenwirkungen möglicher antiviraler Mittel festzustellen, sind klinische Studien erforderlich, so problematisch sie bei beatmeten Patienten (mit fehlender Einwilligungsmöglichkeit) sind und so schwierig sie in der Situation überfüllter Intensivstationen durchführbar sind (58-60). Eine bei SARS und MERS erprobte Therapieoption scheint die intravenöse Gabe von Plasma von Patienten, die eine COVID-19-Infektion überstanden haben, zu sein (61). Offen ist, ob Versuche, den durch SARS-CoV-2 ausgelösten Zytokinsturm durch Gabe eines Interleukin-6-Antikörpers zu bremsen, eine Abschwächung des Krankheitsverlaufs bewirken könnten.

12.2 Psychologische Aspekte der SARS-CoV-2-Pandemie

Bei den psychologischen Aspekten sollen folgende Punkte angesprochen werden: subjektive Risikoeinschätzung, Auswirkungen der politisch verordneten Maßnahmen auf das eigene Verhalten in der Öffentlichkeit und gegenüber Menschen mit hohem Risiko, Probleme im Quarantänefall sowie berufliche und existenzielle Sorgen.

12.2.1 Subjektive Risikoeinschätzung

Die subjektive Einschätzung des persönlichen Risikos hängt mit eigenem Kenntnisstand hinsichtlich Symptomatik und Komplikationen der Erkrankung und mit Berichten betroffener Familienmitglieder oder Freunde zusammen. Habe ich eigene Vorerfahrungen mit einer Lungenentzündung, habe ich eine rezidivierende chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, gar eine Mukoviszidose? Bin ich Raucher oder ›vaper‹? Halte ich das nicht sehbbare und nicht fassbare SARS-CoV-2-Virus für eine hypothetische oder eine reale Entität (siehe Kapitel 5)? Vertraue ich Wissenschaftlern und Experten oder informiere ich mich in den sozialen Medien und in ›blogs‹? Wie gut kann ich vertrauenswürdige sachlich-fachliche Informationen von ›fake news‹ unterscheiden? Zu welcher Einschätzung komme ich: Verursacht

das SARS-CoV-2-Virus einen banalen grippalen Infekt (ähnlich wie z.B. Rhinoviren oder Adenoviren) oder ist es gefährlicher (62)? Wie gut lässt sich eine Infektion durch das neue Coronavirus von einem grippalen Infekt oder von einer Infektion durch Influenza-Viren unterscheiden?

Habe ich als über 70-Jähriger die alljährlichen Empfehlungen zur Grippe-schutzimpfung bei über 60-jährigen Personen (63) befolgt? Weiß ich, dass jährlich wiederholte Impfungen gegen Influenzaviren (mit jährlich aktualisierter Zusammensetzung des Impfstoffs) die kardiovaskuläre Mortalität deutlich senken (64)?

12.2.2 Eigenes Verhalten und Verhalten gegenüber Menschen mit hohem Risiko

Wie schwer fallen mir die von Virologen und *Public-Health*-Experten empfohlenen allgemeinen Maßnahmen wie Kontakte meiden, Abstand halten und häufig Hände waschen? Wasche ich mir nach jedem Einkauf im Supermarkt die Hände? Telefoniere ich öfter mit Angehörigen, organisiere ich zum runden Geburtstag an Stelle der ausgefallenen Feier eine *Skype*-Runde oder Video-*Schalte*? Habe ich Mitgefühl mit anderen oder ziehe ich mich ins eigene »Schneckenhaus« zurück (65)? Habe ich Angehörige, ältere Familienmitglieder oder Freunde, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben und die zur Hochrisiko-Gruppe der besonders Gefährdeten gehören? Verstehen sie das Besuchsverbot? Fühlen sie sich einsamer, haben sie Angst? Was wird aus den Menschen, die z.B. in Heimen für Behinderte leben und deren für ihr Wohlbefinden wichtige gemeinschaftliche Werkstätten jetzt geschlossen sind (66)?

12.2.3 Verständnis der *Public Health*-Maßnahmen und Verhalten im Quarantänefall

Verstehe ich die *Public Health*-Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung (67-70)? Fehlen mir Theaterbesuche, Kinofilme oder das samstägliche Fußballderby? Ist ein Arbeiten im »*Home-Office*« zuhause überhaupt möglich? Nervt mich das Chaos von schreienden Kleinkindern, herumliegendem Spielzeug, fehlender Bewegung im Freien, klingelndem Telefon und erforderlicher Konzentration auf die Arbeit am Computer? Wie sehr würde mich erst eine wochenlange komplette Ausgangssperre treffen (70,71)?

12.2.4 Berufliche und existenzielle Sorgen

Bin ich beruflich von der Pandemie betroffen? Fallen mir als Gastwirt bei der verordneten Schließung von Gaststätten und weiterlaufenden Kosten für Miete die Einnahmen weg? Reichen die Reserven und wenn ja, für wie lange? Bin ich

Kleinstunternehmer oder Selbstständiger, dem alle Aufträge wegbrechen? Bin ich am Flughafen Frankfurt beschäftigt und mache ich mir Sorgen, dass bei massiv eingebrochenem Flugverkehr der Arbeitsplatz gefährdet ist?

Als im Gesundheitswesen Tätiger quälen mich spezielle Fragen (72-76):

- Gibt es genügend Vorräte an persönlicher Schutzausrüstung in Klinik oder Praxis?
- Besteht die Möglichkeit, sich bei der Arbeit anzustecken und die Infektion nach Hause einzuschleppen?
- Kann ich mich bei verdächtigen Symptomen schnell testen lassen oder könnte ich bei asymptomatischem Verlauf unbewusst andere infizieren?
- Ermöglicht der Arbeitgeber im Verdachtsfall eine Freistellung von der Arbeit?
- Erhalten eigene Kleinkinder und Schulkinder bei geschlossenen Kindergärten und Schulen eine Betreuung für Kinder von Eltern *systemrelevanter Berufsgruppen?*
- Gibt es für ältere oder mit Komorbiditäten belastete Mitarbeiter die Möglichkeit in weniger kritischen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt zu werden?

12.3 Soziale Aspekte der SARS-CoV-2-Pandemie

12.3.1 Reale und virtuelle Erfahrungen – Lernen im Internet-Zeitalter

Ein ins Auge springender sozialer Aspekt ist die Berichterstattung über die Pandemie in den sozialen Medien. Mithilfe der *open access*-Vorabpublikationen namhafter wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften, d.h. der – technisch vermittelten – schnellen Informationsverbreitung sowie der ausführlichen Berichte in den Massenmedien und Nachrichtensendungen im Fernsehen konnten sowohl die Ärzte als auch die Gesellschaft schnell hinzulernen und sich ein Bild zu Übertragungswegen und Krankheitsverlauf machen. Eine der ersten Publikationen im ›JAMA‹ mit der Überschrift ›*Coronavirus Infections – More Than Just the Common Cold*‹ erschien am 23. Januar 2020. Keine 3 Monate später ist die Zahl der Publikationen zu SARS-CoV-2-Virus und zu COVID-19 neben regulärer ärztlicher Tätigkeit kaum noch zu bewältigen. Die zwischenzeitlich erschienenen Mitteilungen aus China, Italien, Deutschland, Spanien, den USA und vielen anderen Ländern haben Mosaiksteine der Erkrankung zusammengetragen, von der wir vor 3 Monaten noch nichts wussten. (siehe Tab. 12.1) und deren Details wir noch immer nur unzureichend verstehen.

In Kliniken der Maximalversorgung und auf Intensivstationen tätige Kolleginnen und Kollegen konnten die eigenen täglichen Erfahrungen mit dem wöchentlich

Tabelle 12.1:

Bei COVID-19 betroffene Organsysteme und mögliche Therapieoptionen

Systemebene	Symptomatik / Komplikationen	mögliche Therapieoptionen
Gesamtorganismus		
- Immunsystem	überschießende Immunantwort („Zytokinsturm“)	Interleukin-6-Antagonist?
- Gerinnung	Erhöhung der d-Dimere, gesteigerte intravasale Gerinnung, Thrombosen und mögliche Lungenembolien	Heparinisierung? orale Antikoagulantien?
- ZNS	psychische Probleme, erhöhte Ängst- lichkeit, Sorgen, Insomnie, beeinträchtigt Geruch u. Geschmack	Gesprächstherapie, Anxiolytika ?
einzelne Organe		
- Herz	reduzierte Kontraktilität, Pumpversagen Rhythmusstörungen (cave Triggerung durch Chloroquin / Hydroxychloroquin), Hypotonie, Schock	(kein Absetzen von ACE-Hemmern / Sartanen empfohlen) Kreislaufstabilisierung
- Lunge	Dyspnoe, Tachypnoe, Hypoxie, Pneumonie, Lungenversagen	Sauerstoffgabe, Beatmung, ECMO
- Magen / Darm	leichte Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen	
- Leber	Exacerbation einer chron. Leberkrankheit, (cave Interaktion mit Lopinavir-Ritonavir), Leberversagen	
- Niere	Nierenversagen	Dialyse
- Endokrine Organe	Verschlechterung Diabetes mellitus	

wachsendem gesellschaftlichen *expliziten Wissen* zu COVID-19 in eigenes persönliches *»explicit knowledge«* transformieren und lernen, zunehmend professioneller zu handeln. Die Beobachtungen eines quasi *»real-time«*-Lernens mithilfe von gesellschaftlich zur Verfügung gestelltem *expliziten Wissens* bestätigen die Thesen des Soziologen H. Collins zur größeren Bedeutung des *»social explicit knowledge«* gegenüber dem *»personal«* oder *»somatic explicit knowledge«* (77).

