

*Peter F. Matthiessen (Universität Witten/Herdecke, D)*

## **Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine und Narrative based Medicine**

**Ärztliches Erkennen bewegt sich im Spannungsfeld zwischen allgemeiner Krankheitslehre und individueller Krankheitssituation. Ausgangspunkt aller medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis ist dabei der Einzelfall; und der Endpunkt ärztlichen Handelns ist wiederum der Einzelfall. Vom „Fall“ aus, von kasuistischer Forschung also, nimmt nomothetisch ausgerichtete Forschung ihren Weg zur Suche allgemeiner Regeln.**

Indem der Arzt seinen Behandlungsauftrag nicht von einem Kollektiv oder einer Institution, sondern von einer konkreten, also unaustauschbaren Person in einer lebensgeschichtlich einmaligen, also nicht wiederholbaren Situation erhält, nimmt sein diagnostisches Erkennen und sein therapeutisches Handeln seinen Ausgang vom Hilfesuchen eines einzelnen Menschen, der gesundheitsbedingt in eine Notsituation geraten ist. Eine individuelle Person also ist es, von dem die ärztliche Praxis ihren Ausgang nimmt.

Durch den Behandlungsauftrag des Kranken entsteht dem Arzt die Verpflichtung, dem Patienten nicht nur gut gemeinte, sondern kompetente, durch professionsspezifisches Wissen und Können gestützte Hilfe zukommen zu lassen, was seine Befähigung zu erkennendem Durchdringen der je vorliegenden Notsituation voraussetzt.

Aus diesem Bemühen speist sich die ärztliche Erkenntnislehre einerseits und die medizinische Wissensgenerierung andererseits. Insofern dabei das Ziel und die Methodik verfolgt wird, von der Einzelercheinung, vom Einzelfall ausgehend zu generellen, verallgemeinerbaren Sichtweisen, Gesetzmäßigkeiten und Regeln zu gelangen, sprechen wir den dadurch gewonnenen Einsichten die Eigenschaft zu, Wissenschaft zu sein, ein Wissen also, das um die Bedingungen seines Zustandekommens, um den Grad seiner Sicherheit und auch die Grenzen seiner Gültigkeit weiß, kurzum: ein Wissen, das weiß, was es weiß und das weiß, wie es weiß, was es weiß – und also auch weiß, was es nicht weiß.

### **Kurze Epistemologie der ärztlichen Erkenntnisbildung**

Im Hinblick auf das Erkennen desjenigen, was wir – alltagsweltlich wie auch im Sinne der empirischen Wissenschaften – als die Realität oder objektive Wirklichkeit bezeichnen, zeigt sich, dass diese nicht etwas durch die äußere Anschauung bereits Mitgeliefertes, sondern etwas dem menschlichen Erkenntnisbemühen zur Bewerkstelligung Aufgegebenes ist: Was uns die Summe unserer jeweiligen Sinneserfahrungen zu liefern vermag, ist stets nur die halbe, die eine Seite der Wirklichkeit; ihre ergänzende andere Seite erschließt sich erst mit den – durch die menschliche Denktätigkeit hervorgebrachten – dazugehörigen Begriffe.

Aus dem Erleben des Unvollständigen, Fragmentarischen, Instantanen und Ergänzungsbedürftigen unserer Sinneserfahrung entspringt das Bestreben, die sinnenfällig gegebene Welt durch begriffliche

Deutungen zu ergänzen, um die einzelnen, unzusammenhängenden Sinneseindrücke in übergreifende, gesetzmäßige Zusammenhänge einordnen zu können. Die Begriffsformen, die wir in unserem Denken entwerfen, um die Sinneseindrücke zu umfassenden Gebilden zu ergänzen, bezeichnen wir als Theorien oder Modelle. Die Tatsache, dass es sich bei ihnen um von uns selbst hervorgebrachte, frei gewählte Entwürfe handelt – und keineswegs um zwingend vorgegebene Denkfiguren-, bedeutet zugleich die Möglichkeit des Irrtums bzw. der Modell- und Methodenwillkür.

Im Gegensatz zu Produkten unserer Phantasie fordern wir gleichwohl von einem Modell, dass es dem „Original“ angemessen, ihm adäquat sei, d. h. über eine hinreichende Isomorphie im Hinblick auf wesentliche Struktureigenschaften verfügt.

Schon ein Blick auf unser alltagsweltliches Beobachten zeigt uns, dass dieses kaum je ein passives, begriffs- bzw. theoriefreies Registrieren von etwas als solchem darstellt, sondern – wenn auch in der Regel unbemerkt – eine theoriegeleitete Aufmerksamkeit, mit Hilfe derer wir aus dem Gesamt des phänomenal Gegebenen Fokussierungen und Selektionen vornehmen, Gewichtungen und Hierarchisierungen durchführen, kurzum: wir selbst es sind, die das uns „wesentlich“ Erscheinende dadurch „realisieren“, dass wir Begegnendes im Licht von Begriffen, Theorien, Modellen betrachten. Pointiert können wir sagen: wir selbst sind Mitwirkende bei der Verwirklichung dessen, was wir sowohl lebensweltlich als auch im Rahmen der empirischen Wissenschaften als Wirklichkeit bezeichnen. [1]

Denn zwischen lebensweltlicher und wissenschaftlicher – auch experimenteller – Beobachtung besteht kein grundsätzlicher, sondern nur ein gradueller Unterschied. Die Tatsache, dass nicht nur in unsere Beobachtungsergebnisse, sondern auch beim Zustandekommen all unserer wissenschaftlichen – und auch experimentell – gewonnenen „Fakten“ stets unsere eigene Beobachtungstätigkeit mit eingeht, also auch sog. „objektive Daten“ stets das Ergebnis unserer eigenen, durch eine bestimmte Denkrichtung geleitete Erkenntnistätigkeit sind – und keineswegs eine vom Erkenntnissubjekt losgelöste und unabhängig von ihm existierende Realität darstellen –, findet sich in der Medizin in der Regel zugunsten eines naiven Objektivismus vernachlässigt.

Aber gerade für die Medizin, die es in bezug auf ihr Subjekt-Objekt-Verhältnis immer mit einer mehrdimensionalen, höchst vielschichtigen Begegnung von Mensch zu Mensch zu tun hat, der „Gegenstand“ mithin nie nur Objekt, sondern stets auch Subjekt ist, stellt sich die Aufgabe, den je

eingenommenen Standpunkt offenzulegen und zugleich nach ergänzenden Perspektiven bzw. Deutungsmöglichkeiten Ausschau zu halten. Wir werden Unterschiedliches gewahr, der „Fall“ erscheint in einem anderen Licht, je nachdem aus welcher Perspektive, mit welcher Interessenlage und mit welchen Erkenntnismitteln wir dem Kranken begegnen. [1, 2] Dabei gilt es im Auge zu behalten, dass medizinische Erkenntnisgewinnung für den Arzt nie Selbstzweck ist bzw. sein sollte, sondern sich nur insoweit legitimiert, als sie dazu dient, eine konkrete ärztliche Problemstellung in praxi wirksam und verantwortungsvoll zu lösen.

Mit der besonderen Krankheitssituation eines je konkreten und insofern unaustauschbaren Patienten konfrontiert, ist der Arzt dennoch bestrebt, ihn, den Kranken, nicht nur im Hinblick auf seine Einzigartigkeit ins Auge zu fassen und mithin dessen Kranksein nicht nur als „Fall für sich“, sondern als „Fall von etwas“ zu begreifen, d. h. ihn unter allgemeine Gesetze zu fassen. Was aber ist das Allgemeine, das allen – (oder doch vielen besonderen Fällen) Gemeine und in welchem Verhältnis steht es zum Besonderen des einzelnen Falls?

Seit Windelband [3] sind wir gewohnt, in methodischer Hinsicht zwischen nomothetischer und idiographischer Forschung zu unterscheiden.

Letztere hat im Zuge der Erfolgsgeschichte des biomedizinischen Modells in der Medizin und der mit ihr in methodischer Hinsicht eng assoziierten Evidence based Medicine eine Marginalisierung erfahren. Gleichwohl ist seit einiger Zeit eine Rückbesinnung darauf zu beobachten, dass es der individuelle Patient und die mit ihm verbundene gesundheitliche Problemsituation ist, also der Einzelfall, der die Ausgangssituation und der Bezugspunkt einer jeden ärztlichen Praxis darstellt.

Als ein Gegengewicht zur Methodik des statistischen Schließens und einer mit ihr einhergehenden Flucht in die große Zahl wird in jüngerer Zeit verstärkt das Erfordernis artikuliert, Einzelfallforschung intensiviert zu betreiben und in den Fachzeitschriften die gute, aussagekräftige und lehrreiche Kasuistik wieder neu zu entdecken. Es scheint mir bezeichnend zu sein, dass neben Psychiatern und Psychotherapeuten gerade nieder-gelassene Ärzte für Allgemeinmedizin das Anliegen verfolgen, die Schieflage einer einseitig biowissenschaftlich ausgerichteten Medizin durch eine ergänzende In-Dienst-Nehmung qualitativer Methoden, nämlich narrativer Elemente und hermeneutischer Verstehensansätze versuchen auszutariieren, worauf ich an späterer Stelle detaillierter eingehen werde.

Gleichwohl finden wir in der Medizin, zumal dort, wo es um naturwissenschaftliche Fragestellungen geht, die Dominanz einer Einstellung vor, die auch den Ergebnissen akribischer, qualitativ guter Einzelfallforschung allenfalls eine hypothesengenerierende Funktion zubilligt. Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien werden vom derzeit noch mitgliederreichsten Denkkollektiv weiterhin als die allein seligmachende Methode der Hypothesenkonfirmierung angesehen.

## Das Verhältnis des Einzelfalls zum Allgemeinen

„Ein Fall ist kein Fall“ ist denn auch ein inzwischen häufig zu hörender Slogan in der Medizin, nicht nur aus dem Munde von Pharmakologen und Biometrikern, sondern auch von Klinikern – und zwar gerade dort, wo diese in geradezu eschatologischer Verbissenheit das Etikett der Wissenschaftlichkeit in Anspruch zu nehmen bemüht sind. Aber einmal abgesehen davon, dass es für einen an einer eher bodenständigen Logik orientierten Arzt, der nicht im Besitz höherer mathematischer Weihen ist, schwer nachvollziehbar ist, inwiefern etwas, das nichts ist, im Zuge seiner Vervielfältigung etwas sein soll: Sagen wir diesen Satz doch einmal den sich uns anvertrauenden Patienten, zumal denjenigen, die wir für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie gewinnen wollen! [2]

Nun ist dieser Satz natürlich nicht wörtlich gemeint. Als kritischer Hinweis darauf verstanden, dass Generalisierungsfähigkeit beanspruchende Aussagen nicht auf Beobachtungen an einem einzigen oder wenigen isolierten Fällen zu gründen sind, kann man ihm zweifellos zustimmen. Der Kontext, innerhalb dessen diese Aussage aber gemeinhin getroffen wird, macht deutlich, dass er so keineswegs gemeint ist. Vielmehr liegt ihm die induktionistische Überzeugung zugrunde, dass allgemeine Aussagen grundsätzlich nur auf dem Boden einer großen Zahl wiederholter Beobachtungen bzw. aufgrund von statistischen Ergebnissen an hinreichend großen Patientenkollektiven getroffen werden können.

Im Gegensatz hierzu steht das auch und gerade für die Medizin so bezeichnende Phänomen, dass wir alle bedeutsamen Entdeckungen nicht etwa der Statistik, sondern der Intuition verdanken! Die dabei aufgefundenen Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten erweisen sich keineswegs als Ergebnis induktiv gewonnener subsumptionslogischer Operationen, sondern als unvermitteltes, gleichsam „aufblitzendes“ Gewahrwerden einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit am und innerhalb des einzelnen Falls.

Zwar ist es bezeichnend, dass uns das intuitive Erfassen der inneren Gesetzmäßigkeit eines äußeren Erscheinungszusammenhangs nur dort gelingt, wo wir uns bereits in einem intensiven und in der Regel schon lange währenden Erkenntnisringen mit einer uns bedrängenden Fragestellung befinden – und die empirische Erfahrungsgrundlage mithin nicht in einigen wenigen, ausgestanzten Phänomenfeldern, sondern in einer reichen Vielfalt ähnlicher Erscheinungen besteht.

Dennoch erleben wir die intuitive Erfassung zuvor nicht bewusster Gesetzmäßigkeiten keineswegs als subjektive, nur intra-psychisch existente Nominalismen, sondern als zu den einzelnen Erscheinungen gehörig. Genauer: Nicht als auf diese sekundär bezogene, ausgedachte Konstrukte, sondern als diesen inhärente ideen-realistische Prinzipien. Die sinnenfällig gegebenen Erscheinungen, zuvor ggf. unzählige Male perzipiert, aber bisher nie im Kontext des jetzt erfassten Bedeutungszusammenhangs gesehen, haben sich nicht verändert – plötzlich erscheinen sie aber in einem anderen, neuen Licht.

Oder anders formuliert: Wir sind jetzt in der Lage, die Erscheinungsmannigfaltigkeit auf das als „wesentlich“ Erkannte bzw. Erachtete zurückzuführen, die Sinnesdaten so zu sortieren, dass eine allgemeine Gesetzmäßigkeit nicht als ein von den Einzelfällen abstrahiertes Ordnungskonstrukt entsteht, sondern am und innerhalb des je besonderen Falls evident wird. Dass damit der Erkenntnisprozess nicht abgeschlossen ist, sondern – in die Phase fortgesetzter empirischer Überprüfung des Wirklichkeitsbezugs tretend – jetzt seine Fortsetzung im Bemühen um Verifizierung (oder Falsifizierung) des aufgefundenen Deutungsinstrumentariums findet, versteht sich dabei von selbst.

Interessanterweise zeigt aber ein Blick auf die Geschichte der Erstbeschreibungen z. B. von Krankheits-„bildern“, dass sich zwar die Herausarbeitung weiterer Untergliederungen und Details und auch des Spektrums ihrer Variationsmöglichkeiten nachfolgenden Forschungsleistungen verdanken, die taxonomisch entscheidende „Physiognomie“, die modenübergreifenden Merkmalskonstellationen, die nosologische „Ganzheit“ aber bereits von den Erstautoren auf Anhieb erfasst und beschrieben worden sind. Ähnliches gilt für die Artenerfassung in der Biologie, nämlich für die Fähigkeit des Erfahrenen, eine Art nicht nur im Falle des Vorhandenseins der typischen Merkmalskonstellation auf Anhieb zu erkennen, sondern auch dann, wenn nur ein Bruchteil der Merkmale oder eine ganz andere Merkmalsausprägung vorliegt. Worum es sich bei dieser Form des Erkennens handelt, ist gerade das Gegenteil eines subsumptionslogischen Vorgangs, bei dem sich das „Ganze“ erst nachträglich aus den Teilen zusammengefügt bzw. das Konkret-Besondere einem universalisierten Abstraktum zugeordnet findet. Es ist das Auffinden, das unmittelbare Erfassen eines Gesamtzusammenhangs im einzelnen besonderen Fall. Konrad Lorenz nennt es unser „taxonomisches Gewissen“, die Fähigkeit – im Gegensatz zum analytisch-rationalen Denken – zur „ratiomorphen“ Erfassung eines allgemein-universellen, das sich nicht von der einzelnen Erscheinung abstrahiert, sondern innerhalb dieser im wörtlichen Sinne „konkretisiert“, nämlich mit dieser zusammen-gewachsen findet. [4]

In der ärztlichen Praxis bekundet sich diese Fähigkeit des Erfahrenen darin, ggf. auf Anhieb und noch vor Vorliegen der erst später zu gewinnenden Einzeldaten treffsicher eine Diagnose zu stellen – und auch in dem Phänomen, dass die Inter-rater-reliabilität zwischen erfahrenen Ärzten auf der Ebene der diagnostisch-prognostischen Gesamteinschätzung einer Krankheitssituation am größten ist, auf der Ebene der Einzelsymptome jedoch überraschenderweise am allergeringsten, während dies bei Berufsanfängern, mögen sie über noch soviel formales Wissen verfügen, genau umgekehrt ist. Es ist eben nicht so, dass sich ein Gesamtzusammenhang erst sekundär durch Aggregation von Einzeldaten ergibt. Vielmehr ist es die – sinnenfällig nicht gegebene, aber an den äußeren Sinneserscheinungen anschaulich werdende – ideelle Ganzheit des Beziehungsgefüges, die primär erfasst wird, von der ausgehend die Einzelercheinungen beleuchtet und ggf. herausisoliert werden können und dadurch die Gewichtung und Interpretierbarkeit der einzelnen Daten überhaupt erst ermöglicht.