12.3.2 Das Präventionsparadox – *Public Health*-Aspekte vs. individueller Nutzen

In einer Zeit, in der aktualisiertes Evidenz-basiertes Wissen als Goldstandard für ärztliches Handeln gilt (78), ist es hilfreich an das Dilemma jeder Prävention zu erinnern. Das Präventionsparadox, das der englische Epidemiologe G. Rose Anfang der 80er Jahre am Beispiel der koronaren Herzkrankheit und des Risikofaktors Cholesterin ausführlich erörtert hat (79,80), beinhaltet, dass eine Maßnahme, die für den betroffenen Einzelnen von großem Nutzen ist, der Gesamtbevölkerung oft wenig nützt und umgekehrt, dass eine Maßnahme, die für die Gesamtbevölkerung von großem Nutzen ist, dem Einzelnen oft wenig hilft. Rose hat aus diesem Paradox 2 unterschiedliche Präventionsstrategien abgeleitet: prophylaktische Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung müssen für jedermann durchführbar und ohne Nebenwirkungen sein. Maßnahmen bei Individuen mit hohem Risiko rechtfertigen – nach individueller *Risk-Benefit*-Abwägung – den Einsatz von aggressiveren, mit Nebenwirkungen behafteten Maßnahmen.

Die beiden Präventionsstrategien, die Bevölkerungsstrategie und die Hoch-Risiko-Strategie, fokussieren auf unterschiedliche Behandlungsgruppen, auf ›*sick populations*‹ bzw. ›*sick patients*‹ (80). Sie schließen einander nicht aus, sondern ergänzen sich. Im Falle der SARS-CoV-2-Pandemie beinhaltet die Bevölkerungsstrategie, die auf eine Verlangsamung der Ausbreitung des Virus in der Bevölkerung zielt, die für jedermann durchführbaren Maßnahmen wie Mund-Nasen-Schutz tragen, Verzicht auf Massenveranstaltungen, Meiden sozialer Kontakte, Abstand halten und häufiges Händewaschen, bei nachweislich Infizierten auch Quarantäne. Die Hoch-Risiko-Strategie zielt auf den Schutz älterer Menschen (Kontakte mit Großeltern meiden, Besuchsverbote in Krankenhäusern und Altenheimen) und die Symptom- adaptierte ambulante und stationäre Behandlung von Patienten mit hohem Risiko (ältere Menschen mit Begleitkrankheiten wie Herzerkrankungen, hohem Blutdruck, Diabetes mellitus oder chronischen Lungenerkrankungen) inklusive – wo nötig – stationärer Behandlung auf Intensivstation und ggf. maschineller Beatmung.

Das wissenschaftstheoretische Problem ist, dass viele präventivmedizinische Maßnahmen mehr auf pathophysiologischen Überlegungen und ›gesundem Menschenverstand‹ beruhen und nur selten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit durch wissenschaftliche Studien belegt sind. Aber sind sie deswegen falsch? *Absence of evidence is not evidence of absence!* Brauche ich wirklich statistische Evidenz, um bei einer Autofahrt im Gebirge bei Nebel und regennasser Straße auf ein Überholmanöver zu verzichten, oder reicht dazu nicht ›gesunder Menschenverstand‹? Was ich damit sagen will, soll der nachfolgende Absatz erläutern.

12.3.3 Soziales Lernen präventivmedizinischer Maßnahmen

Die Wirksamkeit des Tragens von Masken (Mund-Nasen-Schutz) zur Verhinderung oder Reduzierung der Übertragung eines Erregers von respiratorischen Erkrankungen wurde wissenschaftlich kontrovers diskutiert und galt als nicht eindeutig gesichert. Zwar gibt es einzelne Studien, die die Effektivität des Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes zur Reduzierung der Übertragung von Influenzaviren nahe legen (81-83), aber in den Februar- und Märzwochen wurde – im Gegensatz zu China – in Europa und den USA das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes nicht empfohlen. Maske ist nicht gleich Maske. Das Expertenwissen zu unterschiedlichen Masken musste zunächst allen Ärzten, die nicht täglich damit umgingen (wie Chirurgen, Intensivmediziner, sterile Eingriffe durchführende Internisten u.a.m.) in Erinnerung gebracht werden und der Öffentlichkeit die Unterschiede zwischen mehrlagigem Mund-Nasen-Schutz (MNS) (›chirurgische‹ Maske) und Schutzmasken (FFP2- und FFP3-Maske) erläutert werden (84,85). Wie in einem *Lancet*-Artikel vom 20.3.20 (›Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic‹ (86)) dargestellt, stimmten die Empfehlungen der WHO (*World Health Organization*) (87), des CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) (88) und die Empfehlungen verschiedener Länder nur darin überein, dass Patienten mit Symptomen und im Gesundheitsbereich Tätige Gesichtsmasken tragen sollten, differierten jedoch bezüglich des Tragens von MNS-Masken in der Öffentlichkeit und in bestimmten Gemeinschaftseinrichtungen. Bedeutung und Wichtigkeit des Tragens einer Schutzmaske im Krankenhaus wurden in einem *New England Journal of Medicine*-Artikel (›Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era‹ (89)) detailliert erörtert.

Beim Thema Masken muss korrekterweise auf die im Februar und März 2020 unzureichende Verfügbarkeit von Masken und auf die Probleme bzw. Lieferengpässe bei der Beschaffung von MNS-, FFP2-, und FFP3-Masken in den März-Wochen hingewiesen werden, die eine Priorisierung von Masken für Beschäftigte im Gesundheitswesen erforderte (90-92).

Das Thema Maske wurde deshalb ausführlicher beleuchtet, weil daran die Medien-vermittelte soziale Transformation einer kulturellen Tradition in eine globale Praxis dargestellt werden kann. Vor Jahren galt hierzulande das Tragen einer Gesichtsmaske in der Öffentlichkeit als exotisches Accessoire asiatischer Touristen. Aus dem in asiatischen Ländern wie China, Japan, Korea ›selbstverständlichen‹ Tragen einer Gesichtsmaske in Infektionszeiten wurde in der aktuellen Pandemie in diesen Ländern eine nationale Pflicht. In Europa und den USA dagegen galt die präventive Maßnahme des Tragens einer Gesichtsmaske als nicht evidenzbasiert und damit als nicht empfehlenswert. Anfang April 2020 erschienen dann einige wissenschaftliche Arbeiten, die eine gewisse Wirksamkeit hinsichtlich der Reduktion der Virusausbreitung mittels beim Sprechen, Husten oder Niesen exhaliertes Tröpfchen nahe legten (93,94). Einzelne halbherzige Hinweise, dass eine Gesichts-

maske zu tragen, besser sei als keine Gesichtsmaske zu tragen, trugen zum Wechsel der öffentlichen Meinung bei. In Analogie zu ›gebündelten‹ infektionspräventiven Maßnahmen auf Intensivstationen wurde das Tragen einer Gesichtsmaske als mögliche Komponente eines ›Bündels von präventiven Maßnahmen‹ angesehen, das in der Summe einen Effekt zeigt, auch wenn der genaue Anteil einer einzelnen Komponente am Gesamteffekt des Maßnahmenbündels vielleicht nicht genau bekannt ist. So nach und nach nahmen die Pro-Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften zu, einzelne Städte und Bundesländer preschten mit Verordnungen zum Tragen einer Gesichtsmaske in der Öffentlichkeit vor, und Mitte April wurde das Tragen von Gesichtsmasken als Voraussetzung und als Junktim für die für Anfang Mai vorgesehenen weiteren Lockerungen des *Lockdowns* gesehen. Ein Sieg präventivmedizinischen Denkens über Effizienz fokussiertes Denken oder eine ›soziale Imitation‹ (s.u.) (95)?

12.4 Systemische Perturbationen und Adaptationen

Die eingangs angeführte Charakterisierung der Pandemie als ›*mysterious, menacing and multiplex*‹ (3) lenkt den Blick über das Bedrohliche der psychischen und sozialen Folgen hinaus auf anderes. Mit ›*mysteriös*‹ soll angedeutet werden, dass wir viele Zusammenhänge derzeit nicht verstehen und Mühe haben, uns vorzustellen, dass ein unsichtbares Virus die Volkswirtschaft für ein halbes Jahr (und länger (?)) lahmlegen könnte. Und ›*multiplex*‹ mahnt, wie vernetzt und komplex eine Pandemie ist, wie sie gleichzeitig verschiedene Teilsysteme der Gesellschaft und verschiedene Systemebenen bisher als nicht vernetzt angesehener Teilsysteme betrifft.