Mit anderen Worten: Der erfasste Zusammenhang erweist sich nicht als die Bedeutung von etwas, das im nachhinein eine Deutung durch uns erfahren hat, sondern als die Bedeutung, die das *ist*, was wir im Erkenntnisakt ge-wahr geworden sind. Bei dem hier nur skizzenhaft Beschriebenen handelt es sich dem Prinzip nach durchaus nicht um außerordentliche Fähigkeiten von Mitgliedern eines elitären Zirkels. Ebenso wie professionelle Qualifizierung und wissenschaftliches Erkennen sich nicht grundsätzlich, sondern nur im Hinblick auf den Grad an Evidenz von unserer Alltagserfahrung unterscheiden, so findet sich diese ratiomorphe, intuitive Bedeutungserfassung tief in unseren lebensweltlich orientierten Um- und Mitwelterfahrungen verwurzelt.

In neuerer Zeit hat Polanyi [5] aufgezeigt, dass sich ein solches gesamtgestaltlich-physiognomisches Bedeutungserkennen als „implizites Wissen“ vornehmlich dadurch auszeichnet, dass es einer „tacit dimension“ angehört bzw. auf eine solche verweist, auf einen Bereich, über den, weil er über die Sprache nicht explizierbar ist, in der Wissenschaft geschwiegen wird. Die Struktur der Subjekt-Prädikat-Grammatik unserer Sprache gibt das von uns Erfahrene analytisch wieder bzw. ermöglicht und fördert eine Sichtweise, die das Erfahrene in ihre Elemente auftrennt: „In der analytischen Form des Bewusstseins sind es die in Beziehung stehenden *Elemente*, die für das Erleben hervortreten; im Vergleich zu ihnen ist die *Beziehung* nur eine schattenhafte Abstraktion. Die Erfahrung der Beziehung ist nur möglich, wenn man die stückweise Art des Denkens verwandelt in ein simultanes Erfassen des Ganzen. Solch eine Verwandlung läuft auf eine Umstrukturierung des Bewusstseins selbst hinaus.“ [6]

Überall dort, wo „... wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen“ [5], neben explizierbarem, formalem „Know what“ auch über ein „Know how“ im Sinne einer techne, eines wissenden Könnens und könnenden Wissens verfügen, kommt unserer Sprache nicht eine explizierende, sondern die Funktion einer Hinweisung auf ein Gemeintes zu, das nur selbsttätig durch eine eigene Erkenntnisleistung erfasst werden kann – oder eben auch nicht. Das dazu erforderliche Auffassungsvermögen sieht Polanyi „... als Ergebnis einer aktiven Formung der Erfahrung während des Erkenntnisvorgangs.“

Oder, wie Goethe dies schon vor knapp 200 Jahren formuliert hat: „Jeder Gegenstand, recht beschaut, schließt ein Organ (der Auffassung, der Verf.) in uns auf.“ Damit wird deutlich, dass es sich bei dieser Wissensform, die nach Polanyi die unabdingbare Voraussetzung für alle, d. h. auch die aktuell oder potentiell explizierbaren, Erkenntnisse darstellt, um ein dispositionelles Wissen handelt, um eine vom je vorhandenen Auffassungsvermögen einer konkreten Person abhängige Erkenntnisfertigkeit.

Egal, ob dabei auf das Erfordernis einer Umwandlung unserer „stückweisen Art des Denkens“ verwiesen wird, wie Bortoft [6] dies tut, oder ob es sich, wie bei Polanyi, um das Aufzeigen dessen handelt, dass bei der traditionell analytisch orientierten Wissensgewinnung und -vermittlung immer schon ein physiognomisch-gestalthaft-ganzheitliches Erfassen von Zusammenhängen stillschweigend vorausgesetzt wird – in beiden Fällen wird deutlich, dass es sich hier nicht um eine normativ statische Intelligenz handelt,

vermittels derer sich Erkenntnisgewinnung nur horizontal als additive Wissensvermehrung abspielt, sondern um eine dynamische, aufsteigende, neue Erfahrungsqualitäten erschließende Stufenfolge von Erkenntnisakten, die dem Einzelnen jeweils in dem Maße möglich sind, als er über die dazu erforderlichen „Organe“ der Auffassung verfügt.

Die Ausbildung solcher, eine ideelle Erfahrung in der Erfahrung erschließenden Erkenntnisorgane, die uns den Schritt vom äußeren Anblick einer Sache zum Einblick in ihren gesetzmäßigen Zusammenhang erlauben, führt in ihrem Ergebnis zu einem gegenüber den herrschenden wissenschaftstheoretischen Auffassungen anders gearteten Verhältnis zwischen dem Allgemeinen und dem Besonderen.

Dies in zweierlei Hinsicht: Zum einen bedeutet ein solcher „organologischer“ Erkenntnisansatz eine Erweiterung, ja Radikalisierung unseres Erfahrungsbegriffs: Die an der Erfahrung auszubildenden (Erkenntnis-)Organe für das Erfahren neuer Erfahrungen in der Erfahrung erschließen diese „höhere Erfahrung“, bei der es sich ja um nichts anderes handelt, als um den ideellen, also allgemeinen Zusammenhang, die Theorie bzw. das Modell eines „Originals“, nicht als ausgedachtes Konstrukt einer erfahrungsjenseitigen, spekulativ-hypothetischen Hinterwelt, sondern als ein Allgemeines im Modus eidetischer Erfahrbarkeit, als anschauliche „theoria“ in deren ursprünglicher Wortbedeutung.

Zum anderen charakterisiert sich dieser Modus von (erfahrbarer) Theorie dadurch, dass Theorie hier nicht losgelöst, nicht abstrahiert vom Besonderen des sinnenfälligen „Originals“ erlebt wird, sondern in der Sache selbst, als ein Allgemeines in der Gestalt des Besonderen in Erscheinung tritt. In den Termini der Scholastik formuliert: Mögen wir noch so überzeugte Nominalisten sein, wenn wir nicht Gefahr laufen wollen, den hier skizzierten Erfahrungsmodus aus außerwissenschaftlichen Beweggründen auszublenken, kommen wir nicht umhin, uns einzugestehen, dass dieser uns ein Allgemeines nicht nur als „universale post rem“, sondern als „universale in re“ gewahr werden lässt. Oder, um auf diesen Sachverhalt mit einem meditationswürdigen Satz Goethes hinzuweisen: „Es gibt eine zarte Empirie, die sich mit dem Gegenstand innigst identisch macht und dadurch zur eigentlichen Theorie wird.“

Was bedeutet dies für den Umgang mit dem einzelnen Fall und den Stellenwert kasuistischer Forschung?

Während wir im Kontext eines diskursiv-explizierenden Denkens das Allgemeine als eine induktiv aus zahlreichen Fällen gewonnene Verallgemeinerung im Sinne einer Abstraktion auffassen, führt die methodische Aneignung ratiomorph-intuitiver Fähigkeiten zu einer Erkenntnisform, für die sich das Allgemeine im Einzelfall repräsentiert, in ihm in je besonderer Ausgestaltung, als je konkrete Manifestation eines Allgemeinen in Erscheinung tritt.

Führt unser diskursives Denken, indem es durch Vergleich der einzelnen äußeren Erscheinungen nach dem diesen Gemeinsamen sucht, zu einer „Einheit in der Vielfalt“, so erweist sich die Qualität der Einheit für das intuitiv-ratiomorphe Bewusstsein gerade

umgekehrt als „Vielfalt in der Einheit“ [6] und damit zugleich als eine – eben gerade nicht zusammengesetzte, sondern ungeteilte – Ganzheit. Und noch eines scheint mir zur Kennzeichnung des Unterschiedes in den Resultaten der beiden Denk- bzw. Auffassungsweisen wesentlich: Handelt es sich im einen Fall um uniforme und statische bzw. statistische Einheiten bzw. Ganzheiten, so im anderen um bewegliche, sich proteusartig in die Spielarten der einzelnen konkreten Ausgestaltungen metamorphosierende Ganzheiten.

Dient also der Einzelfall dem erstgenannten Denkansatz lediglich als Sprungbrett für eine Nomothetik, die nur über den Weg in die große Zahl zu allgemeinen Regeln und generalisierbaren Aussagen gelangt bzw. gelangen zu können glaubt, so nimmt der Nachgenannte für sich in Anspruch, im einzelnen Fall sowohl in explorativer als auch in konfirmatorischer Hinsicht einen Ort der potentiellen Gewinnung bzw. Verifizierung von allgemeinen Erkenntnissen zu sehen.

Die Beschäftigung mit und die Berücksichtigung von (möglichst vielen) weiteren Fällen dient ihm nicht als unabdingbare Voraussetzung für das Auffinden einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit, wohl aber als notwendiges Erfahrungsfeld, um Aussagen über den Spielraum, die Abwandlungen, die Variationsmöglichkeiten, aber auch den Generalisierungsgrad sowie die Grenzen des Gültigkeitsbereichs des Aufgefundenen treffen zu können. Welche Rolle spielen nun die beiden charakterisierten und zueinander in Kontrast gesetzten Formen der Erkenntnisbildung für dasjenige, was ich den diagnostisch-therapeutischen Prozess in der Arzt-Patient-Beziehung nennen möchte?

Bevor ich diese Frage weiter verfolgen werde, möchte ich auf die Bedeutung der Patient-Arzt-Beziehung für eine – zwar gerne verbalisierte, aber in der Medizin thematisch nur wenig verfolgte – patientenorientierte Gesundheitsversorgung eingehen.

### **Die Arzt-Patient-Beziehung: ein Ort unterschiedlicher Expertisen**

So ähnlich zunächst die sprachliche Formulierung erscheint, so unterschiedlich erweisen sich die Blickrichtungen bei der Begegnung von Arzt und Patient. Denn die vom Patienten an den Arzt gerichtete Aussage: „Ich fühle mich krank! Was fehlt mir?“ richtet sich logischerweise nicht auf den Bereich des subjektiven Krankheitsgefühls, über das er, der Patient selbst, aus unmittelbarem Erleben und deshalb am besten Bescheid weiß.

Die ärztlicherseits dem Patienten gegenüber gestellte Frage: „Was fehlt Ihnen?“ andererseits zielt keineswegs auf den dem Missbefinden und der Leistungseinbuße ggf. zugrunde liegenden pathologischen Befund, den zu erkennen ja die Aufgabe des Arztes ist, sondern auf das Befinden. Befund und Befinden, zwei zwar aufeinander bezogene, aber zugleich höchst unterschiedliche Perspektiven, bilden gemeinlich den Ausgangspunkt der Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Arzt. Was das gestörte Befinden, also das Missbefinden und den eingeschränkt oder bedroht erlebten Daseinsvollzug eines Menschen betrifft, so sind es diese Problemfelder, die den Bürger zum Patienten machen und ihn

dazu veranlassen, einen Arzt aufzusuchen. Anhand der Leidensschilderung erstellt der Arzt eine Verdachtsdiagnose und seine differentialdiagnostischen Erwägungen. Das gestörte Befinden, der Leidensdruck, ist es, der zu einer Therapiemotivation führt. Und auch wenn diese Therapiemotivation zunächst in der Regel nur ein Krankheits(symptom)beseitigungsbegehren ist, so kann das erlebte und erlittene Kranksein doch zu einer Bereitschaft für die Veränderung des Verhaltens und der Lebensgewohnheiten werden und sich zu einem Gesundwerdewillen weiterentwickeln.

Die Beseitigung des Missbefindens bzw. die Überwindung des erlebten Krankheitszustandes ist zudem für Patient und Arzt das Ziel der Behandlung. Damit wird deutlich, dass der Perspektive des Patienten, der Perspektive des erlebten und gelebten Krankseins, eine gewichtige und unabdingbare Bedeutung innerhalb der Erkenntnis- und Handlungsgemeinschaft zwischen Arzt und Patient zukommt. [7, 8]

Demgegenüber findet sich der Arzt durch den Behandlungsauftrag des Patienten explizit oder implizit herausgefordert, den dem Kranksein zu Grunde liegenden, gegenständlichen Befund zu erheben. Genauer: Einen „befundeten“, gedeuteten Befund, also eine Diagnose. Was den Patienten aber letztlich viel mehr interessiert, ist seine Prognose.

Da aber der Weg zur Prognose nur über die Diagnose erschließbar ist, und da insbesondere die Frage nach der Notwendigkeit und der Ausrichtung einer Therapie eine Diagnose voraussetzt, wird die Diagnose, obwohl das Ziel der Medizin und des ärztlichen Tuns allein in der Therapie liegt, zum methodischen Angelpunkt allen ärztlichen Tuns. [9, 10]

Denn sie, die Diagnose, soll dem Arzt (im Gegensatz zum Mediziner) ja nicht die Frage beantworten: Was liegt vor? Eine Diagnose ist für den Arzt, dessen Auftrag ja der handelnde Umgang mit einem zu lösenden gesundheitlichen Problem eines Mitmenschen ist, erst dann von Wert, wenn sie geeignet ist zur Beantwortung der Frage: Was ist zu tun? Für die Medizin als praktische Wissenschaft erweist sich die Diagnose letztendlich stets als eine Handlungsentscheidung. Therapie und Diagnose zeigen sich insofern als unaufhebbar miteinander verschränkt. Eine Diagnose stellen heißt für den Arzt, eine therapeutische Handlungsentscheidung treffen; im Treffen einer Therapieentscheidung dokumentiert sich – bedacht oder nicht bedacht – stets ein diagnostisches Urteil. [9, 10]

Mit der Erstellung einer tragfähigen Diagnose findet sich zugleich eine individuelle Prognose zunächst über den unbehandelten Krankheitsverlauf verknüpft. Andernfalls würde sich eine Berechtigung zum therapeutischen Eingriff gar nicht ergeben. Der Kranke könnte ja im Rahmen des spontanen Krankheitsverlaufs innerhalb kurzer Zeit auch ohne therapeutische Intervention oder gerade dadurch wieder gesunden, dass der spontanremissive Prozess nicht durch eine Intervention gestört wird.

Sowohl die Entscheidung zur therapeutischen Intervention als auch die dezidierte Unterlassung einer Therapie legitimieren sich erst dadurch, dass mit der Diagnosestellung zugleich eine konkrete prognostische Einschätzung hinsichtlich des Spontanverlaufs der Krankheit verbunden ist. Wenn

der Arzt aufgrund dieser Einschätzung zu einer begründeten Entscheidung für eine therapeutische Intervention gelangt, dann findet sich damit zugleich eine weitere prognostische Aussage verbunden, nämlich diejenige einer ganz bestimmten therapeutischen Erfolgserwartung. Erst dann, wenn er über eine differenzierte therapeutische Erfolgserwartung verfügt, gelangt er in die Lage, die Berechtigung seiner unter mehreren Alternativen gewählten Therapie als Differenz zwischen dem prognostizierten unbehandelten Verlauf und dem unter der Behandlung erwarteten Verlauf zu begründen.

Der wesentliche Lernprozess des Arztes besteht dabei in der konsequenten Gegenüberstellung von Erwartung und Erfolg. Gerade daran bildet er die untrennbar mit seiner Person verbundenen Fähigkeiten aus, die wir im engeren Sinne als professionelle Kompetenz bzw. als ärztliche Erfahrung bezeichnen. Wenn der Arzt aufgrund seiner Erfahrung von der Effizienz eines diagnostischen Hilfsmittels oder der Wirksamkeit einer Behandlung spricht, so interessiert ihn nicht primär die Tatsache, dass das Verfahren bei so und so vielen Patienten wirksam war. Was ihn wirklich interessiert, ist die Frage: Was kann ich erwarten, wenn ich das Verfahren künftig bei meinen Patienten anwende?

Die Frage nach der Voraussagbarkeit aufgrund wiederholter Erfahrungen führt ihn auf den Zusammenhang von Erfahrung und Wahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit des Arztes ist die intentionale Erwartung künftiger Erfahrungen, die sich mit der Wiederholung gleicher Erfahrungen verstärkt. Seine Wahrscheinlichkeitsaussagen beruhen also auf willentlichen Entscheidungsprozessen. Ob ein Ergebnis wirklich eintritt, kann er nicht beweisen. Er kann sich nur entscheiden, so zu handeln, als ob das Ergebnis eintreten wird. Bei dieser Wiederholung spielt sich zugleich ein Entwicklungsprozess des Arztes ab. Er bleibt dabei nicht derselbe, sondern bildet seine Fähigkeiten für folgende Erfahrungen weiter aus.

Mit Blick auf das bisher Skizzierte möchte ich zusammenfassend feststellen, dass es sich bei der Patient-Arzt-Beziehung um ein Arbeitsbündnis von zwei Experten handelt, wenn auch im Hinblick auf gänzlich unterschiedliche Perspektiven. Ist der Arzt ein Experte auf dem Feld der Krankheiten, des nosologischen Diagnostizierens, des Prognostizierens und der Therapiefindung, so der Patient im Bereich des erlebten und gelebten Krankseins, des Durchlebens von Krankheitszuständen, der Hervorbringung von Krankheits- und Gesundheitsprozessen sowie der Überwindung von Krankheitszuständen oder der Bewältigung chronischen Krankseins durch, bei oder trotz therapeutischer Hilfe.

Beide Expertisen, diejenige des Patienten ebenso wie diejenige des Arztes, sind gleichermaßen unverzichtbar für ein Gelingen der Krankheitsüberwindung oder einer fruchtbaren Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung.

Eine gleichrangige Berücksichtigung von beiden Perspektiven erst erschließt die Sinn- und Verlaufsgestalt eines Krankheitsgeschehens und dessen Überwindung! [8]

Das hierzu erforderliche Mittel ist dabei dasjenige der Ergänzung der Patientenperspektive durch die Arzt-perspektive und umgekehrt. Auch hier verdeutlicht sich, dass es die – nicht durch formale Tricks der klinischen Forschung unterwanderte – vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung ist, die eine Erkenntnis-, Handlungs- und Entwicklungsgemeinschaft darstellt.

Entgegen derzeit herrschender Auffassungen scheinen mir die Leistungsträger in unserem Gesundheitswesen der sich trotz ubiquitär vorhandener krankmachender Einflüsse gesunderhaltende Bürger sowie der sich unter ärztlicher Hilfe, bei ärztlicher Hilfe oder trotz ärztlicher Hilfe gesundwerdende Kranke bzw. der chronisches Kranksein kreativ bewältigende Kranke auf der einen sowie der-gute-Arzt auf der anderen Seite zu sein. Die Arzt-Patient-Beziehung wird damit zur Keimzelle eines ressourcenorientierten, von personaler Verantwortung, Kreativität und sich am Gemeinwohl orientierenden Gesundheitswesens. Die Begegnung zwischen Patient und Arzt ist es, von der der Umgang mit Krankheit und das gemeinschaftliche Ringen um Gesundheit ihren Ausgang nimmt und zu einem vertrauensbasierten Arbeitsbündnis wird. [11]

Wenn also eine von Vertrauen, gegenseitigem Respekt und Wahrhaftigkeit geprägte Arzt-Patient-Beziehung das unabdingbare Herzstück einer ihrem Namen gerecht werdenden Human-Medizin ist, dann stellt sich die Frage, ob das gegenwärtig als heilige Kuh angebetete randomisiert kontrollierte Therapie-experiment (RCT) nicht nur in ethischer, sondern auch in wissenschaftlicher Hinsicht als fragwürdig einzuschätzen ist.

Denn wenn es zur Quintessenz der Medizin gehört, dass der Arzt von einer Person, die sich in einer gesundheitlichen Notsituation befindet, um bestmögliche Hilfe bittet, und es für eine humane Medizin konstitutiv ist, dass der Patient nicht nur als Objekt, sondern als selbstbestimmungsfähiges Subjekt ernst genommen wird und dass die Patient-Arzt-Beziehung einer Begegnung zweier mündiger und selbstbestimmungsfähiger Menschen entspricht, von denen der Kranke über die grundgesetzlich garantierte freie Arztwahl verfügt und dem Arzt die ebenfalls verfassungsrechtlich geschützte Therapiefreiheit zugestanden wird, dann bedeutet die gezielte Zerstörung der Therapiewahl und ihr Ersatz durch eine künstlich hergestellte Zufallszuteilung nicht weniger als eine gezielte Zerstörung der Arzt-Patient-Beziehung als Begegnung zweier autonomer Individuen.

„Wir stehen hier vor dem Problem, dass ein Ergebnis im Rahmen einer bestimmten Versuchsanordnung zwar wissenschaftlich scheinbar exakt sein kann, aber auf die Wirklichkeit nicht anwendbar ist. Die wissenschaftliche Methode hat dabei im Grunde nur eine Alibifunktion: Man macht etwas, weil es als ‚wissenschaftlich‘ gilt, weiß aber nicht, was es für die reale Situation bedeutet. Es ist das Problem von formaler Wissenschaftlichkeit und Wirklichkeit. ... Wenn die Forderung nach einer bestimmten Art von wissenschaftlicher Objektivität in Konflikt gerät mit der Ethik und der Menschenwürde, so ist dies ein Alarmzeichen und sollte Anlass zum Nachdenken geben. Denn was ethisch verwerflich ist, kann, auf die Ganzheit des Menschen bezogen, auch wissenschaftlich nicht einwandfrei sein. Was sich hier zeigt, ist das Problem der dem Gegenstand angemessenen

Erkenntnismethode; es ist das Problem von formaler Wissenschaftlichkeit und Wahrheit.“ [12]

Als jemand, der neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als Lehrstuhlinhaber über mehrere Jahrzehnte auch als Arzt tätig war, halte ich es für beschämend, dass wir uns als Ärzte von Vertretern einer sog. „distanzierten Rationalität“ wie Epidemiologen, Pharmakologen u. a. m., also von Personen, die selbst nicht dazu qualifiziert sind, Kranke zu behandeln, eine Diagnose zu stellen, eine individuelle prognostische Erwartung zu formulieren und eine individuelle Therapie aufzufinden, vorgeben lassen, in Form der randomized trials die Begegnung zu unseren Patienten zu zerstören und sie durch ein künstlich hergestelltes Zufallsprinzip zu ersetzen. Ich erachte dies als einen – gleichwohl sehr geschickt und versteckt vorgenommenen – Verrat an unseren Kranken, der mir das Ergebnis eines Kategorienfehlers in der Medizin zu sein scheint, dass nämlich die Medizin sich als „wertfreie“, nur die intellektuelle Neugier befriedigende empirische Wissenschaft versteht und dabei übersieht, dass Wissenschaft in der Medizin nie Selbstzweck ist, sondern stets die Aufgabe hat, eine best mögliche individuelle ärztliche Praxis zu ermöglichen.

### **Narrativ-hermeneutische Elemente als Werkzeug einer humanen und empathiebasierten Individualmedizin**

Die Sicht- und Erlebnisweise des Patienten ernst zu nehmen erfordert vom Arzt, patientenseitige Narrative nicht nur zuzulassen (oder durch narrationen-induzierende Fragetechniken in ihrem Zustandekommen zu fördern), sondern auch das Interesse, die Bereitschaft und die Kompetenz zur Übernahme der Patientenperspektive.

Empathie ist hier das Schlüsselwort. Jenseits von Sympathie und Antipathie liegt der empathischen Teilhabe am Befinden, den Lebensäußerungen und der Lebenssituation des je Anderen ein subtiler kommunikativer, nicht ohne weiteres bemerkter Mitvollzug der einzelnen Daseinsgesten des Anderen durch mich und in mir selbst zu Grunde.

Hierzu ein Beispiel: Wenn im Rahmen eines Vortrages der Redner mit gepresst-verkrampfter und abgehackter Stimme spricht und zwischendurch eine Pause macht, um z. B. ein Glas Wasser zu trinken, dann ist es ein verbreitetes Phänomen, dass die Zuhörenden husten. Was liegt dem zu Grunde? Einer subtilen Selbstbeobachtung zeigt sich, dass die Bewegungen, die der Vortragende beim Sprechen an und mit seinen Sprechorganen vollzogen hat, von den Zuhörern unbemerkt an den eigenen Sprechwerkzeugen mitvollzogen worden sind – und im Falle dessen, dass der Vortragsredner einen gepresst-verkrampften Sprechstil hat, bei den Menschen im Auditorium zu einer „Kränkung“ im Sinne einer Miniaturkrankheit geführt hat, die dann, ohne dass dies den Betroffenen recht bewusst wird, in Form einer Miniatur(selbst-)heilung weggehustet wird.

Aber auch ein Umgekehrtes ist zu beobachten: Ein wohlthuender und gesunder Mitvollzug bei den Zuhörenden in der je eigenen Sprechorganisation dadurch, dass der Vortragende mit freier, sonorer Stimme gut artikuliert und rhythmisch geformt spricht.

Bewusst spreche ich – u. a. in Übereinstimmung mit dem Empathiekonzept von Morse und Mitarbeitern [13] – von „Mitvollzug“ und nicht von Mitleid im Sinne einer passiv erlittenen emotionalen Infektion. Soweit ich sehe, handelt es sich bei der empathischen Partizipation um einen Vorgang der Nachahmung, wie er von Rudolf Steiner als konstitutiv für das Kind im Vorschulalter beschrieben wird, als Erwerb der von den Erwachsenen „vorgeahmten“ spezifisch menschlichen Fähigkeiten wie aufrechter Gang, Sprechen, Denken und vieles mehr durch die aktive Nachahmung des Kindes. [14]

Gegenüber dieser frühkindlichen und dieser Lebensphase angemessenen außerordentlich hohen Empfänglichkeit haben wir uns im Zuge unserer weiteren Entwicklung zwar – mehr oder weniger gut – abzugrenzen gelernt. Aber die Fähigkeit zur Empathie als dem zentralen Fundament der zwischenmenschlichen Kommunikation erscheint wie das ins Erwachsenenalter hinübergerettete Kleinod eines zwischenmenschlichen, mitmenschlichen, sozialen Sinnesorgans. Wir werden, wie Michael Theunissen dies in seinem sozialphilosophischen Hauptwerk zur Intersubjektivität [15] genannt hat, durch den Anderen „geandert“; und wir wiederum „ändern“ den Anderen, der Andere wird durch uns „geandert“.

Dort, wo der Andere krank ist, wir also in der Begegnung mit ihm sein Krank-sein gewahr werden, vollzieht sich unsere Teilhabe am Kranksein des Anderen dadurch, dass wir an und in uns selbst, innerseelisch und auch am eigenen Leib, das Kranksein des Anderen en miniature, in Form einer Miniaturkrankheit, nach- bzw. mitvollziehen. Unser eigenes – in der Begegnung mit einem Kranken spezifisches oder unspezifisches – „Geandertsein“ wird zum diagnostischen Werkzeug für die Erfahrung des erlebten und gelebten Krankseins unseres Patienten.

Mit anderen Worten: Die erst an und in der Begegnung mit Kranken sich ausbildenden ärztlichen „Organe“ im Sinne einer berufsspezifischen Wahrnehmungsfähigkeit ermöglichen es uns, unsere üblicherweise und zu Recht betriebene gegenständliche und rationale Diagnostik um die Erfassung des vom Patienten eher zuständig als gegenständlich erlebten Krankseins zu erweitern. Die Fähigkeit zur partiellen Identifikation mit dem Kranken gründet indessen auf einem „Impliziten Wissen“. [5]

Unser durch partielle Identifikation mit dem Patienten erworbenes Wissen vom Leiden, aber auch der gesamten Krankheits- und Lebenssituation unserer Patienten lässt sich nur schwer in Worte fassen, weswegen es als „Tacit Knowledge“ bezeichnet worden ist. [5]

Das Parsifal-Motiv „Aus Mitleid wissend werden“ (wobei es sich im Sinne des vorangehend skizzierten gerade nicht um ein larmoyantes Mitleid, sondern um ein methodisch gehandhabtes interpersonales Erfahren der Not des Anderen handelt) erweist sich als verschwistert mit einer berufstypischen und so weit als möglich zu professionalisierenden Haltung der Selbstlosigkeit, die es zu erüben gilt, indem ich selbst als Arzt das Kreuz auf mich nehme, das Kranksein meines Patienten an und in mir selbst mitzuvollziehen.

Mit dieser Kontamination ist es freilich nicht getan. Was sich mir als Aufgabe stellt, um nun nicht selbst zu erkranken, ist die Überwindung des in meinem Innern auszumachenden pathologischen Abbildes durch eine krankheitsüberwindende Gegenbewegung. Diese an mir selbst vollzogene Gesundheitsleistung muss und sollte sich allerdings nicht darauf beschränken, nur der eigenen Gesunderhaltung zu dienen. Meiner eigenen autosalutogenetischen Leistung nachzuspüren kann mir zugleich einen Weg erschließen, den ich „meinem“ Kranken als einen Gesundungsweg vorzuleben vermag. Damit erhält die von mir für den Patienten vorgelebte Gesundheit eine besondere Bedeutung: Der Kranke kann dann durch meine gesunde „Vorahmung“ gesundend „geandert“ werden. [16, 17, 18]

Eine Diagnostik, die erweitert ist um das Element des empathischen Gewährwerdens des patientenseitig erlebten Krankseins, vermittelt dem Arzt nicht nur eine größere Nähe zum Patienten, eine intensivere Form des Mitseins, sie stützt sich zudem nicht mehr nur auf ein kognitiv-intellektuelles Wissen, sondern auch auf das Fühlen und Wollen des Arztes, auf eine mitempfindende und eine volitional-mitvollzügliche Anverwandlung des „ganzen“ Arztes an die umfassend zum Bewusstsein gebrachte Not des Kranken.