12.4.1 Perturbationen

Die Bandbreite an Pandemie-bedingten Störungen war und ist Ende April enorm (96). Die wirtschaftliche Produktion ist in zahlreichen Subsystemen der Volkswirtschaft infolge der präventivmedizinischen Maßnahmen zur Eindämmung der Virusausbreitung drastisch heruntergefahren oder vollständig zum Erliegen gekommen, der Verdienstaussfall der Mitarbeiter wird durch ›Kurzarbeitsgeld‹ teilweise kompensiert. Massenveranstaltungen sind in Pandemiezeiten obsolet (97). Kulturveranstaltungen wie Theater- und Konzertbesuche und Sportveranstaltungen wie Fußballspiele, Tennis-Turniere oder Wettkämpfe finden nicht statt. Gastronomiebetriebe und ein Großteil der Einzelhandelsbetriebe sind geschlossen.

Besonders problematisch ist die Schließung der Kindergärten und Grund- und weiterführenden Schulen im Hinblick auf die Entwicklung und Bildung der Kinder sowie der weitreichenden Folgen für die Gesellschaft. In diesem Zusammenhang

müssen auch die Überforderung der Eltern und die daraus resultierenden persönlichen Probleme und ökonomischen Konsequenzen gesehen werden.

Die Vernetzung ökonomischer und ökologischer Konsequenzen wurde besonders im Verkehrssektor sichtbar. Satellitenaufnahmen vom Flugverkehr zeigten die – im Vergleich zu den Vormonaten und zum Vorjahr – eklatante Ruhe am nächtlichen Sternenhimmel über Europa. Die Zahl der Passagiere am Frankfurter Flughafen lag in der Karwoche 2020 um 96,8 %, in der Woche nach Ostern um 97,3 % niedriger als die entsprechende Zahl im Jahr zuvor (98). Die Auslastung der Züge im Fernverkehr der Deutschen Bahn betrug an den Ostertagen 2020 nur 10-15 % der sonst um diese Zeit üblichen Auslastung. Die Verkehrsstaus auf den Autobahnen zu Ostern blieben aus, an Bilder von leeren Autobahnen konnten sich nur über 60-Jährige erinnern, die die Ölkrise Anfang der 70er Jahre erlebt hatten.

Mit Ausbruch der Epidemie in China und der schnellen Ausbreitung in Europa wurde erkennbar, wie stark die Verlagerung der Produktion von Medikamenten in asiatische Billiglohnländer die Versorgung mit bestimmten Medikamenten in Europa und den USA beeinträchtigte (99). Die Auswirkungen einer fast weltweiten Abhängigkeit von der chinesischen Produktion von Atemschutzmasken wurden für alle sichtbar, nennenswerte Vorräte an Schutzausrüstung für medizinisches Personal gab es weder in den Krankenhäusern, noch in den Lagern des Katastrophenschutzes. Produktion und Nachschubwege aus den produzierenden asiatischen Ländern brachen zusammen, es entstanden Versorgungsengpässe, die zu Priorisierungen bei der Verteilung von Masken, zu Improvisierungen bezüglich der hygienischen Wiederaufbereitung und zu Eigeninitiativen in der Herstellung von selbst genähten »Community«-Masken (85) oder »Gesichtsschutz« aus ehemaligen »Overhead-Folien« führten.

12.4.2 Adaptationen

Quarantänemaßnahmen und Kenntnis der besonderen Schutzbedürftigkeit gefährdeter Menschen riefen die Hilfsbereitschaft vieler Menschen wach. Einkäufe für ältere Menschen wurden von Nachbarn oder spontan gegründeten Gruppen organisiert, am Ort lebende Kinder versorgten die alleinlebenden Eltern. Vor Altenheimen und Krankenhäusern fanden in vielen europäischen Ländern musikalische Improvisationen als Dank an engagiertes und im Dauereinsatz tätiges ärztliches und pflegerisches Personal statt. Sozialarbeiter versuchten, mit selbst initiierten *Skype*- oder Videoschaltungen den Kontakt zu den von ihnen sozial Betreuten aufrecht zu halten. Lehrerinnen und Lehrer organisierten und improvisierten vom *Home-Office* aus die Wissensvermittlung und Weiterbetreuung der Schülerinnen und Schüler mittels Hausaufgaben und Wiederholungsübungen.

Der Zusammenbruch des Nachschubs an medizinischer Schutzausrüstung legte eine Produktion im eigenen Land nahe. Ein kommerzieller Hersteller stellte

seine Produktion von Polohemden auf eine Produktion von Atemschutzmasken um, kleine Läden verkauften selbst hergestellte Mund-Nasen-Schutzmasken (»Community«-Masken) in bunten Farben und mit vielfältigen Mustern. Bäcker »erfanden« Abstand einhaltende Übergabemodalitäten der morgendlichen Tüte mit Frühstücksbrötchen, Restaurants richteten Abholmöglichkeiten für zubereitetes Essen ein und geschlossene Büchereien nahmen Bestellungen per Zettel oder Mail entgegen und lieferten die bestellten Bücher bis zur Haustür.

Infolge der lahm gelegten Industrieproduktion und des drastisch reduzierten Autoverkehrs nahmen Schadstoff-/Stickoxidgehalt der Luft und Smog über den Großstädten ab. Fahrräder und E-Roller bekamen eine neue große Wertschätzung als Verkehrsmittel im Alltag.

12.4.3 *Public Health*-Maßnahmen versus gesellschaftlicher Schaden und Freiheitsrechte des Einzelnen

Die um die Ostertage 2020 einsetzende öffentliche Diskussion um Lockerungsmaßnahmen (100) führte zu Stellungnahmen des deutschen Ethikrates (101), eines Expertengremiums deutscher Gesundheitsökonominnen (102) und der »Leopoldina«, der nationalen Akademie der Wissenschaften (103). In diesen Stellungnahmen wurde *expressis verbis* auf die Vielschichtigkeit der zu berücksichtigenden Probleme, die gegenseitige Interdependenz und die wirtschaftlichen, juristischen und ethischen Aspekte hingewiesen, die bei einer Entscheidung zu Lockerungsmaßnahmen berücksichtigt und abgewogen werden müssen (101-104).

In der öffentlichen Diskussion um *Exit*-Strategien wurden verschiedene Konzepte unterschieden (100):

- 1) Konzept: »Kontrollierte Durchseuchung« bis zum Erreichen einer »Herdenimmunität«,
- 2) Konzept: Virus »austrocknen«,
- 3) Konzept: lokal unterschiedliches Vorgehen mit Lockerungsmaßnahmen in »grünen Gebieten« und Quarantänemaßnahmen in *Hot spots*, in »roten Gebieten«
- 4) Konzept: *stop and go*, periodisches »social distancing«

Von »Herdenimmunität« spricht man, wenn eine epidemische Weiterverbreitung einer Infektionskrankheit dadurch nicht mehr möglich ist, weil ein Großteil der Bevölkerung Antikörper gegen den betreffenden Erreger hat und deshalb vor einer zweiten Infektion geschützt ist. Prophylaktisch lässt sich dies durch eine Impfung der Bevölkerung erreichen, sofern ein wirksamer Impfstoff gegen die betreffende Erkrankung vorliegt. Dies ist jedoch im Falle der durch SARS-CoV-2-Viren induzierten Erkrankungen derzeit nicht der Fall. Zwar ist am 22.4.20 für einen von

der Firma Biontech entwickelten Impfstoff die Zulassung zu Phase-I-Studien an gesunden Probanden erteilt worden, bis ein für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung stehender Impfstoff vorhanden sein wird, kann es – Einschätzungen von Experten zufolge – noch über 1 Jahr und länger dauern.

Es bleibt daher derzeit nur die Option ›kontrollierte Durchseuchung‹ der gesamten Bevölkerung. Um eine ›Überflutung‹ des Gesundheitssystems zu vermeiden (wie dies z.T. in Italien in der Lombardei oder in Spanien in Madrid der Fall war) soll – bildlich gesprochen – das Hochwasser des Rheins in ländliche Überlaufgebiete geleitet werden, damit in Städten wie Mainz, Koblenz oder Köln nicht hunderte von Straßen und Tausende von Kellern unter Wasser stehen. Das Problem dieser Strategie ist, dass exakte ›Wasserstandsmeldungen‹ zur Pandemie-Welle, d.h. valide Zahlen zur Durchseuchung der Bevölkerung, nicht vorliegen und reproduzierbare Tests auf eine überstandene Infektion (Vorliegen von spezifischen anti-SARS-CoV2-Antikörpern) noch nicht zum breiten Einsatz verfügbar sind. Die Prognose des schwedischen Epidemiologen A. Tegnell, er rechne noch im Mai mit einer Herdenimmunität in Stockholm, erscheint derzeit zu optimistisch.

Aus Berichten zur Spanischen Grippe von 1918 hat man vor Jahren die Szenarien der Krankheitsausbreitung und die Effekte der ergriffenen Maßnahmen nachgezeichnet (67). Danach ist bei zu schneller Lockerung von Quarantänemaßnahmen eine ›zweite Welle‹ wahrscheinlich (67), was – allen Modellrechnungen nach zu urteilen – auch bei der jetzigen Pandemie passieren könnte (68-70). Die Frage, wie groß die ›zweite Welle‹ sein wird und wie hart sie uns treffen wird, ist offen. Um zu verhindern, dass eine ›zweite Welle‹ die Kapazitäten unseres Gesundheitssystems übersteigt und um ähnliche Ereignisse wie in der Lombardei zu vermeiden (42), die die Ärzte zu problematischen und schwierigen Triage-Entscheidungen zwangen, müssten präventivmedizinische Maßnahmen möglicherweise über einen längeren Zeitraum durchgehalten werden. Erst wenn – nach Alterskohorten getrennt – exakte Daten zu einer durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion vorliegen und man sicher ist, dass über eine ›kontrollierte‹ Ausbreitung des Virus eine Herdenimmunität in der Bevölkerung erreicht ist, könnten – dieser Strategie zufolge – Lockernsmaßnahmen des *Lockdowns* und eine Rückkehr zur Normalität erfolgen.

Das Konzept einer ›Austrocknung‹ des Virus, das bei der SARS-Pandemie von 2003 und der MERS-Epidemie von 2012 geholfen hat, die Epidemie zu begrenzen, erscheint bei der zwischenzeitlich erreichten weltweiten Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus nicht mehr machbar. Dazu müsste durch radikale Maßnahmen wie strenge Kontaktverbote noch über weitere mehrere Wochen bis Monate, durch längerfristige Schließung der Grenzen und Stilllegung des internationalen Flugverkehrs die Wahrscheinlichkeit eine Weiterverbreitung des Virus so minimiert werden, dass eine Chance bestünde, die verbleibenden Fälle mit Methoden wie Kontakt-Tracing durch Apps, Überprüfung und Nachbeobachtung von Kontaktpersonen zu kontrollieren. Die wirtschaftlichen Folgen einer mehrmonatigen ›Lock-

downs wären enorm und erscheinen nicht vertretbar und der Bevölkerung nicht zumutbar (101-103).

Da Herdenimmunität keine Lösung sei, haben Prof. Dr. Miquel Oliu-Barton, Université Paris Dauphine, und Prof. Dr. Bary S. R. Pradelski, University of Oxford, ein Modell entwickelt, das sich deutlich von europäischen Szenarien unterscheidet und die Zeit bis zur Verfügbarkeit von Impfstoffen überbrücken könnte (100). Das Modell sieht vor, mit klar abgegrenzten Verwaltungseinheiten wie Städten oder Landkreisen zu arbeiten und auf ›rote Regionen‹ mit vielen SARS-CoV-2-Neuinfektionen bzw. aktiven Infektionen und ›grüne Gebiete‹ mit sehr geringen Fallzahlen zu fokussieren. Auf dieser Basis könnten Behörden in ›grünen Gebieten‹ den *Lockdown* stärker aufweichen. Man könnte wieder zur Arbeit gehen, einkaufen oder ins Restaurant essen gehen – allerdings nur im jeweiligen Gebiet. Die eigene Zone zu verlassen, wäre verboten und müsste überwacht werden. Gelingt es einer benachbarten ›roten Region‹, den ›grünen Status‹ zu erreichen, könnten beide Gebiete zusammen eine größere ›grüne Region‹ bilden, und der Aktionsradius der darin lebenden Menschen würde ausgeweitet. ›Rote Gebiete‹ blieben so lange isoliert, bis sich der Status in Grün ändert. Ein Vorteil dieses Modells ist, dass – verglichen mit flächendeckenden Lockerungen – das Risiko, später zurückrudern und neuerliche Einschränkungen durchsetzen zu müssen, geringer ist, ein Nachteil, dass an den Grenzen der Regionen ›Grenzsicherungen‹/Überwachungen erforderlich wären.

Als Ersatzlösung für einen langfristigen *Shutdown* bis zum Vorliegen eines Impfstoffes wird von englischen Epidemiologen wie Prof. Dr. B. Heuser, University of Glasgow, und Prof. Dr. D. Hunter, Oxford University, eine ›Stop-and-Go-Option‹ empfohlen mit engmaschigem Monitoring der Fallzahlen und mit Phasen von bedarfsweise neuerlichem Sperren bei stärker steigenden Fallzahlen und mit Phasen von Lockerungen bei wieder reduzierten Fallzahlen (100). Durch schrittweise und reversible Lockerung und zusätzliche unterschiedliche Behandlung von Berufsgruppen mit Relevanz für die Gesellschaft könnte der wirtschaftliche Schaden begrenzt und eine teilweise wirtschaftliche Normalisierung ermöglicht werden. Ein Nachteil dieses Konzepts ist, dass es in verstärktem Maße Gewinner und Verlierer hervorbringt, was zu Kontroversen führen und den sozialen Zusammenhalt gefährden könnte.

Welches der *Public Health*-Konzepte sich als effektiver im Vergleich zu anderen Konzepten erweisen wird, und bei welchem Konzept der wirtschaftlicher und gesellschaftliche Schaden größer sein wird, bei welchem demokratische Rechte des Einzelnen länger ausgesetzt, Bildungsinstitutionen länger geschlossen und kulturelle Gepflogenheiten länger eingeschränkt werden müssen (101-104), bleibt abzuwarten.

12.4.4 Das vernetzte und komplexe Ganze

Die angeführten Perturbationen und Adaptationen, die diskutierten Konzepte zur Pandemieeindämmung und die Überlegungen zu den gesellschaftlichen Folgen der *Public Health*-Maßnahmen zeigen, wie vernetzt die Teilsysteme der Gesellschaft sind und wie komplex das ›Ganze‹ einer Pandemie ist. Ohne leistungsfähige Wirtschaft kein leistungsfähiges Gesundheitssystem und ohne gesunde und fachlich kompetente Bürger keine leistungsfähige und auf der Höhe der Zeit befindliche Wirtschaft. Da die Gesundheitssysteme, die Wirtschaftsordnungen und die politischen Verfassungen in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich sind, wird die Pandemie lokal sehr unterschiedliche Auswirkungen haben. Man wird lokal handeln müssen, aber wir sollten global denken. Es sind sowohl Solidarität mit besonders betroffenen Ländern als auch internationale Zusammenarbeit in der Entwicklung eines Impfstoffs und der Versorgung mit Medikamenten, Schutzausrüstungen und Beatmungsgeräten erforderlich.

12.4.4.1 Komplexität in der Biologie und Lernen von der Biologie

Um ›Strukturen der Komplexität‹ (105) zu verstehen, kann man von der Biologie lernen (105-108). Von Einzellern und Mikroorganismen und ihren Ökosystemen (5) und von der Evolution neuer Coronaviren in der Population der Fledermäuse (7-10) war oben bereits die Rede. Man könnte als weitere Beispiele die Systemtheorie der Evolution (105), die Beziehungen zwischen Genom und Gehirn (109) und die komplexen Netzwerke, über die unsere Darmbakterien, die intestinale Mikrobiota, unser physisches und psychisches Wohlbefinden beeinflussen (110) anführen. An all den genannten Beispielen kann man die Vielzahl der Querverbindungen und Einflussmöglichkeiten studieren und zu einem ›Puzzle‹ zusammenfügen.

12.4.4.2 Soziale Imitation und sich *adaptativ* verhaltende soziale Systeme

Der oben (unter 12.3.3) erörterte Stimmungswechsel der öffentlichen Meinung in der Frage des Nutzens einer (MNS)-Maske, der allmähliche Wechsel von skeptischer Einstellung zu weitgehender Akzeptanz kann auch als ›Ansteckung der Handlung‹ (95), als soziale Imitation, verstanden werden. Dieses Sich-Richten nach anderen, diese Rücksichtnahme auf anders Gestimmte, hängt – wie Konrad Lorenz schon bei Fischen beobachtet hat – von der Funktion der am höchsten integrierten Hirnteile ab (95).

Peirce zufolge (siehe Kapitel 3) mutierte die Mund-Nasen-Schutz (MNS)-Maske von einem ikonischen Zeichen (Accessoire eines asiatischen Touristen in Europa) über ein indexikalisches Zeichen (ich könnte selbst ein asymptomatischer Virus-träger sein und möchte eine mögliche Infektion anderer Personen reduzieren) zu einem symbolischen Zeichen (Teil eines allgemeinen Maßnahmenbündels bei Lo-

ckerung des *Lockdowns*). Ob das öffentliche Tragen eines MNS eine der Pandemie geschuldete einmalige soziale Imitation bleibt, oder ob wir dadurch lernen, künftig in winterlichen Influenzazeiten mit einer Maske eine Virusausbreitung zu reduzieren, d.h. ob wir uns dieses Verhalten »einverleiben«, bleibt abzuwarten.