Gemäß dem Gedanken Goethes: „Die Medizin beschäftigt den ganzen Menschen, weil sie sich mit dem ganzen Menschen beschäftigt“, bedeutet dies, dass wir als Ärzte nicht nur intellektuelles Kalkül, sondern alle unsere Fähigkeiten in den Dienst des Erkennens unserer Patienten stellen sollten. Ein nur rationalistischer Modus der Diagnosestellung erweitert sich dadurch zur Herzenserkenntnis. Im Kontext einer Empathie vermittelten Diagnostik macht Liebe eben nicht blind, sondern wird zu einem tragenden Pfeiler in einer erweitert verstandenen Diagnostik.

Die durchaus berechtigte und notwendige Funktion der Diagnose, die dem Arzt eine Versachlichung, Verobjektivierung, ja „Vergegenständlichung“ des Kranken bzw. einer Krankheitssituation gegenüber ermöglicht, ist durch das Bemühen einer weitestgehenden (wiewohl letztlich nie gänzlich gelingenden) Übernahme der Patientenperspektive geeignet, uns das Herz zu erwärmen.

Eine um das Element der Herzenserkenntnis erweiterte und uns mithin das Herz erwärmende Diagnostik veranlasst in unserem Innern den Willen, dem krankheitsbedingt in eine Notsituation geratenen Mitmenschen zu helfen, sie wird zum Quellort des „Heilerwillens“ des Arztes. [19]

Eine nicht nur gut gemeinte, sondern eine von Herz und Hirn umrahmte und von „professioneller“ Empathie begleitete ärztliche Praxis ermöglicht es uns Ärzten, statt Zwangsbeglückungen infolge eines dunkelhaften Besserwissertums, dort, wo dies möglich ist, die Beziehung zu unseren Patienten partnerschaftlich-ankennend zu gestalten, was bedeutet, in den Krankheitserscheinungen Leistungen sehen zu lernen, die, gelingend oder misslingend, auf Autoprotektion oder Selbstheilung zielen.

In „Dichtung und Wahrheit“ auf seine Studienzeit in Straßburg zurückblickend, im Verlauf derer er zwar Jura studiert, aber umfangreich an medizinischen

Lehrveranstaltungen teilgenommen hat, charakterisiert Goethe die Sinnhaftigkeit von Krankheitserscheinungen höchst modern: „Der Widerwille gegenüber den Kranken ging mir in dem Maße verloren, als ich lernen konnte, in den Krankheitserscheinungen bereits die Wiederherstellung von Gesundheit sehen zu können.“ [20]

Es ist fast müßig hervorzuheben, dass die zuletzt dargestellte Betreuungsform des Patienten nicht mit einzelfallorientierten quantitativen Methoden des Zählens, sondern angemessen nur mit qualitativen Ansätzen des Erzählens erfasst und wiedergegeben werden können.

War bis vor kurzem „die Erzählung des Arztes in Form eines objektiven, wissenschaftlichen Berichts dominant in medizinischen Fallberichten, kommt nun zunehmend auch die Geschichte von Patienten zum Zuge; Erzählungen gelten verstärkt als nützliche Ressource, um die Bedeutung von Krankheit und Kranksein für Patienten zu verstehen.“ [21, 22]

Wichtige Impulse für eine Narrative based Medicine sind aus der Psychiatrie [23, 24, 25, 26, 27, 28] und der Allgemeinmedizin [29, 30, 31] hervorgegangen. Zunehmend wird deutlich, dass ein konziser Umgang mit Erzählungen nicht nur für ein besseres Verständnis des Krankheitserlebens von Patienten, sondern auch für das Verstehen eines Kranken in seinem Lebenskontext sowie der Rollen von Kultur und Gesellschaft unerlässlich ist.

Insofern also der Patient nie nur ein biomedizinisch zugängliches Objekt ist, sondern stets auch ein geschichtliches Subjekt, dessen Erkrankungs- und Gesundungsprozesse nicht nur dem Bios der Biologie unterliegen, sondern zugleich in den – ganz anders gearteten – Bios einer Biographie eingebunden sind, kann kaum ernsthaft das Erfordernis in Frage gestellt werden, eine einseitig biowissenschaftlich ausgerichtete Medizin durch ergänzende In-Dienst-Stellung hermeneutischer Erkenntnis- und Verstehensansätze zu ergänzen. [33]

Für eine patienten- und also nicht nur krankheitsorientierte Praxis bedeutet dies nicht nur, patienten-seitige Narrationen zuzulassen und ernst zu nehmen, sondern darüber hinaus die Ausbildung der Kompetenz, die am Patienten wahrgenommenen Zeichen und Symptome in einen erzählerischen Kontext einordnen und ihnen eine Bedeutung zuweisen zu können: „The approach of the skilled diagnostician is the skill of an historian good at asking the right question and good at placing medical ‚fact‘ within the context of a temporal narrative that makes sense of the current constellation of symptoms and signs. A medical fact is a ‚medical‘ fact only within such a story.“ [32]

Erweisen sich Erkrankung und Gesundung aus naturwissenschaftlicher Perspektive als wertneutrale, apersonale und ungeschichtlich-iterative Prozesse, so zeigen sie sich aus lebensweltlicher Sicht als von Subjekten sinnhaft erfahrene biographische Ein- und Aufbrüche, denen im Spannungsfeld zwischen Herkunft und Zukunft des Kranken die Kategorie geschichtlicher Ereignishaftigkeit zukommt. Beide Aspekte, der biomedizinisch-nomothetische und der idiographisch-hermeneutische, lassen sich in der Praxis nicht getrennt voneinander verfolgen; sie sind unaufhebbar aufeinander bezogen. Insofern hat es

auch keinen Sinn, den einen gegen den anderen Ansatz auszuspielen. Als Folge der Vorherrschaft biomedizinischen Denkens in der Medizin ist aber im Hinblick auf die Abfassung von Krankengeschichten und die Darstellung von Fallbeispielen eine „narrative Atrophie“ [34] eingetreten, die ihrem Sujet, dem einen ganzen Kranken, keineswegs gerecht wird.

## Der diagnostisch-therapeutische Prozess

Es ist das Verdienst Wolfgang Wielands, in seiner 1975 veröffentlichten medizintheoretischen Auseinandersetzung mit dem Diagnosebegriff [9] auf eine 1917 in erster Auflage erschienene Monographie des Arztes und Medizintheoretikers Richard Koch aufmerksam gemacht zu haben, in der, wie Wieland schreibt, „eine Grundlagentheorie der Medizin zur Diskussion gestellt worden ist, die bis heute nicht überholt ist“. [35]

Eine Diagnose ist für Koch – und Wieland konfirmiert diese Position in seiner eigenen Schrift mit einer verfeinerten Epistemologie – stets eine Singuläraussage, die nicht verallgemeinerungsfähig ist. Das mag zunächst überraschen, ist doch der Arzt – und im Besonderen der am Beginn seiner Berufstätigkeit stehende – gewohnt, sein diagnostisches und therapeutisches Handeln als Anwendung allgemeinen medizinischen Wissens zum Wohle des einzelnen Kranken zu verstehen. Aber, so Koch, beim Diagnostizieren geht es nie um ein Erkennen seiner selbst willen. Was mit der Diagnose erreicht werden soll, ist eine Handlungsentscheidung im Einzelfall.

Die Diagnose ist also ein Ausdruck für die Summe der Erkenntnis, die den Arzt zu seinem Handeln und Verhalten veranlasst. [35] Denn, so Koch, eine Diagnose ohne therapeutische Konsequenzen ist für die ärztliche Praxis wertlos.

„Unser Diagnosebegriff bezieht sich immer notwendigerweise auf den einzelnen Kranken, der übliche bezieht sich weder auf einen Einzelnen noch auf eine Anzahl von Kranken, sondern er ist eine Abstraktion, die von Kranken gewonnen wurde. Es scheiden sich also im Sinne dieser Abhandlung Diagnosebegriff und Krankheitsbegriff. Diagnostiziert wird nicht ein Krankheitsbegriff, sondern der Zustand eines Einzelnen ... Ohne Zweifel kann man ein irgendwie beschaffenes Krankenmaterial so ansehen, dass man den Blick nur auf die Erscheinung richtet, die sich einem bestimmten Krankheitsbild einfügt, und man kann an Therapie nur das heranziehen, was sich unmittelbar auf diese Erscheinung bezieht ... Sobald aber die Diagnose individualisiert wird, unterscheidet sie sich vom Krankheitsbegriff.“

Richard Koch ist sicherlich zuzustimmen, dass die Erstellung einer Diagnose für den Arzt nur insoweit von Relevanz ist, als sie einen therapeutischen Ausblick erschließt, also als das unumgängliche Nadelöhr für eine rationale Therapieentscheidung fungiert. Zudem ist, wie Koch zu Recht betont, der Arzt nicht beauftragt, anonyme Krankheiten zu behandeln, sondern kranke Personen, deren individueller Krankheitssituation er gerecht werden soll.

Insofern besteht die diagnostische Aufgabe für den Arzt nicht darin, das am Einzelfall Auffindbare subsumptionslogisch definierten Krankheitseinheiten zuzuordnen, sondern umgekehrt in der sach-

gerechten und begründbaren Zuordnung allgemeiner Krankheitsbegriffe zu einem konkreten, individuellen Patienten. „Der Einzelfall ist hier um seiner selbst willen von Interesse.“ [9] Das ist er aber nur dort, wo es uns gelingt, ihn nicht aus einer defizitären Perspektive als Abweichung einer allgemeinen und starren Norm aufzufassen, sondern ihn in seiner Besonderheit positiv zu begreifen.

Es gilt hier, den konkreten Patienten nicht nur von außen mit einem ihm fremden Analyseschema zu konfrontieren, sondern eine Anschmiegung, eine Anverwandlung allgemeinen medizinischen Wissens an die konkrete Krankheitssituation zu vollziehen.

Von engagierten Therapeuten wird hier oftmals eingewendet, dass doch die Forderung nach einer Individualisierung allein an die Therapie zu stellen sei, während es mit Blick auf die Diagnostik ausreiche, sich mit der Zuordnung zu allgemeinen Krankheits-einheiten zu begnügen. Wer so argumentiert, übersieht, dass zwar das Ziel allen ärztlichen Tuns allein in der Therapie liegt (bzw. liegen sollte), der Weg dorthin aber nur über eine Diagnose führt. Denn ohne sie ließe sich therapeutisches Handeln nicht von beliebigem, wenn auch gut gemeinten Maßnahmen unterscheiden. Das berechtigte Bestreben nach einer Individualisierung der Therapie setzt daher eine individuelle Diagnose, also eine Individualisierung des allgemeinen Wissens voraus.

Die Problematik der Übertragbarkeit von Studienergebnissen behandelnd, die an Patientenkollektiven mit dem Verfahren der schließenden Statistik gewonnen worden sind, spricht Fülgraff [36] von Procrustes als dem Schutzheiligen der klinischen Prüfer und fragt: „Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage können die einmal gewonnenen generalisierten statistischen Aussagen über Gruppen von Merkmalsträgern ent-allgemeinert und re-individualisiert werden? In der Praxis wird es gemacht – aber welches ist die Theorie dieses Vorgehens? Wäre es nicht an der Zeit, Methoden zu entwickeln, um Erfahrungen über Arzneimittel zu sammeln und intersubjektiv kommunizierbar zu machen, ohne einzelne Kranke in ein Kollektiv schnüren zu müssen?“

Klinische Entscheidungen, behauptet Trampisch [37] in einem Plädoyer für die Unverzichtbarkeit stochastischen Denkens für das praktische Handeln in der Medizin, „basieren auf dem medizinischen Wissen, den klinischen Daten eines Patienten sowie auf einem allgemeinen Wissen, welches jeder Arzt im Laufe seines Lebens – ebenso wie jede andere Person – erlernt.“ Hier bleibt aber ganz ungeklärt, in welchem Verhältnis „medizinisches Wissen“, bei dem es sich im Sinne von Trampisch um allgemeine medizinische Kenntnisse handelt, zu den konkreten „klinischen Daten eines Patienten“ steht, auf welche Weise also der Arzt den Brückenschlag zwischen allgemeinen Aussagen und der besonderen Situation des einzelnen Kranken vollzieht. Und ebenso unklar bleibt, welche Bedeutung bei Trampisch dem professionsunspezifischen Wissen des Arztes für sein Handeln zukommt, zumal er es gerade nicht als berufsspezifische Fertigkeit aufführt.

Demgegenüber hebt Wieland in seiner vorangehend genannten Untersuchung zur diagnostischen Leistung des Arztes zu Recht hervor, dass es sich hier nicht um ein „Knowing what“, sondern um ein „Knowing

how“ handelt, um eine dispositionelle, an die einzelne Person gebundene Fertigkeit. Gemeinhin bezeichnen wir sie als ärztliche Erfahrung bzw. Professionalität.

Wie nimmt aber der „erfahrene“ Arzt die Entallgemeinerung und Reindividualisierung vor, die Fülgraff zu Recht fordert und von der er sagt, dass sie zwar in der Praxis geleistet werde, eine Theorie hierzu gleichwohl aber nicht existiere?

Einzelfallbeschreibungen bestehen in der Regel in der Anwendung einer – mehr oder weniger – großen Zahl von Klassifikationsbegriffen und Messvariablen auf einen einzelnen Merkmalsträger. Dessen Besonderheit imponiert insofern als unwahrscheinliche Kombination allgemeiner Merkmale, also als residual im Hinblick auf eine allgemeine Norm. Darin spiegelt sich jedoch durchaus nicht die Denk- und Erlebensweise des Arztes wider, insoweit er sich bei seinem Tun nicht auf formales Wissen, sondern auf die eigenen, an der Praxis originär erworbenen Fähigkeiten stützt. Was er dabei – bedacht oder unbedacht und von Fall zu Fall fortschreitend – als „Theorie“ entwickelt, erweist sich nicht als induktiv gewonnenes abstraktes Konstrukt, das er dann im Sinne eines deduktiv-nomologischen Vorgehens dem besonderen Fall zuschreibt, sondern als ein gestalthaft-ganzheitlicher Entwurf eines bildhaft-anschaulichen und insofern einheitsstiftenden Denkens, das sich in der Begegnung mit künftigen Fällen weiter differenziert und vervielfältigt.

Bei den „Modellen“, die der Arzt im Zuge seiner Erfahrungsbildung „vor Ort“ entwirft, handelt es sich, wie einleitend dargestellt, nicht um gänzlich von den konkreten Erscheinungen abstrahierte, formale Konstrukte, sondern um anschauliche Gebilde, in denen sich ihm ein Allgemeines in Form eines besonderen Falls verdeutlicht und andererseits die Fülle der besonderen Erfahrungen zugleich den Inhalt der jeweiligen Modellvorstellung prägt. Sie sind infolgedessen auch nicht starre, unbewegliche Ganzheiten. Den Variations- und Metamorphosierungsmöglichkeiten biologischer Arten entsprechend erweisen sie sich als bewegliche, bildsame Einheiten, die es erlauben, ggf. auch den statistischen „Ausreißer“ noch als Manifestation eines typischen Geschehens, weil als positive, aktiv-eigengesetzliche Ab- und Umwandlung einer in sich beweglichen Ganzheit zu begreifen.