Komplexe Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich an komplexe Situationen anpassen, dass sie sich »*adaptativ*« verhalten, dass sie »lernende Systeme« sind (2). Der eingangs zitierte Satz von Sturmberg, dass zum Verständnis der heutigen Probleme die Einsicht dazu gehört, dass sie Folge von Entscheidungen der Vergangenheit sind, bei denen die Auswirkungen auf das Gesamtsystem nicht ausreichend bedacht wurden, trifft auch für die SARS-CoV-2-Pandemie zu. Deutschland hatte zwar – im Vergleich zu vielen anderen Ländern – nach der SARS- und MERS-Epidemie 2016/2017 einen Pandemieplan erarbeitet (111), aber Auswirkungen auf das Gesamtsystem, ausreichende und ausreichend lange Bevorratung von Schutzausrüstung für medizinisches Personal und Probleme bei der Wiedereröffnung passager geschlossener Schulen wurden nicht bedacht und geregelt. Mein Eindruck ist, dass wir hinsichtlich des Gesundheitswesens aktuell aus den Versäumnissen lernen, dass wir uns *adaptativ* verhalten und das Gesamtsystem im Auge behalten. Von Vorteil war, dass wir dabei die Erfahrungen aus Italien und China berücksichtigen konnten.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Zu Beginn der Pandemie war lediglich bekannt, dass es in Deutschland etwa 28000 intensivmedizinische Betten (Betten auf »*intensive care units*« (ICU)) gibt. Sehr schnell wurde zunächst auf lokaler Ebene, dann auf Bundesland-Ebene ein freiwilliges Meldesystem etabliert, um eine Übersicht über lokal vorhandene und kurzfristig neu zu schaffende ICU-Betten zu erhalten. Mit Hilfe dieses Meldesystems hatten Rettungsdienst und Krankenhäuser einen täglich aktualisierten Überblick über Belegungsauslastung bzw. freie Bettenkapazität. Im Bundesland Hessen erfolgte Ende März eine Einteilung in 6 Versorgungsgebiete, die um Großstädte mit Kliniken der Maximalversorgung gruppiert waren. Die ICU-Auslastung war regional unterschiedlich, bei Erreichen der Eskalationsstufe 2 des Krisenplans (mehr als 50 %-ige Auslastung der ICU mit COVID-19-Patienten) Ende April konnte ein benachbartes Versorgungsgebiet in Anspruch genommen werden. In *worst case*-Szenarien wurden für den Fall einer Überfüllung von Intensivstationen eine schnelle Verlegung anderer Patienten in – infolge herunter gefahrener Operationen unzureichend belegten – Rehabilitationskliniken angedacht und eine einzuhaltende Trennung möglicher Infektionswege sowie Maßnahmen zur Personalaufstockung vorbereitet. Das freiwillige Meldesystem zur ICU-Betten wurde Mitte April für alle Bundesländer verpflichtend gemacht und um gleichzeitige Meldungen zum Vorrat an PSA (persönlicher Schutzausrüstung) und an Masken erweitert. Dieses »lernende System« hat Deutschland ein »abpufferndes« Hochfahren der ICU-Betten und eine lokal flexible Auslastung ermöglicht

und so – bisher – eine Überschreitung der Kapazitätsgrenze von Intensivstationen verhindert.

Das angeführte Beispiel für *adaptatives* Lernen ist nicht nur ein Beispiel für methodisches Lernen in einer Krisensituation. Es ist auch ein Beispiel für eine Transformation und Integration des Teilsystems Gesundheitswesens in das größere gesamtgesellschaftliche System. Dass die auf der ökonomischen Ebene der ›Krankenhauslandschaft‹ untereinander konkurrierenden Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaften (kommunaler oder kirchlicher Träger versus Krankenhauskette versus Börsen-notierter Krankenhauskonzern) im Pandemiefall ›geräuschlos‹ fachlich und sachlich ›zum Wohle des Ganzen‹ kooperieren, ist nicht selbstverständlich und muss lobend erwähnt werden.

12.5 Handeln in Zeiten von fehlendem *explizitem* Wissen

Nach Ansicht des Physikers und Philosophen E. Kaeser ist das eigentliche Problem der jetzigen Situation ein gefährlicher Mix aus »schlecht geeichten Gefühlen und begrenztem Wissen« (112). Kein derzeit gesundheitspolitisch Handelnder hat selbst eine Pandemie wie z.B. die ›Spanische Grippe‹ von 1918 erlebt oder erlitten. Abrufbare und mitteilbare Informationen, Kenntnisse und explizites eigenes Wissen (*personal explicit knowledge*), das durch ›Leib-Engagement‹ gewonnen und ›einverleibt‹ zu Gewohnheiten und Haltungen werden konnte, hat niemand, um darauf in der aktuellen Situation zurückgreifen zu können.

Was wir haben, ist ein in Bibliotheken und Mediatheken gespeichertes kulturelles Wissen, ein *social explicit knowledge*, auf das wir zurückgreifen können und uns zu SARS, MERS oder zur Spanischen Grippe 1918 informieren können. Darüber hinaus haben wir das Internet, das uns über in verschiedenen Ländern aktuell gemachte Erfahrungen mit COVID-19 quasi in ›*real-time*‹ informiert. Beides kann uns Hilfe und Orientierung für die unbekannt aktuelle Situation geben. Auf die unterschätzte, aber enorme Bedeutung des *social explicit knowledge* hat der Soziologe H. Collins bereits vor 10 Jahren hingewiesen (77). Das kulturell vermittelte Wissen bestimmt in zunehmend stärkerem Maße unsere Lebenswelt als subjektive, persönliche Erfahrungen. Das *social explicit knowledge* ist das, was nach Verifizierung oder Falsifizierung von Hypothesen als gesicherte Erkenntnis der Wissenschaft ›gespeichert‹ und verfügbar ist und das, was nach Peirce eine ideale Forschergemeinschaft ›in the long run‹ an objektiver Wahrheit über Dinge der Realität erreichen kann (siehe Kapitel 3).

Als Motto wurde diesem Kapitel Wittgensteins Frage vorangestellt: »Wäre mein Wissen noch etwas wert, wenn es als Richtschnur des Handelns versagte? Und kann es nicht versagen?« (1).

Was das ärztliche Wissen zu einem neuen Infektionserreger und zur Situation einer Pandemie betrifft, so kann es unvollständig sein. Wenn wir aber via *social explicit knowledge* auf ähnliche Situationen wie die SARS- und MERS-Epidemie zurückgreifen und zeitnah und in globalem Stil zu SARS-Cov-2 und COVID-19 dazulernen, dann wird unser Wissen umfassender. Doch selbst ein umfassenderes fachliches Wissen kann nicht alleinige Richtschnur des Handelns in einer Pandemie sein, politische Entscheidungen müssen ethische und weitere Aspekte berücksichtigen. Wie in Kapitel 6 und 10 am Beispiel der Arzt-Patienten-Interaktion erörtert, erfordert eine gemeinsame Entscheidungsfindung die Berücksichtigung von Werten und Präferenzen des betroffenen Anderen.

Ein anderer Satz Wittgensteins »Ein Bild hielt uns gefangen.« (113) weist uns auf die Problematik von Metaphern (die Pandemie als Tsunami) und auf unsere »eingeborene« Sicht der Welt, auf unser weitgehend unreflektiert bleibendes Hintergrundverständnis unserer Lebenswelt hin (114). Übernommenes Hintergrundverständnis, kulturell vermittelte »Weltbilder« und humanistische Bildung (*Quidquid agis, prudenter agas et respice finem.*) sind Teile unseres *tacit knowledge*, unserer persönlichen Herangehensweise an Widerfahrnisse und Probleme. Sie machen das aus, was in der Situation fehlenden *expliziten Wissens* unser Handeln lenken kann. Und dieses *tacit knowledge* ist das, was in der Pandemie in der Ansprache der Bundeskanzlerin im März und in der Oster-Ansprache des Bundespräsidenten menschlich mitfühlend und sozial verbindend bei allen ankam.

Wittgensteins »Bild, das uns gefangen hielt« (113) weist uns darüber hinaus darauf hin, »dass wir Erkennen als etwas *Vermittlungsgebundenes* (miss)verstehen« (115a). Dieses (Miss-)Verständnis geht auf Descartes zurück, der in einem Brief geschrieben hat: »Ich bin sicher, dass ich von dem, was außerhalb meiner selbst ist, keine Erkenntnis haben kann außer durch Vermittlung der Ideen in meinem Inneren« (115a). Der cartesianischen Vermittlungstheorie der Erkenntnis hat die neuzeitliche Philosophie im Gefolge von Merleau-Ponty, Wittgenstein und auch Heidegger eine Kontakttheorie der Erkenntnis entgegengestellt. »Ein grundlegender Schritt, der zur Entstehung dieser Theorie führt, ist die neuerliche Einbettung des Denkens und Erkennens in die physischen und soziokulturellen Zusammenhänge, in denen gedacht und erkannt wird. Es wird versucht, den Rahmen oder Kontext zu artikulieren [...] und zu zeigen, inwiefern sich das nicht trennen lässt von unserem Tun als ebendiese körpergebundenen, sozialen und kulturellen Wesen. Der Kontakt, um den es hier geht, wird nicht auf der Ebene der IDEEN hergestellt, sondern er ist etwas Ursprüngliches, dem wir nie entkommen. Es ist der Kontakt lebendiger tätiger Wesen, zu deren Lebensform es gehört, dass sie in einer Welt handeln und sich an dieser Welt, die ihrerseits auf sie einwirkt, abarbeiten. [...] Dieser ursprüngliche Kontakt wiederum liefert den sinnstiftenden Kontext für alle ihre Erkenntnis-konstruktionen, die – egal in welchem Ausmaß sie sich auf ver-

mittelnde Abbildungen verlassen – in puncto Sinn von dieser ursprünglichen und unauflösbaren Involviertheit in die sie umgebende Wirklichkeit abhängen.« (115b).

12.6 Schlussbetrachtung: Was hat dies alles mit Thure von Uexküll zu tun?

Sinn und Zweck der Erörterung biopsychosozialer Aspekte der Pandemie und der Diskussion gesundheitspolitischer *Public-Health*-Überlegungen war es, aufzuzeigen, dass unser Involviertsein in die uns umgebende Wirklichkeit einer Pandemie, unsere ärztliche Verantwortung für unsere Patienten, unser leibliches Spüren der Quarantäne bedingten Isolation, unsere ans Herz gehenden Sorgen um gefährdete Angehörige u. a. m. den Kontext für unsere sinnstiftenden Erkenntnisstrukturen darstellen:

- für unsere Interpretationskonstrukte zum SARS-CoV2-Virus und seiner Umwelt,
- für unsere Erkenntnisstrukturen zu künftigen therapeutischen Optionen,
- für unseren Umgang mit den vielschichtigen Konsequenzen der Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung,
- für unsere *Exit*-Konzepte aus dem der Pandemie geschuldetem *Lockdown*,
- für unsere Wert-Entscheidungen zwischen Gesundheitsschutz und Freiheitsrechten,
- für ein Modell für die Einbettung der Gesundheit in ein größeres, die Wirtschaft und Politik mit umfassendes Gesamtsystem (2).

Thure von Uexkülls Sicht der Natur (siehe Kapitel 2), seine Sicht des Menschen und der Medizin (siehe Kapitel 1 und 4), seine systemtheoretische Betrachtungsweise und seine Betonung, dass Modelle »lernende Modelle« sein müssen (siehe Kapitel 3) erweisen sich als unverändert aktuell. Die in Auseinandersetzungen mit Uexküll'schem Denken zu eigenem *tacit knowledge* geronnenen Einsichten haben mir in Jahrzehnten ärztlicher Tätigkeit geholfen, auch in komplexen Situationen handeln zu können und geben auch in der aktuellen Pandemie Orientierung und Kraft.

Am Ende seines Buchs »Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie« (4) resümiert von Uexküll, dass »der Mensch immer wieder neue Entwürfe aufstellen muss, in denen er einen Anfang und ein Ende und somit einen Halt und eine Orientierung für seine Zeit findet. Doch alle diese Entwürfe können wieder dem Zweifel anheimfallen, mit dem dann die Verzweiflung von neuem an ihn herantritt und ihn zu neuen Entwürfen zwingt.« (4a). Tiere leben – wie Jakob von Uexküll gezeitigt hat – in ihren artgemäßen Umwelten. »Der Mensch aber muss

sich seine Welt auf Grund von Entwürfen aufbauen, die er selbst erfindet. [...] Diese Entwürfe [...] dienen der Erfahrung und werden mit jedem Erfahren von neuem in Frage gestellt; denn ihr letzter Sinn besteht ja darin, sich ihr eigenes Gelingen oder Versagen widerfahren zu lassen.« (4b) (siehe Kapitel 2).

Auch komplexe Situationen können mit *adaptiertem* Lernen gehandhabt, geregelt und in ein neues Gleichgewicht gebracht werden.

Literatur

- 1 Wittgenstein L. Über Gewissheit. Herausgegeben von G.E.M. Anscombe und G.H. Wright. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, 1970. 13. Auflage 2015: S 409 (S. 105).
- 2 Sturmberg JP. Health System Redesign. How to Make Health Care Person-Centered, Equitable, and Sustainable. Cham, Switzerland: Springer International Publishing AG; 2018. a) S. 1; b) S. 4.
- 3 Kirsner JB. Historical aspects of inflammatory bowel diseases. J Clin Gastroenterol 1988; 10: 286-297.
- 4 von Uexküll T. Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie. Sammlung Dalp 13, Leo Lehnen Verlag, München, 1953. a) S. 242; b) S. 246.
- 5 Young E. Winzigen Gefährten – Wie Mikroben uns eine umfassende Ansicht vom Leben vermitteln. München: Verlag Antje Kunstmann GmbH; 2018.
- 6 de Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: Recent insights into emerging coronaviruses. Nat. Rev. Microbiol. 2016, 14, 523-534. <https://www.nature.com/articles/nrmicro.2016.81.pdf>.
- 7 Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. 2019; 17(3): 181-92. <https://www.nature.com/articles/s41579-018-0118-9.pdf>.
- 8 Banerjee A, Kulcsar K, Misra V, Frieman M, Mossman K. Bats and coronaviruses. Viruses. 2019; 11(1):E41. <https://doi.org/10.3390/v11010041>.
- 9 Song Z, Xu Y, Bao L, Zhang L, Yu P, Qu Y, et al. From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. Viruses. 2019; 11(1):E59. <https://doi.org/10.3390/v11010059>.
- 10 Fan Y, Zhao K, Shi Z-L, Zhou P. Bat Coronaviruses in China. Viruses 2019; 11(3) : 210; <https://doi.org/10.3390/v11030210>.
- 11 Andersen, K.G., Rambaut, A., Lipkin, W.I. et al. The proximal origin of SARS-CoV-2. Nat Med 26, 450-452 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>.
- 12 Xu J; Zhao S, Teng T, et al. Systematic comparison of two animal-to-human transmitted human coronaviruses: SARS-CoV-2 and SARS-CoV. Viruses 2020; 12(2): 244. <https://doi.org/10.3390/v12020244>.

- 13 Wu A, Peng Y, Huang B, Ding X, Wang X, Niu P, et al. Genome composition and divergence of the novel coronavirus (2019-nCoV) originating in China. *Cell Host Microbe* 2020. Published February 7, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.02.001>.
- 14 Paraskevis D, Kostaki EG, Magiorkinis G, Panayiotakopoulos G, Sourvinos G, Tsiodras S. Full-genome evolutionary analysis of the novel corona virus (2019-nCoV) rejects the hypothesis of emergence as a result of a recent recombination event. *Infect Genet Evol.* 2020; 79: 104212. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1567134820300447?token=009B82010901629170C6DA724B7236EA9A300BoB88E2671Bo5865D2F7BE0908A515EA76DE5523649ACE38F092D3C306>.
- 15 Letko M, Marzi A, Munster V. Functional assessment of cell entry and receptor usage for SARS-CoV-2 and other lineage B betacoronaviruses. *Nat Microbiol.* 2020. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0688-y>.
- 16 Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020. Published online January 29, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>.
- 17 Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020; 395(10223): 507-13. Published online January 29, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7).
- 18 Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e488-96. Published online February 28, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30074-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7).
- 19 McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *NEJM* 2020. Published online March 27, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>.
- 20 Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin D-Y, Chen L, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA* 2020. Published online February 21, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>.
- 21 Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020; 382(8): 727-33. Published online January 24, 2020. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2001017>.
- 22 Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.

- 23 Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
- 24 Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.
- 25 Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395(10223): 497-506. Published online January 24, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- 26 Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395(10229): 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
- 27 Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5).
- 28 Dreher M, Kersten A, Bickenbach J, Balfanz P, Hartmann B, Cornelissen C, et al. The characteristics of 50 hospitalized COVID-19 patients with and without ARDS. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 271-8. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0271>.
- 29 Chung M, Bernheim A, Mei X, Zhang N, Huang M, Zeng X, et al. CT imaging features of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). *Radiology* 2020; 200-230. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020200230>.
- 30 Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. Potential effects of coronaviruses on the cardiovascular system. A review. *JAMA Cardiology* 2020. Published online March 27, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1286>.
- 31 Patel AB, Verma A. COVID-19 and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers. *JAMA* 2020. Published online March 24, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama2020.4812>.
- 32 Wendt R, Beige J, Lübbert C. COVID-19 – Der Einfluss von Antihypertonika. *Dtsch Arztebl* 2020; 117(13):A 664-7.
- 33 Lillicap D. Disseminated intravascular coagulation in patients with 2019-nCoV pneumonia. *J Thromb Haemost.* 2020 Apr; 18(4): 786-787. <https://doi.org/10.1111/jth.14781>.
- 34 Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost.* 2020 Apr; 18(4): 844-847 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jth.14768>.

- 35 Zhang L, Yan X, Fan Q, Liu H, Liu X, Liu Z, et al. D-dimer levels on admission to predict in-hospital mortality in patients with Covid-19. *J Thromb Haemost* 2020. Published online Apr 19, 2020. <https://doi.org/10.1111/jth.14859>.
- 36 Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost*. 2020. <https://doi.org/10.1111/jth.14817>.
- 37 Gu J, Han B, Wang J, COVID-19: Gastrointestinal manifestations and potential fecal-oral transmission. *Gastroenterology* 2020; 158: 1518-1519. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.054>.
- 38 Xiao F, Tang M, Zheng X et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology* 2020; 158: 1831-1833. [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)30282-1/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)30282-1/pdf).
- 39 Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Crae for critically ill patients with COVID-19. *JAMA* 2020. Published online March 11, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama2020.3633>.
- 40 Surviving Sepsis Campaign. Guidelines on the management of critically ill adults with COVID-19. *JAMA* 2020. Published online March 26, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama2020.4914>.
- 41 Kluge S, Janssens U, Welte T, Weber-Carstens S, Marx G, Karragiannidis C. Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *MedKlin IntensivmedNotfmed*2020 · 115: 175-177. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00674-3>.
- 42 Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy region, Italy. *JAMA* 2020. Published online April 6, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394>.
- 43 RKI. SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Stand 24.4.20. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html.
- 44 Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Schwereinschätzung von COVID-19 mit Vergleichsdaten zu Pneumonien aus dem Krankenhausentel für schwere akute Atemwegserkrankungen am RKI (ICOSARI). *Epid Bull* 2020; 14: 3-9. <https://doi.org/10.25646/6601>.
- 45 Yousefifard M, Zali A, Mohamed Ali K, Madani Neishaboori A, Zarghi A, Hosseini M, Safari S. Antiviral therapy in management of COVID-19: a systematic review on current evidence. *Arch Acad Emerg Med* 2020; 8(1): e45. Published online April 6, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156260/pdf/aaem-8-e45.pdf>.
- 46 Zhou Y, Hou Y, Shen J, et al. Network-based drug repurposing for novel coronavirus 2019-nCoV/SARS-CoV-2. *Cell Discov* 6, 14 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41421-020-0153-3>.