Die besondere, ggf. auch weit vom statistischen Medianwert entfernte Ausprägungsform einer Krankheitseinheit imponiert hier nicht als defiziente Abweichung einer starren Krankheitsdefinition, sondern als positive Abwandlung eines dynamischen, hinsichtlich seiner Aus- und Umgestaltungsfähigkeiten „einfallsreichen“ Typus.

Ohne den Erwerb zur Erfahrung solch bildhaft-anschaulicher, in sich wandelbarer und entwicklungs-fähiger Modelle, genauer: ohne die Fähigkeit zur schrittweisen wechselseitigen Anschmiegung von äußerer und innerer „Empirie“, wäre der Arzt kaum in der Lage, eine Diagnose im Sinne einer Singuläraussage zu treffen.

Das zeigt schon die gängige Erfahrung, dass der Berufsanfänger zwar bestens über die Inhalte von nosologischen Klassifikationen und von Diagnose-manualen Bescheid weiß, aber dieses Wissen dem ihm begehrenden Kranken nicht so zuzuordnen

vermag, dass daraus eine wirklichkeitsbezogene Diagnose entsteht. Und auch die ebenso geläufige Beobachtung, dass Studierende beim Lesen von medizinischen Lehrbüchern die eigene Befindlichkeit mit nahezu allen dort beschriebenen Krankheitsbildern assoziieren, also eine Entscheidung darüber, ob eine Situation von Krankheitswert vorliegt, noch nicht zu treffen in der Lage sind. Im Umgang mit der Glossardiagnostik etwa des ICD-10 oder des DSM IV zeigt sich, dass dem Unerfahrenen mit den dort aufgeführten Korrelationen von Einzelkriterien nichts vermittelt wird, was er als Basis für einen weiterführenden Deutungsrahmen des vom Patienten erlebten Krankseins verwenden könnte. Der Erfahrene andererseits, die Gesamtgestalt einer Krankheitseinheit einschließlich ihrer Variationsmöglichkeiten kennend, findet in ihnen bestenfalls die ihm vertrauten, dort aber aus ihrem ideellen Zusammenhang herausgefallenen Teilelemente wieder.

Wie sehr dieses Vorgehen mit der Suche des Arztes nach übergreifenden Verstehenszusammenhängen kollidiert, zeigt sich spätestens in den aus diesem Ansatz notwendigerweise resultierenden Konzepten der Ko- bzw. Multimorbidität. Statt der erforderlichen Erkenntnisanstrengung, bezüglich der am Patienten verstreut aufgefundenen Krankheitsereignisse nach einem übergreifenden Deutungsrahmen zu suchen, um von dort aus nach einer rationalen, die Gesamtsituation des Kranken berücksichtigenden Therapieoption Ausschau zu halten, dient die als Aneinanderreihung von Kästchen betriebene Multidiagnostik zuletzt der Legitimation von Polypragmasie.

Mit dem zuletzt Ausgeführten möchte ich nicht das berechtigte Bemühen um die Erarbeitung operationalisierter Diagnosen durch Explikation diagnostischer Kriterien und einer möglichst deutungsfreien Deskription – u. a. aus Gründen der Vergleichbarkeit – in Abrede stellen. Für die medizinische Forschung kann dies – in Grenzen – eine wertvolle Hilfe sein. Als Ärzte denken wir aber – wenn auch meist mehr implizit als explizit, aber eben durchaus zugunsten eines ungleich höheren Wirklichkeitsbezugs – anders. Auch wenn gestalttheoretische Ansätze aus der Mode gekommen sind: Der Arzt denkt, wie dies die vorangehend genannten Beispiele verdeutlichen, in Gestaltzusammenhängen.

Neben dem eingangs erörterten Sachverhalt, dass die Generierung von Wissen nicht ein schieres Auffinden von vorgegebenen Gesetzmäßigkeiten ist, sondern vom Erkennenden stets mitgeprägt ist, gilt es zudem, die prinzipielle Perspektivengebundenheit allen Erkennens zu berücksichtigen, wonach „Objektivität gerade nicht Ausschluss, sondern methodische Einbeziehung der Subjektbezogenheit eines jeden Wahrnehmens und Wahrhabens bedeutet.“ [38]

In seiner Konsequenz bedeutet dies, dass ein Theorienpluralismus bzw. eine Pluralität unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze in der Medizin eben keineswegs Ausdruck von wissenschaftlicher Residualität ist, sondern geradezu erforderlich ist insoweit die Bereitschaft vorhanden ist, sich nicht am eigenen intellektuellen Schlichtheitsbedürfnis zu orientieren, sondern an der Komplexität der Wirklichkeit und der

Mehrdimensionalität des Menschen in Gesundheit und Krankheit.

Dasjenige, was mit Hilfe einer materialistisch-mechanistischen Sichtweise an (Teil-)Erkenntnis zu gewinnen ist, ist mit anders ausgerichteten Erkenntnisbemühungen nicht zu gewinnen. Wohl aber gilt es, sich vor Verallgemeinerungen zu hüten, die Grenzen des jeweiligen Erkenntnisansatzes aufzuzeigen und nach ergänzenden Perspektiven, etwa im Sinne einer sensualistischen, phänomenalistischen, idealistischen, spirituellen (nicht spiritistischen!) u. a. Anschauungsweise zu suchen. [16, 17, 18]

Da gerade in der Medizin als einer praktischen Wissenschaft Begriffe, Theorien, Modelle, die wir uns vom Menschen in Gesundheit, Krankheit und Heilung machen, kaum je praxis- bzw. ethikneutral sind, stellt sich hier mit besonderer Aktualität die Aufgabe, den Pluralismusgedanken unter dem Kriterium der realen Konsequenzen, der ethisch-praktischen Folgen bestimmter Wissenschaftsmodelle zu verfolgen. Ein Denkstil, der sich bei der Erforschung der unbelebten Natur für die Physik als angemessen und in der Technik als erfolgreich erwiesen hat, braucht es für die ärztliche Praxis noch lange nicht zu sein. Auf die Medizin übertragen könnte er gerade den Blick für die wesentlichen Eigenschaften ihres „Gegenstandes“ verstellen und mit der Würde des Menschen kollidieren.

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

Die Tatsache, dass die Generierung wissenschaftlicher Konzeptionen und Erkenntnisse stets auch vom Erkenntnissubjekt abhängig ist, ist – soweit ich sehe – in der Diskussion um die wissenschaftlichen Paradigmen, um die Entstehung von Paradigmen, um den Paradigmenwechsel und um die koexistenzielle Verträglichkeit unterschiedlicher Paradigmen nur oberflächlich geführt worden.

Denn die Paradigmendebatte ist durchaus geprägt von der Vorstellung, dass unterschiedliche, sich inhaltlich widersprechende Paradigmen zeitgleich nicht existieren können bzw. nicht existieren sollten. Es gilt dann, die Überlegenheit des einen Paradigmas gegenüber dem anderen herauszuarbeiten oder gesellschaftlich durchzuboxen – und im Hinblick auf das unterlegene Paradigma einen Paradigmenwechsel herbeizuführen. [39, 40]

Dort, wo statt des Paradigmas der Begriff der Perspektivität methodisch verfolgt wird, gilt keineswegs das Erfordernis des Ausschlusses anders gearteter Sicht- und Deutungsweisen. Vielmehr gehört es geradezu zu einer vertieften Erkenntnis, systematisch den (Erkenntnis-) Standpunkt zu wechseln und die Widersprüchlichkeit der Sichtweisen auf ihr Potenzial als gewichtige Ergänzungsquelle bei der Erkenntnisgewinnung hin abzuklopfen. [1, 2, 16, 41, 42]



Abb. 1: Henry Moore „Locking Piece“ (Bronze, 1963-64, Millbank, London)

Extrem unterschiedliche ästhetische Erscheinungsformen ein und desselben Gegenstandes in Abhängigkeit von der Betrachtungsperspektive

Ein gut geeignetes Beispiel für diese Aufgabenstellung scheint mir die Darstellung einer Plastik von Henry Moore zu sein (Abb. 1): Die ästhetisch extrem unterschiedlichen vier Ansichten haben am Ende nur eines gemeinsam: dass sie - aus unterschiedlichen Perspektiven - alle ein und denselben Gegenstand abbilden! Das ist geradezu eine Aufforderung, auf einen monoperspektivischen Reduktionismus zugunsten eines Wissenschaftspluralismus zu verzichten. Dies bedeutet freilich keinen Freibrief für eine Gesichtspunktbeliebigkeit und auch nicht für eine unbegrenzte Vervielfältigung von Sichtweisen.

Denn der Begriff der Perspektivität weist neben seiner Subjektbezogenheit ja gerade auf einen Objektpol hin, an dem der Realitätsbezug einer Sichtweise zu überprüfen, ihr Wirklichkeitscharakter auszuhandeln ist [1, 2, 11, 16, 18]. Die Perspektivenbezogenheit bei der Wirklichkeitskonstitution im Rahmen der empirischen Wissenschaften gilt freilich auch für die Diagnose. Auch sie ist keineswegs etwas der äußeren Anschauung bereits Mitgeliefertes, sondern etwas unserem Erkennen Aufgegebenes.

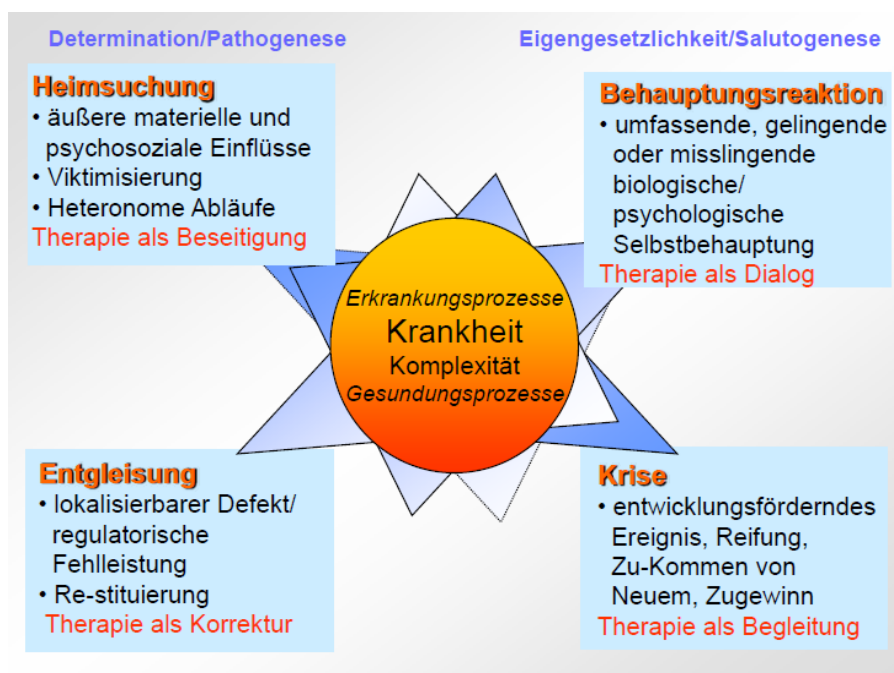


Abb. 2: Unterschiedliche paradigmatische Betrachtungsweisen in der Medizin

Links: Zwei Perspektiven, für die das Paradigma der Determination und auch das der Pathogenese leitend sind. Rechts: Zwei Perspektiven vor dem Hintergrund der Eigengesetzlichkeit bzw. der Autonomie des Individuums und auch der Salutogenese. Unterschiedliche Perspektiven führen zu unterschiedlichen Vorstellungen der Verursachung von Krankheitsvorgängen und damit konsequenterweise zu unterschiedlichen Therapieoptionen.

Wie Abb. 2 verdeutlicht, handelt es sich beim Diagnostizieren nicht um das Konstatieren von etwas fertig Gegebenen, sondern um das Ergebnis unserer aktiven Mitwirkung beim Zustandekommen des Deutungs- und Bedeutungszusammenhangs eines Krankheitsgeschehens, was durchaus davon abhängig ist, für welche Perspektive wir uns hier entscheiden.

Ein Kranker erscheint in einem unterschiedlichen Deutungszusammenhang, ein pathologischer Sachverhalt verhält sich unterschiedlich, je nachdem, aus welcher Perspektive, aus welcher Fragerichtung und unter welcher Wissenschaftskonzeption wir ihm begegnen.

Und noch eines macht Abb. 2 deutlich: Unterschiedliche Denkansätze führen nicht nur zu unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen, sondern darüber hinaus zur Anwendung unterschiedlicher Therapieprinzipien. Zum Erreichen rationaler Konzepte einer Pluralität von Denk- und Praxisansätzen in der Medizin ist es notwendig, die Parteilichkeiten zu überwinden, also nicht etwa nur die eine Perspektive als gut und die andere als schlecht zu werten. Alle in Abb. 2 dargestellten Paradigmen haben ihre Berechtigung, aber eben jeweils nur eine Teil-Berechtigung. Es ist dann die Aufgabe des Arztes, ein Urteil darüber zu fällen, welcher Ansatz in einer konkreten Krankheitssituation der je angemessene und Erfolg versprechende ist. Insofern geht es hier auch nicht um einen „Paradigmenwechsel“, wie dies gerne schlagwortartig formuliert wird, sondern um die Frage nach einer vernünftigen, den Perspektivitätsgedanken implizierenden Koexistenz von Paradigmen. [1]

Natürlich hat das Paradigma der Heimsuchung (mit dem daraus abgeleiteten Therapieprinzip der Vertreibung pathogener Noxen) seine (Teil-)Berechtigung. Das Problem ist nur, dass dieser Denk- und (Be-)Handlungsansatz auch dort zum Einsatz kommt, wo aus einer anderen Perspektive das Krankheitsgeschehen als eine aktive und eigengesetzliche Leistung des menschlichen Individuums bzw. Organismus erscheint. Bei einem einseitigen Festhalten an der Sichtweise Heimsuchung gibt es am Ende nur noch „äußere Feinde wie böse Geister, Miasmen, Gifte, Bazillen, Zivilisationseinflüsse, autoritäre Eltern oder repressive soziale Verhältnisse“ [42], die als Krankheitsursache herhalten müssen und therapeutisch wie präventiv mit maximalen Mitteln im Sinne einer „Vertreibung“ bekämpft werden. Erkranken und gesunden als ein passives, durch gegensinnige Kausalketten von außen erzwungenes krank und gesund Gemachtwerden.

Ähnliches gilt für den ätiopathogenetischen Denkansatz der Entgleisung – und seiner logischen Konsequenz: Einer Therapie im Sinne der Korrektur. Auch er hat seine Teilberechtigung, dann nämlich, wenn therapeutisch stimulierbare autosalutogenetische Ressourcen nicht (mehr) wirksam sind. Stellen sich Krankheitssymptome aus Sicht der vorangehend genannten determinationsorientierten Paradigmen (Abb. 2, links) als Funktionsdefizite normabweichender Kausalabläufe dar, so erschließen sie sich einer Sichtweise, die nach der relativ autonomen Eigengesetzlichkeit organischer Ganzheiten Ausschau hält, als aktive, gelingend oder misslingend auf Selbsterhaltung und/oder Selbstheilung zielende Funktionsäußerungen. Das daraus resultierende

Therapieprinzip ist dann eher dasjenige eines Dialoges, nicht nur auf verbaler, sondern auch auf somatischer Ebene mit der Symptomensprache des menschlichen Organismus. [1, 7, 10, 11, 12, 43]

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

Dort, wo eine Erkrankung nicht nur als normabweichender biologischer Vorgang interpretiert wird, sondern darüber hinaus auch das vom Patienten erlebte und gelebte Krank-Sein verfolgt wird, erschließt sich als eine weitere Perspektive diejenige in Abb. 2 rechts unten.

Über die bisher skizzierten Aspekte hinausweisend zeigt sich hier, dass beim Durchmachen und der Überwindung einer Krankheit nicht nur der Bios der Biologie, sondern darüber hinaus auch derjenige der Biografie eines jeden Menschen beteiligt ist. In dieser Hinsicht imponiert eine Erkrankung als biographisch-existenzielle Krise. In methodischer Hinsicht erfordert dies, das Krankheitsgeschehen in die Krankengeschichte und sodann in die Lebensgeschichte eines Menschen einzubetten. Es zeigt sich dann, dass eine Erkrankung zu einem biographischen Einbruch führt, dass damit zugleich aber auch ein biographischer Aufbruch verbunden sein kann.

Verfolgt man das Erkrankungs- und Gesundungsgeschehen vor dem Hintergrund dieses Paradigmas, dann zeigt sich im Rückblick nicht selten zweierlei: Dass nämlich der prämorbid Lebensabschnitt zwar durch eine vordergründige „Normalität“ gekennzeichnet sein kann, aber nicht eigentlich durch Gesundheit; der Betroffene hat zwar, wie rückblickend deutlich wird, vor Ausbruch der Erkrankung noch „funktioniert“, aber auch nicht mehr.

Zudem kann sich zeigen, dass Gesundwerden durchaus nicht das Auftreten eines status quo ante bedeutet. Was aus dem Durchmachen einer und der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung als Ergebnis hervorgeht, ist nicht die alte, sondern eine neue Gesundheit. Verfolgt man unter diesem Aspekt Krankheitsverläufe im biographischen Kontext, so erscheint das Krankheitsereignis rückblickend oftmals nicht nur als Einbruch, sondern zugleich auch als lebensgeschichtlicher Aufbruch, als Nadelöhr zu einer höheren Gesundheit, die ohne das Durchmachen der jeweiligen Erkrankung nicht ohne weiteres möglich gewesen wäre. Die Termini Rekonvaleszenz und Restitution fördern mit ihrem Präfix „Re“ leicht das Missverständnis der Wiederherstellung eines früheren Zustands und verlegen so den Blick dafür, dass es sich bei der Genesung um die Genesis einer neuen Gesundheit handelt. [1, 2, 11, 17, 18]

Die nachfolgenden Abbildungen kontrastieren zwei Sichtweisen miteinander, nämlich den gegenwärtig vorherrschenden Denkansatz der Determination, der eng mit der Frage nach der Pathogenese verknüpft ist, und den Denkansatz der Autonomie des Individuums bzw. der Eigengesetzlichkeit des Organismus, der eng mit dem Konzept der Salutogenese verschwimmt ist.

Die Darstellungen sind so gehalten, dass sie weitgehend für sich selbst sprechen und keiner darüber hinausgehenden Kommentierung bedürfen.

Wie unschwer zu erkennen ist, findet sich das Paradigma der Determination und der Pathogenese vorrangig in der Mainstream-Medizin beheimatet, während das Paradigma der Eigengesetzlichkeit und der Salutogenese schwerpunkthaft verschiedenen komplementärmedizinischen Ansätzen zugrunde liegt. Aber dies gilt keineswegs durchgehend, und zudem gilt auch hier: Beiden Paradigmen kommt eine Teilberechtigung zu, entscheidend ist die Herausarbeitung valider differential-indikatorischer Kriterien dafür, wann im konkreten Fall ein Handeln nach dem

einen und wann nach dem anderen Paradigma indiziert ist. Freilich handelt es sich beim Determinations-Paradigma um einen etablierten und dementsprechend gut elaborierten Ansatz, während der Denkansatz, der Therapie als Förderung bzw. Stimulation individuumeigener Selbstheilungsressourcen begreift, im etablierten Wissenschaftsbetrieb nur marginal repräsentiert ist.

Um zu verdeutlichen, wie sehr die Vertreter unterschiedlicher Paradigmen dann, wenn sie unter Wissenschaftlichkeit ein Gelöbnis zur Standpunktinvarianz verstehen, aneinander vorbeireden können, seien einige Problempunkte herausgegriffen (Abb. 3 und Abb. 4).

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

Abb. 3

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

Abb. 4

In der klassischen Pharmakotherapie (Abb. 4) ist das Ziel eine reizarme Direktwirkung. Sekundäreffekte, die der Organismus bei genauerem Hinsehen und hinreichend langer Beobachtungszeit immer hervorbringt, imponieren bei dieser Sichtweise als unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Aus Sicht des Eigengesetzlichkeits-Paradigmas ist dies genau umgekehrt: Das therapeutische Ziel ist hier der vom Organismus hervorgebrachte Sekundäreffekt; eine

unter Therapie auftretende Zunahme der Krankheitssymptome wird dabei in Kauf genommen. „Den Ertrinkenden retten“ ist gewiss ein wichtiges Therapieprinzip. Das Problem ist hier eher, dass dieses Prinzip im Rahmen unserer gegenwärtigen „Hochleistungsmedizin“ auch dort zum Einsatz kommt, wo es der Sache nach darum geht, den Hilfsbedürftigen das Schwimmen beizubringen (Abb. 4).

 Zentrum für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke		Determination/ Pathogenese	Prävention	Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese
		<b>Verhinderung von Krankheit(en) durch Gefahrenabwehr und Risikominimierung</b>		<b>Förderung von Gesundheit(en) durch Erhöhung der Widerstandskraft und Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen</b>
		<b>Risikofaktorenkonzept</b>		<b>Gesundheitsressourcenkonzept</b>
		<b>Betont die Exposition</b>		<b>Betont die Disposition</b>
		<b>Anweisung zu expertenkonformem Verhalten</b>		<b>Befähigung zur Selbstverantwortung</b>
		<b>Non-Compliance als Delikt</b>		<b>Non-Compliance ggf. als Stärke</b>
		<b>Institutionelle Orientierung</b>		<b>Lebensweltliche Orientierung</b>

Abb. 5

 Zentrum für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke		Determination/ Pathogenese	Gefahren der Vereinseitigung	Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese
		<b>Verkennung salutogener Potentiale/ Prozesse im Krankheitsgeschehen</b>		<b>Verkennung des pathogenen Potentials misslingender Gesundungsprozesse</b>
		<b>Vorschnelle Bekämpfung von Krankheitssymptomen</b>		<b>Vorschnelle Verbündung mit Krankheitssymptomen</b>
		<b>Unterforderung organismus-/ individuum-eigener Ressourcen</b>		<b>Überforderung organismus-/ individuum-eigener Ressourcen</b>
		<b>Viktimisierung des Patienten/Bürgers durch zu geringe Autonomie-zuschreibung</b>		<b>Schuldzuweisung an Patienten/ Bürger durch zu hohe Autonomie-zuschreibung</b>
		<b>Pathogener Interventionismus</b>		<b>Unterlassung notwendiger Hilfe-stellung</b>
		<b>Wirklichkeitsferner Reduktionismus</b>		<b>Unkritischer Holismus</b>

Abb. 6

Zu der angesprochenen Eigengesetzlichkeit bzw. Autonomie, die sich im Besonderen bei einer ganzen Reihe von Ansätzen der Komplementärmedizin wie Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Naturheilkunde u. a. m. findet, scheinen mir noch ein paar ergänzende Gedankengänge wichtig.

Eine Konsequenz ist, dass äußeren Einflüssen dadurch, dass sich der Organismus gegenüber den stets präsenten potentiell pathogenen Einflüssen eigen-aktiv aufrecht, d.h. gesund erhält, nicht die Bedeutung von Ursachen im strengen naturwissenschaftlichen Sinn eines Causa aequat effectum

zukommen, sondern diejenige von Bedingungen, auf die der Organismus aktiv und eigengesetzlich antwortet. Die Situation ist ähnlich derjenigen wie bei einem Tennisball: Bei ihm ist nicht entscheidend, ob Druck, Zug oder Tangentialabscherung auf ihn ausgeübt wird; entsprechend seiner „Eigenart des Rundseins“ wird sich ganz unabhängig von „äußeren“ Einwirkungen der ursprünglich runde Zustand „eigen-gesetzlich“ wieder einstellen. Worin sich die Eigengesetzlichkeit im Bereich des Organischen von dem hier genannten Beispiel unterscheidet, das ist, dass zwar für beide Bereiche gilt, dass ihnen zwar ein ideelles Konstruktionsprinzip zugrunde liegt, das aber im Fall des Tennisballs nur den von einem Konstrukteur erdachten Bauplan darstellt, während im Fall des lebenden Organismus dieses ideelle Prinzip nicht nur den fertigen Bauplan, sondern auch dessen Verwirklichung (im Sinne einer Autopoiese) aktiv hervorzubringen vermag.

Im Rahmen systemtheoretischer und insbesondere konstruktivistischer Ansätze werden diese Phänomene mit dem – gleichwohl eher deskriptiven als begründenden – Begriff der Autopoiese belegt. Im Kontext einer um anthroposophische Aspekte erweiterten Anthropologie werden die Phänomene der organismischen Autonomie mit den Fähigkeiten der Selbsthervorbringung, der Aufrechterhaltung

raum- und zeitübergreifender Funktionsgestalten, der metamorphotischen Umgestaltung, der Selbstregeneration und der Selbstheilung als Ausdruck eines diesen Erscheinung innewohnenden, selbst nicht der Sinneswahrnehmung zugänglichen, ideenrealistischen „Typus“ bzw. eines „Bildeorganismus“ oder „Lebensleibes“ aufgefasst. Das daraus resultierende allgemeine Vermögen des Organismus, auf richtig dosierte belastende oder krankmachende Reize mit erhöhter Resistenz und Gesundheit zu reagieren, kann als ein Prinzip der „Homöopathie“ im weitesten Sinn aufgefasst werden. Insofern ist das Prinzip: *Similia similibus curentur*, wie es der Homöopathie zugrunde liegt, eine spezielle Ausformung eines allgemeinen biologischen Prinzips. [44]

Ohne dies im einzelnen abhandeln zu wollen, sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass es sich bei den Phänomenen einer organismischen Biologie um den ersten Schritt eines Individuationsprozesses handelt, der sich im Zuge der Evolution und beim Menschen fortgesetzt findet in Form eines Wesens, dem über die Dimension des Lebens noch diejenige des seelischen Erlebens und Sich-darlebens sowie diejenige einer personalen Existenz mit den Phänomenen der Selbstbestimmungs- und Selbststartungs-fähigkeit.

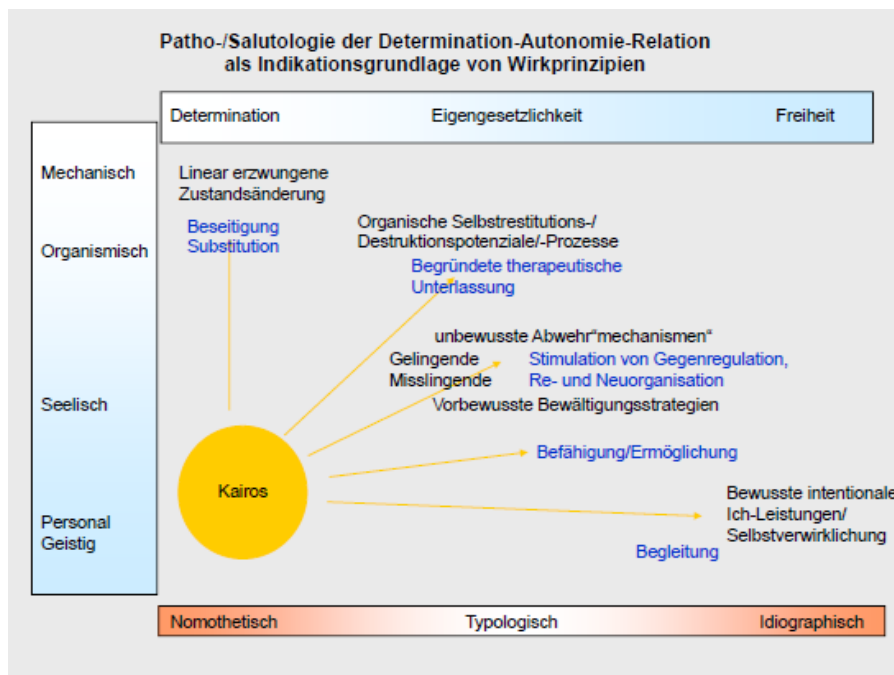


Abb. 7

In Abb. 7 finden sich entsprechend den unterschiedlichen Autonomiegraden des Menschen, genauer: der jeweiligen Determination-Autonomie-Relation zuordbare unterschiedliche therapeutische Wirkprinzipien. Da das Phänomen der zunehmenden Eigengesetzlichkeit bis hin zur Selbststartungsfähigkeit der menschlichen Individualität nicht nur eine Frage des Erkennens der jeweiligen Autonomie ist, sondern in der diagnostisch-therapeutischen Praxis vor allem auch eine Frage des An-erkennens dieser Autonomie ist, wird verständlich, dass in methodischer Hinsicht nomothetische Ansätze prioritär dort ihre Domäne haben, wo pathogenetische, salutogenetische, aber auch therapeutisch angestoßene salutogenetische

Vorgänge weitgehend fremdbestimmt, determiniert sind, während dort, wo Eigengesetzlichkeiten auf leiblicher oder seelischer Ebene im Vordergrund stehen, eher typologische Ansätze, sei es in Form entsprechender Kasuistiken oder der Bildung kleiner, jedoch im Hinblick auf die prognostischen Strukturen hochhomogener Kollektive methodisch angebracht sind. Dort, wo Ereignisse Ausdruck der Einzigartigkeit eines Menschen sind, die sich auf der Ebene seelischen Verhaltens ebenso wie im Leibesgeschehen bekunden können, liegt es nahe, Einzelfallforschung im Sinne eines radikal idiographischen Ansatzes zu betreiben und den Fokus auf intraindividuelle Auffälligkeiten zu legen.

Eine Folge der Individualisierung im Sinne einer Zunahme an Eigengesetzlichkeit ist, dass zwischen äußeren Einflüssen und organismus- bzw. individuum-eigenen Antworten – also zwischen Reiz und Reaktion – ein hohes Maß an Anisomorphie besteht.

Ich betone dies deshalb, da der Ansatz einer Cognition based Medicine, wie er in den vergangenen 15 Jahren von H. Kiene [45] als einem mir wichtig erscheinenden Versuch, am Einzelfall zu Aussagen über Kausalzusammenhänge zu gelangen, dort, wo gestalttheoretische Überlegungen im Sinne von Karl Duncker [46] u. a. als ein „Gestaltfaktor phänomenale Kausalität“ in Anspruch genommen wird. So sehr ich das Anliegen Helmut Kienes teile, eine ärztliche Erkenntnislehre zu erarbeiten, die von der menschlichen Individualität ihren Ausgang nimmt und deshalb methodisch die Einzelfallforschung einschließlich der Frage nach der therapeutischen Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall verfolgt – und so sehr ich große Teile der Cognition based Medicine als wichtige und wertvolle Ergänzung zu einer Evidence based Medicine einschätze, so sehr scheint mir der Versuch, Kausalzusammenhänge mit Hilfe von Theorieansätzen der Gestaltpsychologie zu verfolgen, problematisch zu sein.