- 47 Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic treatments for coronavirus disease 2019 (COVID-19) – A review. *JAMA* 2020. Published online April 13, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6019>.
- 48 Stahlmann R, Lode H. Therapie von COVID-19 – erste klinische Studien mit verschiedenen Wirkstoffen. *Deutsches Ärzteblatt* 2020; 117(13): 213-9. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0213>.
- 49 Medikamentöse Therapie bei Covid-19: Was wissen wir zu den aktuell empfohlenen, aber noch nicht zugelassenen Arzneimitteln? *Der Arzneimittelbrief* 2020; 54(4): 25-29.
- 50 Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Res*. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41422-020-0282-0>.
- 51 Grein J, Ohmagari N, Shin D, et al. Compassionate use of remdesivir for patients with severe covid-19. *NEJM* 2020: online published April, 10, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007016>.
- 52 Ledford H. Hopes rise for coronavirus drug remdesivir. *Nature* 2020: Published online April 29, 2020. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01295-8>.
- 53 Gao J, Tian Z, Yang X. Breakthrough: chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *Biosci Trends* 2020; 14(1): 72-73. <https://doi.org/10.5582/bst.2020.01047>.
- 54 Chen Z, Hu J, Zhang Z, Jiang S, Han S, et al. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial. *medRxiv preprint* <https://doi.org/10.1101/2020.03.22.20040758>.
- 55 Shi S, Qin M, Shen B, et al. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiol*. Published online March 25, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.0950>.
- 56 Borba MGS, Val FFA, Sampaio VS, et al.; CloroCovid-19 Team. Effect of high vs low doses of chloroquine diphosphate as adjunctive therapy for patients hospitalized with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2020; 3(4):e208857. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8857>.
- 57 Fihn SD, Perencevich E, Bradley SM. Caution needed on the use of chloroquine and hydroxychloroquine for coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open* 2020. Published online April 24, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9035>.
- 58 Lamontagne F, Angus DC. Toward universal deployable guidelines for the care of patients with COVID-19. *JAMA* 2020. Published online March 26, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5110>.
- 59 Kalil AC. Treating COVID-19—Off-label drug use, compassionate use, and randomized clinical trials during pandemics. *JAMA* 2020. Published online March 24, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4742>.

- 60 McDermott MM, Newman AB. Preserving clinical trial integrity during the coronavirus pandemic. *JAMA*. Published online March 25, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4689>.
- 61 Chen L, Xiong J, Bao L, Shi Y. Convalescent plasma as a potential therapy for COVID-19. *Lancet Infect Dis*. 2020. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30141-9](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30141-9).
- 62 Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections—More Than Just the Common Cold. *JAMA* 2020; published online: January 23, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.0757>.
- 63 Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch-Institut –2019/2020. *Epidem Bull* 2019; Nr. 34: 313 -360.
- 64 Modin D, Jorgensen ME, Gislason G, Jensen JS, Kober L, Clagett B, et al. Influenza vaccine in heart failure. Cumulative number of vaccinations, frequency, timing, and survival: A Danish nationwide cohort study. *Circulation* 2018; 139. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.036788>.
- 65 Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol*. 2014; 24(18):R875-R878. <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S0960-9822%2814%2900770-2>.
- 66 Druss BJ. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry* 2020. Published online April 3, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0894>.
- 67 Hatchett RJ, Mecher CE, Lipsitch M. Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic. *PNAS* 2007; 104(18): 7582-7587. <https://pdfs.semanticscholar.org/93b5/obdee758b70f8d967a891d3bfb75b5091fid.pdf>.
- 68 Swerdlow DL, Finelli L. Preparation for possible sustained transmission of 2019 novel coronavirus – Lessons from previous epidemics. *JAMA* 2020. Published online February 11, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1960>.
- 69 Imperial College COVID-19 Response Team. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. 16 March, 2020. <http://doi.org/1025561/77482>.
- 70 RKI. COVID-19: Jetzt handeln, vorausschauend planen. Strategie-Ergänzung zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen (2.Update). *Epidem Bull* 2020; 12: 3-6 vom 19. März 2020. <https://doi.org/10.25646/6540.2>.
- 71 RKI. Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2. Stand: 16.4.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html;jsessionid=D62381A9563B7B939FD63F89B4027D34.internet071#doc13516162bodyText4.

- 72 Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA* 2020. Published online March 12, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.
- 73 Hick JL, Biddinger PD. Novel Coronavirus and old lessons – preparing the health system for the pandemic. *NEJM* 2020. Published online March 25, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005118>.
- 74 Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020. Published online Feb 4, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8).
- 75 Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA* 2020. Published online April 7, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>.
- 76 Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3): e203976. Published online March 23, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- 77 Collins H. *Tacit and Explicit Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press; 2010.
- 78 Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Chapter 11: Knowledge that versus knowledge how: situating the EBM position on expert clinical judgement. *BMJ Books*, Wiley-Blackwell, 2011, pp. 158-183.
- 79 Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ* 1981; 282; 1847-1851.
- 80 Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 32-38.
- 81 Cowling BJ, Zhou Y, Leung GM, Aiello AE. Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review. *Epidemiol Infect* 2010; 138: 449-456. <https://doi.org/10.1017/S0950268809991658>.
- 82 Offeddu V, Yung CF, Low MSE, Tam CC. Effectiveness of masks and respirators against respiratory infections in healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2017; 65(11): 1934-1942. <https://doi.org/10.1093/cid/cix681>.
- 83 Radonovich LJ, Simberkoff MS, Bessesen MT, et al. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel. A randomized clinical trial. *JAMA* 2019; 322(9): 824-833. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.11645>.
- 84 Desai AN, Mehrotra P. Medical masks are a tool that can be used to prevent the spread of respiratory infection. *JAMA* 2020; published online March 4, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2331>.
- 85 BfArM. Hinweise des BfArM zur Verwendung von selbst hergestellten Masken (sog. »Community-Masken«), medizinischem Mund-Nasen-Schutz (MNS)

- sowie filternden Halbmasken (FFP2 und FFP3) im Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2/Covid-19). <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>.
- 86 Feng S, Shen C, Xia N, Song W Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020; published online March 20, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30134-X).
 - 87 WHO. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: when and how to use masks. 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>.
 - 88 CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): steps to prevent illness. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/preventionandtreatment.html>.
 - 89 Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Universal masking in hospitals in the covid-19 era. *NEJM* 2020; published online April 1, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006372>.
 - 90 Ranney ML, Griffith V, Jha AK. Critical supply shortages — The need for ventilators and personal protective equipment during the covid-19 pandemic. *NEJM* 2020. Published online March 25, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006141>.
 - 91 RKI. Mögliche Maßnahmen zum Ressourcen-schonenden Einsatz von MundNasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken in Einrichtungen des Gesundheitswesens bei Lieferengpässen im Zusammenhang mit der neuartigen Coronavirus-Erkrankung COVID-19. Stand 14.4.20. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ressourcen_schonen_Masken.pdf?__blob=publicationFile.
 - 92 Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Benutzung von Masken bei Lieferengpässen – besser eine textile Maske aus Extraherstellung als überhaupt keine Maske. https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_03_29_DGKH_HygT_Masken.pdf.
 - 93 Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan K-H, McDevitt JJ, Hau BJP, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. *Nature Medicine* 2020. Published online April 03, 2020. <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0843-2>.
 - 94 Bae S, Kim M-C, Kim J-Y, et al. Effectiveness of surgical and cotton masks in blocking SARS-CoV-2: a controlled comparison in 4 patients. *Annals of Internal Medicine* 2020 Published online April 6, 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-1342>.
 - 95 Remane A. Sozialleben der Tiere. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; 1971: 13-14.
 - 96 Gostin LO, Wiley LF. Governmental public health powers during the COVID-19 pandemic – stay-at-home orders, business closures, and travel restrictions. *JAMA* 2020. Published online April 2, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5460>.