Denn dass gestaltgesetzliches Wahrnehmen, neben der Wahrnehmung von Akkorden, Melodien, transponiblen Themen und Motiven in der Musik, Kompositionen von Gemälden, Erfassung von Raumgestalten, Zeitgestalten, Bewegungsgestalten, der taxonomischen Artenerfassung und der Erfassung von Krankheitseinheiten u. v. a. m. auch „phänomenale Kausalität“ erschließen soll, das scheint mir, wenn überhaupt, nur dort zuzutreffen, wo im Sinne einer linearen Kausalität eine hohe Isomorphie zwischen Ursache und Wirkung besteht.

Für die Beispiele, die Kiene aufführt, dass beispielsweise der Rhythmus eines Klopfgeräusches dem Rhythmus einer Kopfbewegung entspricht, eine Fußspur mit dem Fuß bzw. dem Schuh eines Menschen korrespondiert, die Bewegung eines stoßenden Gegenstandes mit derjenigen des gestoßenen Gegenstandes in phänomenaler Korrespondenz steht, ist das Prinzip *causa aequat effectum* zutreffend. Das trifft in der Medizin aber nur für einen Grenzbereich zu, für einen Bereich, in dem pathogenen oder therapeutischen Einflüssen Ursachencharakter zukommt in einer Bedeutung, wie wir sie von der Klassischen Physik her kennen.

Aus den vorangehend erörterten Gründen gilt dies in der Medizin aber nur bei „starken Kräften“, durch die im Sinne einer Fremd-Determination eine Zustandsänderung von Vitalprozessen erzwungen wird und dementsprechend ein organismus- bzw. individuum-eigener Response keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt. Für die große Mehrzahl der Erkrankungs-, Gesundheits- und Therapievorgänge gilt, dass infolge der Eigengesetzlichkeit, der mehr oder weniger stark ausgeprägten organismischen Autonomie gerade keine phänomenale Ähnlichkeit besteht, weshalb hier bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts statt von Ursache und Wirkung von Reiz und Reaktion gesprochen wird.

Gerade für autonomieorientierte, hygiogenetisch-salutogenetisch orientierte Therapieansätze, wie sie sich insbesondere bei komplementärmedizinischen Ansätzen wie der Anthroposophischen Medizin, der

Homöopathie und der Klassischen Naturheilkunde finden, stellt sich die Aufgabe, im Hinblick auf die Frage nach der Kausalität ein erweitertes, differenzierteres Ursachenkonzept zu verfolgen, das den Tatbestand der Internalisation von Ur-Sachen und somit den Wandel von der Fremdursache zur schrittweisen Selbst-Ursache berücksichtigt.

Das bedeutet, die relativ emanzipierten Prozesse der Pathogenese, der spontanen (Auto-)Salutogenese und der therapeutisch angestoßenen Salutogenese in ihrer räumlichen, zeitlichen und funktionellen Eigengesetzlichkeit zu kennen und sie bei der therapeutischen Wirksamkeitsbeurteilung zu berücksichtigen. Bei Therapieprinzipien, die auch auf dem Feld der Pharmakotherapie eine Hilfe zur Selbsthilfe anstreben, ist die Beantwortung der Frage, inwieweit es sich hier bei einer Heilung bzw. Besserung eines Krankheitszustands um ein Ergebnis der therapeutischen Maßnahme gehandelt hat, oder inwieweit sich hier die Natur selbst geholfen hat, naturgemäß außerordentlich schwierig.

### Zur Ambiguität der Bezeichnung „individuell“

Ärztlich-praxisbezogenes, taxonomisches Denken erweist sich also gemäß dem Vorangehenden als ein gewahrwerdendes Denken und ein denkendes Gewahrwerden, kurzum: *als ein Denken in Typologien*. Damit möchte ich weniger auf eine definitorische Abgrenzung zum Begriff der Gattung abheben, auf den hier ebenfalls zu verweisen wäre, als vielmehr darauf, dass sich mit dem Typusbegriff die Eigenschaft einer geringeren Trennschärfe und damit einhergehend diejenige einer größeren Variabilität assoziiert findet – Eigenschaften, die aber entsprechend dem Dargestellten hinsichtlich ihres Bezugs zur Wirklichkeit biologischer und seelischer Phänomene gerade nicht als defizitär, sondern als gegenstandsangemessen, weil deren Abwandlungsspielräume spiegelnd, begriffen werden können.

Erhalten die symptomatologischen Einzelkriterien bei den operationalisierten Krankheitskonstrukten keine nähere Bestimmung durch ein Ganzes, so erweist sich das im Kontext eines intuitiv erfassten Krankheitstypus herausgehobene Einzelphänomen als von Beginn an auf ein Ganzes bezogen und von diesem her qualitativ bestimmt. Der Einzelfall stellt sich damit nicht als etwas von einem Allgemeinen Getrenntes dar, sondern als die realtypische „Versonderung“ eines Idealtypisch-Allgemeinen.

Für Einzelfallforschung bedeutet dies, dass ihr methodisches Vorgehen dort, wo sie nach Typischem Ausschau hält und in diesem Sinne Kasuistik betreibt, nicht idiographisch ist im Sinne der Hinweisung auf Einmaliges bzw. der Herausarbeitung von Einzigartigem, sondern positive Exemplifizierung eines Typischen im Besonderen: „Die eindringliche Versenkung in den einzelnen Fall lehrt ... oft das Allgemeine für zahllose Fälle.“ [50] In methodischer Hinsicht scheint mir insofern die traditionelle Auffassung einer Dichotomie zwischen idiographischer und nomothetischer Forschung hier, auf dem Felde der Typusforschung, revisionsbedürftig. Denn das Vorgehen bei der Herausarbeitung von Krankheitstypen liegt gerade in der Verschränkung von Nomothetik und Idiographik, sozusagen in einer idiographischen Nomothetik.

In welchem Verhältnis steht hierzu dasjenige, was wir als das „Individuelle“ eines Falls bezeichnen? Die berechnete Forderung nach einer „individuellen Therapie“ hat, wie vorausgehend aufgezeigt, die Erarbeitung einer individuellen Diagnose zur Voraussetzung. Allerdings ist der Anspruch auf eine individuelle Medizin bzw. Therapie sowohl auf Patienten- als auch auf Arzt- bzw. Therapeutenseite zu einer Modevokabel in allen westlichen Gesundheitssystemen geworden. In welchem Verhältnis aber steht das Bemühen um eine individuelle Hilfestellung zu der vorangehend als „individuell“ bezeichneten Kategorie menschlicher Einmaligkeit und Einzigartigkeit? Auch wenn der Begegnungssituation zwischen Arzt und Patient neben typologisch zu erfassenden Charakteristika immer auch die Merkmale der Einmaligkeit und Unwiederholbarkeit zukommen, so bedeutet „individuelle“ Therapie im Hinblick auf die Auswahl und Anwendung der Verfahren und Arzneimittel durchaus nicht eine „einzigartige“ Therapie.

So liegt etwa der Homöopathie, deren Vertreter durchaus zu Recht geltend machen, eine individuelle, „personotrope“ Medizin zu betreiben, naturgemäß ein durch und durch an Typologien sich orientierender Erkenntnis- und (Be)Handlungsansatz zugrunde. Wäre dies anders, gäbe es weder die dort geltend gemachten Arzneimittelbilder, noch würde das Verfahren der Arzneimittel-Repertorisierung Sinn machen.

Und auch in der Anthroposophischen Medizin, die ja die Frage nach den Verwirklichungsformen einer je einzigartigen Individualität in Gesundheit und Krankheit methodisch am dezidiertesten verfolgt, handelt es sich um typische Arzneimittel und Maßnahmen bei typischen Krankheitsbildern, wenn auch unter einem durch spirituelle Gesichtspunkte erweiterten Blickwinkel.

Dies ist auch in der Psychotherapie, will sie nicht auf den Anspruch wissenschaftlicher Durchdringung ihres Tuns verzichten, nicht anders, so sehr sich dem Therapeuten auch die Aufgabe stellt, den Blick für das Einzigartige des Patienten und der Begegnung mit ihm zu schärfen und ihn damit zugleich für Neues und scheinbar Zufälliges in einer Entwicklung offen zu halten.

Insoweit sich mit dem Anspruch, eine „individuelle Therapie“ zu betreiben bzw. anzustreben eine ärztliche Einstellung bekundet, diagnostisches Erkennen und therapeutisches Handeln nicht an isolierten biologischen oder psychologischen Phänomenen, sondern an der Gesamtsituation einer „ganzen“ kranken Person zu orientieren, ist dem Bemühen um eine in diesem Sinne individuelle Therapie natürlich nachdrücklich zuzustimmen. Nur sollte dabei nicht übersehen werden, dass es sich bei den verabreichten therapeutischen Mitteln und Maßnahmen selbst keineswegs um individuelle, sondern um typische Qualitäten handelt und dass auch ihre Anwendung nicht unter dem Aspekt der Einzigartigkeit des Kranken, sondern unter typologischen Gesichtspunkten erfolgt.

Dies gilt für die Homöopathie, aber auch für eine um anthroposophisch-geisteswissenschaftliche Aspekte erweiterte Medizin.

Denn gerade letztere gibt sich nicht mit einem Diagnosebegriff zufrieden, der sich mit der Konstatierung eines normdevianten Naturprozesses begnügt, sondern sieht die diagnostische Erkenntnisaufgabe erst mit dem Auffinden eines mit dem Krankheitsgeschehen korrespondierenden, mit ihm konkordanten außermenschlichen Naturprozesses als potentiell Heilmittel erfüllt: Gerade ein im Sinne der anthroposophischen Erkenntnis-methode vertiefter Diagnosebegriff verbindet mit dem Anspruch einer Erweiterung der diagnostischen Gesichtspunkte nicht nur den Anspruch auf eine „mehrdimensionale Diagnostik“ im Sinne einer das jeweilige Verhältnis der „Wesenglieder“ des Menschen erschließenden Symptomatologie, sondern zugleich denjenigen der Zusammenschau von pathologischen Entwicklungen im menschlichen Organismus und außermenschlichen Naturvorgängen. Letztere aber stellen nicht einzigartige, sondern nur typologisch erfassbare Erscheinungen dar.

*Der Prozess der Individualisierung scheint mir, soweit ich sehe, an einem anderen Ort, nämlich im Kranken selbst als dem eigentlichen „Leistungserbringer“ einer jeden Gesundung zu liegen. Analog dem Phänomen, dass schon lebende Organismen des Pflanzen- und Tierreichs auf ganz unterschiedliche, also auf unspezifische äußere Reize mit eigengesetzlich-autonomen, artspezifischen Reaktionen antworten, scheint mir das eigentlich Individualisierende einer Therapie beim Menschen in demjenigen zu liegen, was das einzelne Individuum aktiv und eigengesetzlich, gemäß seiner Eigen-Art aus dem therapeutisch Angebotenen macht. Mit anderen Worten: Die unter typologischen Gesichtspunkten verabreichte typische Arznei, sei sie Arzneimittel oder Gespräch, kann dem Individuum Anstoß dafür werden, sich im Zuge einer Selbstheilung neu zu „arten“.*

*Als im eigentlichen Sinne individuell erweisen sich damit nicht die therapeutischen, wohl aber die durch sie angestoßenen (auto)salutogenen Leistungen. Wäre dies anders, würde Therapie eine instruierend-richtungsvorgebende Direktwirkung entfalten, ohne der Eigenwesenheit Mensch die Möglichkeit zur „eigen-artigen“ Selbstheilung zu belassen, dann würde gerade einer in diesem Sinne miss-verstandenen individuellen Therapie die Eigenschaft zukommen, „übergreifend“ zu sein und damit mit der Menschenwürde zu kollidieren.*

Wo finden sich in diesem Spannungsfeld zwischen Typischem und Individuellem Erkrankungsprozesse und Krankheitszustände angesiedelt? Schon in unserer alltagsweltlichen Orientierung tendieren wir dazu, bei einer Erkrankung mehr das Apersonal-Typische einer Krankheit zu sehen, während wir das Persönlich-Individuelle eher mit der (jeweiligen) Gesundheit eines Menschen assoziieren. Bürger-Prinz sprach von der „typenbildenden Kraft der Krankheit“ [zitiert in 51], und Bochnik verweist darauf, dass daher auch die Prognose umso einfacher sei, je typischer und schwerer ein Krankheitsbild ist.

Verfolgt man aus dieser Perspektive Erkrankungs- und Gesundungsprozesse im biographischen Kontext, so kann man zweierlei bemerken: zum einen, dass eine Erkrankung oftmals mit einer Entindividualisierung einher geht.

In dem Maße, wie eine Krankheit von uns Besitz ergreift, vermag sie – als Fremd-Artiges unsere Eigen-Art dominierend – uns zu typischen Merkmalsträgern eben dieser Krankheit zu „entarten“. Was sich einer teilnehmenden Aufmerksamkeit im Längsschnitt aber nicht selten auch zeigt, das ist ein über die prämorbid Ausgangssituation hinausreichender, durch die Erkrankung angestoßener Individualisierungsprozess, ein Zugewinn an Gesundheit, Autonomie und Selbst-Artung(sfähigkeit) durch die Überwindung einer bzw. im Zuge der Genesung von einer Erkrankung. Obwohl es sich hier um eine durchaus geläufige und auch intersubjektiv kommunizierbare Erfahrung handelt, ist diese bisher kaum zum Gegenstand empirischer Forschung gemacht worden. Es versteht sich aus der Sache heraus, dass hierauf fokussierende Forschungsansätze in methodischer Hinsicht nur in Form einzelfallbezogener biographie-orientierter Idiographien erkenntnisgewinnbringend sind.

Die Ergänzung einer ätiopathogenetischen, nur nach den Bedingungen der Krankheitsentstehung fragenden Perspektive um eine hygiogenetisch-salutogenetische Perspektive, wie sie in jüngerer Zeit vor allem von Antonovsky [47, 48] wiederentdeckt worden ist, scheint mir geeignet, die Frage nach den individuumeigenen, aktiven Leistungen des Gesundbleibens und des Gesundwerdens vor dem Hintergrund der Biographie eines Menschen zu verfolgen und damit die Verzahnung, aber eben auch die kategoriale Unterschiedenheit von Krankheits-, Kranken- und Lebensgeschichte am Einzelfall herauszuarbeiten.

Das Antonovskysche Plädoyer, die dichotome Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit zugunsten der Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums weiter zu entwickeln, bedeutet in seiner Konsequenz eine Pluralisierung und darüber hinaus eine Individualisierung unseres Gesundheitsbegriffs: Es gibt dann so viele Gesundheit wie es Menschen gibt. Die in diesem Sinne individuelle, weil eigen- und einzigartige Gesundheit entzieht sich aber einem (regel)wissenschaftlichen Zugriff, wiewohl sie als Ergebnis lebensweltlicher Beobachtung und „künstlerisch“ betriebener idiographischer Annäherung und Anverwandlung an die „Lebensmelodie“ bzw. den unverwechselbaren Daseins-„Stil“ eines Menschen zur unbestreitbaren Erfahrung werden kann.