- 97 Ebrahim SH, Memish ZA. COVID-19 – the role of mass gatherings. *Travel Medicine and Infectious Disease* 2020. Accepted March 4, 2020. <http://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101617>.
- 98 Pressemitteilung des Flughafens Frankfurt. *Wiesbadener Kurier* vom 26.4.20.
- 99 Alexander GC, Qato DM. Ensuring access to medications in the US during the COVID-19 pandemic. *JAMA* 2020. Published online April 9, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6016>.
- 100 Wie rasch aus dem Shutdown? Wissenschaftler bewerten verschiedene Exit-Strategien und machen Vorschläge – *Medscape* – 21. Apr 2020. https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4908817_print.
- 101 Deutscher Ethikrat. Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung. Berlin, 27. März 2020. <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/>.
- 102 Schrappe M, Francois-Kettler H, Gruhl M, Knieps F, Pfaff H, Glaeske G. Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. 5. April 2020. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/thesenpapier_endfassung_200405.pdf.
- 103 Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften. Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden. 13. April 2020. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_04_13_Coronavirus-Pandemie-Die_Krise_nachhaltig_%C3%BCberwinden_final.pdf.
- 104 Gostin LO, Hodge JG. US emergency legal responses to novel coronavirus – Balancing public health and civil liberties. *JAMA* 2020. Published online February 13, 2020. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2015>.
- 105 Riedl R. *Strukturen der Komplexität. Eine Morphologie des Erkennens und Erklärens.* Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 2000.
- 106 Vollmer G. *Was können wir wissen? Band 1: Die Natur der Erkenntnis. Beiträge zur evolutionären Erkenntnistheorie.* 3. Aufl. Stuttgart: S. Hirzel Verlag; 2003.
- 107 Vollmer G. *Was können wir wissen? Band 2: Die Erkenntnis der Natur. Beiträge zur modernen Naturphilosophie.* 3. Aufl. Stuttgart: S. Hirzel Verlag; 2003.
- 108 Vollmer G. *Wieso können wir die Welt erkennen? Neue Beiträge zur Wissenschaftstheorie.* Stuttgart: S. Hirzel Verlag; 2003.
- 109 Wieser W. *Gehirn und Genom. Ein neues Drehbuch der Evolution.* München: Verlag C.H. Beck; 2007.
- 110 Hasler G. *Die Darm-Hirn-Connection. Revolutionäres Wissen für unsere psychische und körperliche Gesundheit.* Stuttgart: Schattauer Verlag; 2019.
- 111 RKI. Nationaler Pandemieplan. Teil I – Strukturen und Maßnahmen. 2017. <https://edoc.rki.de/handle/176904/187>. RKI. Nationaler Pandemieplan. Teil II

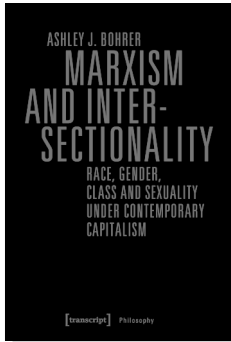
- Wissenschaftliche Grundlagen. Erscheinungsdatum 4.4.2016 <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2016-004.5>
- 112 Kaeser E. Klopapier-Panik und Krise der Rationalität – schaukeln sich Angstschwingungen hoch, droht eine Resonanzkatastrophe. Neue Züricher Zeitung, 28.3.20. <https://www.nzz.ch/meinung/klopapier-panik-und-krise-der-rationalitaet-schaukeln-sich-angstschwingungen-hoch-droht-eine-resonanzkatastrophe-ld.1547377>.
- 113 Wittgenstein L. Philosophische Untersuchungen. Frankfurt: Suhrkamp Verlag; 2003. 7.Auflage 2015: § 115 (S. 82).
- 114 Blumenberg H. Theorie der Lebenswelt. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2010.
- 115 Dreyfus H, Taylor C. Retrieving Realism. Harvard: Harvard University Press; 2015. Deutsch: Die Wiedergewinnung des Realismus. Berlin: Suhrkamp Verlag; 2016. a) Seite 12; b) Seite 41.

Nachweise

1. Was ist Integrierte Medizin? Skizzen eines Gedankengebäudes
Vortrag 19.10.18 Glottertal, Tagung der Akademie für Integrierte Medizin, unveröffentlichtes Manuskript.
2. Thure von Uexküll: ›Der Mensch und die Natur – Grundzüge einer Naturphilosophie‹ – 1953 und heute. Zeigegesten für Zeitgenossen – vergleichende Buchbesprechungen
Manuskript, Frühjahr 2017, modifizierte Version am 02.06.2017 auf der Webseite der AIM veröffentlicht (https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2017/06/Zur-Naturphilosophie-Thure-von-Uexk%C3%BClls-3-Buchbesprechungen_Mai-20171.pdf)
3. Systemtheorie, Semiotik und Konstruktivismus – theoretische Grundlagen der Integrierten Medizin Thure von Uexkülls
Überarbeitung eines Manuskripts von 2013, unveröffentlicht, Januar 2019
4. Was weiß die Medizin vom Menschen? Biologische und philosophische Aspekte eines Bilds vom Menschen und Thure von Uexküll's Plädoyer für ein ärztliches Menschenbild (1986)
Unveröffentlichtes Manuskript, März 2018
5. Von trivialen und nicht-trivialen Diagnosen, von Krankheiten als realen oder hypothetischen Entitäten und von funktioneller Gesundheit
Unveröffentlichtes Manuskript, Frühjahr 2019
6. Sprechstunde – Zuhören ist die Seele des Gesprächs
Überarbeitete und aktualisierte Fassung eines Vortragsmanuskripts und einer Publikation (Die Sprechstunde – Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs, Anaesthesist 2007; 56: 78-91.), April 2018
7. Was ist, wie geht und wozu braucht es ›mindful practice‹? Über ärztliche Praxis und ärztliche Professionalität
Manuskript, Juli 2018 / um das letzte Drittel gekürzte Version am 17.05.2020 unter dem Titel: Achtsame Praxis – Zur unveränderten Aktualität von Epsteins ›mindful practice‹ (1999), auf der Webseite der AIM veröffentlicht (https://uexkuell-akademie.de/wp-content/uploads/2020/05/20201705Lei%C3%9F_mindful-practice_2020.pdf)

8. Reflektierte Kasuistik – Reflektionen zu Störungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Möglichkeiten der Wiederherstellung von Resonanz
Unveröffentlichtes Manuskript, Sommer 2018
9. G. Engel's biopsychosoziales Modell 40 Jahre später – eine Bestandsaufnahme
Unveröffentlichtes Manuskript, Frühjahr 2018
10. Salutogene Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses
Unveröffentlichtes Manuskript, Dezember 2018
11. Von der Theorie zur Praxis – Wie bekommt man Integrierte Medizin im ärztlichen Alltag ›gebacken‹?
Vortrag 19.10.18 Glotttertal, Tagung der Akademie für Integrierte Medizin. Unveröffentlichtes Manuskript.
12. Die SARS-CoV-2-Pandemie – Bio-psycho-soziale Aspekte zu Covid-19, Beobachtungen zu systemischen Perturbationen und Adaptationen sowie Gedanken zum Handeln in Zeiten von fehlendem explizitem Wissen
Unveröffentlichtes Manuskript, April 2020

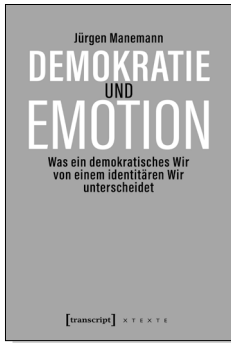
Philosophie



Ashley J. Bohrer

Marxism and Intersectionality
Race, Gender, Class and Sexuality
under Contemporary Capitalism

2019, 280 p., pb.
29,99 € (DE), 978-3-8376-4160-8
E-Book: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4160-2



Jürgen Manemann

Demokratie und Emotion
Was ein demokratisches Wir
von einem identitären Wir unterscheidet

2019, 126 S., kart.
17,99 € (DE), 978-3-8376-4979-6
E-Book: 15,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4979-0



Harald Lemke

Szenarien der Ernährungswende
Gastrosophische Essays
zur Transformation unserer Esskultur

2018, 396 S., kart.
29,99 € (DE), 978-3-8376-4483-8
E-Book: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4483-2
EPUB: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4483-8

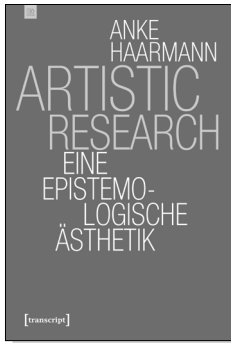
**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**

Philosophie



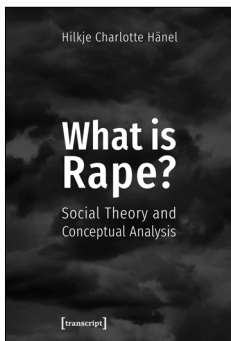
Jürgen Manemann, Eike Brock
Philosophie des HipHop
Performen, was an der Zeit ist

2018, 218 S., kart.
19,99 € (DE), 978-3-8376-4152-3
E-Book: kostenlos erhältlich als Open-Access-Publikation,
ISBN 978-3-8394-4152-7



Anke Haarmann
Artistic Research
Eine epistemologische Ästhetik

2019, 318 S., kart.
34,99 € (DE), 978-3-8376-4636-8
E-Book: 34,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4636-2
EPUB: 34,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4636-8



Hilkje Charlotte Hänel
What is Rape?
Social Theory and Conceptual Analysis

2018, 282 p., hardcover
99,99 € (DE), 978-3-8376-4434-0
E-Book: 99,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4434-4

**Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten
finden Sie unter www.transcript-verlag.de**