### **Der diagnostisch-therapeutische Prozess und die Rolle der Prognose**

Zur Diagnose war ausgeführt worden, dass ihr für die ärztliche Praxis die Aufgabe zukommt, im Einzelfall eine individuelle Therapieentscheidung zu ermöglichen und zu begründen. Der diagnostische Akt erfordert damit mehr als das Ritual, den einzelnen Fall mit einem Namen zu versehen. Er besteht, wie aufgezeigt, auch nicht in einer Subsumption des besonderen Falls unter eine allgemeine Krankheitskategorie, sondern in der Anverwandlung eines Gattungs- bzw. Typusbegriffs, also eines anschaulichen und dynamischen Krankheits-Modells an das Besondere des Falls.

Ein wesentlicher Grund dafür, dass die medizintheoretische Position zum Diagnosebegriff, wie sie

von Richard Koch vertreten worden ist, immer wieder mit Vorbehalten und zum Teil mit Ablehnung rezipiert worden ist, scheint mir darin zu liegen, dass bei den Ausführungen Kochs das Verhältnis zwischen dem Begriff bzw. dem Modell einer Krankheit und der konkreten Krankheitssituation des einzelnen Falls unklar bleibt. In seiner Argumentation, dass sich eine Diagnose, um für die ärztliche Praxis fruchtbar zu sein, immer auf den einzelnen Kranken zu beziehen habe und sich insofern stets vom Krankheitsbegriff unterscheide – einer Auffassung, der ich vom Grundsatz her nachdrücklich zustimme –, stellt Koch dem einzelnen Kranken ein abstraktes Krankheitskonstrukt unvermittelt gegenüber.

Für den praktisch Unerfahrenen und auch dort, wo Krankheitseinheiten lediglich als nominalistische Abstraktionen aufgefasst werden, scheint mir dies in der Tat auch der Fall zu sein. Die Folge ist dann ein Hiatus zwischen einem Krankheitsmodell ohne Wirklichkeitsbezug auf der einen und dem mit Hilfe allgemeiner Erkenntnisse nicht zu begreifenden Kranken auf der anderen Seite. Es bleibt letztlich unklar, welche Bedeutung allgemeines nosologisches Wissen in der Krankenbetreuung spielt und wie dieses Wissen seine Zuordnung zum einzelnen Kranken erfährt; es sei denn, man wollte ganz auf kasuistisches Verstehen verzichten.

Was sich, soweit ich sehe, bei Koch nicht hinreichend thematisiert findet, ist das eingangs Erörterte, dass nämlich in jedem Gewährwerden eines Krankheitszusammenhangs implizit stets schon eine allgemeine Bedeutung mit enthalten ist, der besondere Fall mithin nicht als abgeschnitten von einem Allgemeinen aufzufassen ist, sondern als ein Allgemeines, das sich als Besonderes, in besonderer Ausformung manifestiert. Anders wäre das intuitive, taxonomisch-ratiomorphe Erfassen der Eigengesetzlichkeit eines Krankheits-„Bildes“ bzw. des je Typischen einer Krankheitserscheinung, wie es für den erfahrenen Arzt kennzeichnend ist, nicht zu verstehen. Und darinnen, dass eben der einzelne Fall – und zumal dann, wenn ihm in idealtypischer Ausprägung paradigmatische Bedeutung zukommt – stets auch Allgemeines exemplifiziert, besteht sein – freilich stets mit Vorsicht zu behandelndes – Generalisierungspotential. Gerade dadurch, dass der Fall nicht nur in seiner Singularität, als *Fall für sich*, sondern als *Fall von etwas*, nämlich einer transindividuellen Gesetzmäßigkeit gesehen wird, leitet sich ja die berechnete Erwartungswahrscheinlichkeit ab, in einem künftigen, ähnlich gelagerten Fall nicht gänzlich andere, sondern wiederum ähnliche, nämlich typische Struktureigenschaften auffinden zu können.

Dennoch scheint mir die von Koch und Wieland vertretene These, dass die ärztliche Diagnose, indem sie ja die Therapiefindung für eine konkrete Person ermöglichen soll, stets eine einzelfallbezogene Erkenntnisleistung darstellt, völlig zutreffend zu sein. Indem der Diagnose die Funktion zukommt, nicht nur vom Anblick zum Einblick in das Krankheitsgeschehen zu gelangen, sondern darüber hinaus zu einem Durchblick auf einen therapeutischen Ausblick, muss sie natürlich stets mehr umfassen und berücksichtigen, als nur nosologisches Wissen – nämlich u. a. konstitutionelle Aspekte, das Befinden des Kranken, seine prämorbid Persönlichkeitsstruktur, seine soziale, berufliche und familiäre Situation, sein individuelles Wertesystem.

Die Frage nach der Bedeutung der Biographie für den Verlauf und den Umgang mit Krankheit sowie nicht zuletzt die Frage nach der Bedeutung der Krankheit in der Biographie sollte methodisch verfolgt werden. Aber auch hier handelt es sich um die Berücksichtigung allgemeiner Erkenntnisse, die es gilt, der konkreten Situation des Kranken so anzuschmiegen, dass sie als Ratio für eine adäquate Hilfestellung dienen. Indem sich die Diagnose nicht auf eine abstrakte Krankheitseinheit, sondern auf die je aktuelle Krankheitssituation eines konkreten Kranken bezieht, wird deutlich, dass sie nicht ein anheftbares Etikett, sondern eine stets auf die Gegenwart bezogene Erkenntnisleistung darstellt. Eine Diagnose zu stellen bedeutet daher immer auch eine Vergegenwärtigung des Kranken und damit eine je neue Aktualisierung der Arzt-Patient-Beziehung. Es handelt sich dabei nicht um einen einmaligen Akt, sondern um einen kontinuierlichen, von der Erst- bis zur Abschlussdiagnose, also einen über den gesamten Behandlungszeitraum reichenden Prozess. Da die Therapie sich nur über eine Diagnose erschließt und legitimiert und andererseits Diagnostik nur in dem Maße fruchtbar ist, als sie therapeutische Ausblicke ermöglicht – und sich die Diagnose am Therapieerfolg (oder -misserfolg) verifiziert (oder falsifiziert) – erweist sich diagnostisches Erkennen und therapeutisches Handeln als untrennbar in einem diagnostisch-therapeutischen Prozess miteinander verwoben. [2]

Welche Rolle kommt in diesem Prozess der *Prognose* zu? Wie die Therapie, so erschließt sich auch die Prognose nur über die Diagnose. Mit ihr, der Diagnose, ist, wie eingangs dargestellt, zunächst eine individuelle Prognose über den unbehandelten Krankheitsverlauf verknüpft. [2, 8, 10, 11]

Dort, wo eine Diagnose Kausalitätsmodelle in ätiopathogenetischer wie in therapeutisch-salutogenetischer Hinsicht beinhaltet, kommt dem Behandlungsergebnis in jedem einzelnen Fall stets auch eine verifizierende bzw. falsifizierende Bedeutung zu. Zu Recht weist deshalb Kiene [45] darauf hin, dass dort, wo ein Kausalerekenen am Einzelfall möglich ist, die unerwartete Beobachtung eines vermutlichen Kausalzusammenhangs explorativen Charakter hat, dem Eintreten eines Therapieerfolgs bei hoher, weil durch eine valide Kausalitätsvorstellung gestützte, Erwartungswahrscheinlichkeit aber bereits in diesem bzw. einigen wenigen Fällen konfirmatorische Bedeutung zukommt. Eine therapeutische Wirksamkeit für zukünftige, ähnliche Fälle lässt sich, wie schon gesagt, grundsätzlich – also auch durch „Megastudien“ an großen Patientenkollektiven – nicht beweisen. Sie kann – mit unterschiedlichen Wahrscheinlichkeitsgraden – stets nur erwartet werden. Dabei ist die Erwartungswahrscheinlichkeit umso höher, je valider die Einsicht in den Kausalzusammenhang zwischen der Therapie und der Besserung des Gesundheitszustands des Kranken und je größer die Zahl bisheriger erfolgreicher Behandlungen ist. Der – stets probabilistisch gegebenen – Prognose kommt damit eine entscheidende Bedeutung bei der Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie zu.

Für qualitativ gute Einzelfallforschung leitet sich dadurch nicht nur das Erfordernis zu einer prospektiven, die Diagnose (im Sinne des

vorangehend Erörterten), die therapeutische Intervention und den Krankheitsverlauf lückenlos erfassenden Dokumentation ab, sondern darüber hinaus der Auftrag zur Bereitschaft und zum Mut, ex ante die (subjektive a priori-)Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs und dessen Bewertungskriterien explizit zu formulieren und das tatsächlich Erreichte am Referenzwert des prognostisch Erwarteten zu bewerten.

Ein solches Vorgehen sollte als sequentieller, zeitlich gegliederter Prozess den gesamten Behandlungszeitraum umfassen, also darlegen, auf welchen Zwischentappen prognostische Erwartungen sich erfüllt bzw. nicht erfüllt haben und wie sich dies in Modifikationen oder Revisionen von Diagnose und Therapie niederschlägt. Im Grunde wird bei einer solchen Forschungsmethodik damit nichts anderes erfasst, als dasjenige, was der über Vorerfahrungen verfügende Arzt – aber eben über weite Bereiche hin nur implizit – ohnehin schon leistet (bzw. leisten sollte).

Einzelfallforschung kommt hier die Aufgabe und die Chance zu, lebensweltliche, dem ärztlichen Tun implizit immer schon zugrunde liegende Evidenz-erfahrung Schritt für Schritt zu explizieren und damit auf höhere Evidenzstufen zu heben. Dabei sollte freilich nicht das Missverständnis aufkommen, Einzelfallforschung bedeute, es bei einem einzigen Fall bewenden zu lassen. Gerade prospektive Dokumentationen wirken aber der verbreiteten Gepflogenheit entgegen, nur „best cases“ zu kommunizieren und therapeutische Misserfolge unter den Tisch fallen zu lassen. Aber für einzelfallbezogene Forschung ist eben jeder Fall eine Studie für sich – im Gegensatz zu Studien an Kollektiven, bei denen die einzelnen Probanden nur eine austauschbare „Stichprobe“ in einem einzigen Therapieexperiment sind.

So plausibel das methodische Vorgehen, den therapeutischen Erfolg als Erreichung eines prognostisch festgelegten Therapieziels zu bemessen, auch erscheint, so kann ein solcher Denkanatz doch mit der ärztlichen Einstellung und Ethik kollidieren. Denn der (Be-)Handlungsauftrag des Arztes besteht durchaus nicht darin, die Prognose als Resultante von determinierten Naturprozessen aufzufassen und Therapie als ein Handeln zu begreifen, das sich „realistisch“ den als eingeschränkt prognostizierten Möglichkeiten fügt. Auch wenn eine solche Einstellung gegenwärtig vorherrschend ist, so ähnelt sie doch derjenigen eines Wissenschaftlers bei der Durchführung eines Experiments.

Der gute, therapeutisch erfolgreiche Arzt unterscheidet sich davon gleichwohl dadurch, dass er trotz valider Kenntnisse von Krankheitsverläufen nicht resigniert, sondern aus guten Gründen, nämlich als Ausdruck seines Helferwillens prognostischer Optimist und therapeutischer Enthusiast ist.

Erfahrungsgemäß finden sich gerade bei dieser Haltung die besten Therapieerfolge. Als eine Konsequenz daraus lässt sich der Schluss ziehen, ärztliches Handeln und wissenschaftliche Forschung in personeller Hinsicht zu trennen: Das gibt dem Arzt die Freiheit, seine Kranken zwar verantwortungsvoll und ohne unseriöse Versprechungen, aber mit Engagement, Leidenschaft, Zuversicht, Optimismus, Liebe und Enthusiasmus zu betreuen.

Und es gibt dem Wissenschaftler die Möglichkeit, zwar aufmerksam teilhabend, aber mit dem nötigen Abstand das Geschehen „objektiv“ zu dokumentieren und zu bewerten.

Insoweit Einzelfallforschung sich die Aufgabe stellt, die reale Situation der ärztlichen Praxis auf ein höheres Reflexions- und Evidenzniveau zu heben, ist sie zugleich geeignet, die individuelle Erkenntnis- und Urteilsbildung des Arztes vor Ort zu fördern – und damit ein investigatives Bestreben nicht nur bei Studien-Patienten, sondern in der Betreuung eines *jeden* Kranken zu verfolgen. Indem sich in der einzelfallorientierten Forschung Fragestellung und Erkenntnisinteresse nicht auf ein Kollektiv beziehen, sondern auf einen einzelnen Menschen, vermag sie uns in methodologischer Hinsicht dazu erziehen, den Kranken nicht unter einer ex-ante willkürlich festgelegten Methode zu verfolgen, sondern behutsam nach der methodisch je angemessenen Form der Erkenntnisgewinnung zu suchen, also uns in der Einnahme unterschiedlicher Perspektiven und der Heranziehung verschiedenartiger Methoden zu erüben.

Wie sehr die mit einem gruppenstatistischen Ansatz interferierende Responder/Nonresponder-Problematik bzw. die Problematik der prognostischen Heterogenität mit dem Interesse des Arztes an rationalen Individualentscheidungen kollidiert, zeigt sich auf zugespitzte Weise in der Formulierung von Forschungsergebnissen nach dem Number-needed-to-treat-Prinzip: Angaben darüber, wie viele Probanden – ggf. unter Inkaufnahme des Risikos beachtlicher unerwünschter Effekte – behandelt werden müssen, um einem einzigen, ex ante nicht identifizierbaren zu helfen, mögen formalwissenschaftlich korrekt sein. Ethisch sind sie dies schwerlich, und im Hinblick auf den ärztlichen Behandlungsauftrag bedeuten sie die intellektuelle Bankrotterklärung einer Individualmedizin.

Im Auge zu behalten gilt es, dass das im Rahmen von EBM verfolgte Bestreben, die ärztliche Irrtumsanfälligkeit durch quantitative Irrtumswahrscheinlichkeiten zu ersetzen, seinerseits irrtumsanfällig ist. Dies gilt auch für die Erstellung von Leitlinien und löst sich auch nicht durch die Erstellung von Leitlinien zu Erstellung von Leitlinien. Denn es gibt eben, so schon Immanuel Kant, keine Regeln, wie man Regeln richtig anwendet.

Es ist ein Irrtum zu glauben, man könne durch formalisierte Schlussfolgerungen und durch Konsensusprozesse zu Wahrheiten gelangen. [8, 52] Auch noch so ausgefeilte epidemiologische Werkzeuge und noch so valide Daten entbinden den Arzt nicht von der Pflicht, über den Realitätswert und über die auf den konkreten Kranken bezogene Relevanz der ihm zur Verfügung stehenden Information ein Urteil zu fällen. Tut er das nicht, dann bergen Leitlinien die Gefahr, dass sich das Potential der kleinen Irrtümer bei den individuellen Therapieentscheidungen zu demjenigen der großen Irrtümer bei der Anwendung von Therapiestandards auswächst.

Der Arzt muss sich bewusst sein, dass er auch bei Anwendung von Maßnahmen mit hohem Empfehlungsgrad sich nicht in einem gesicherten Bezirk befindet, der ihn von der Aufgabe entbindet, jeden einzelnen Behandlungsfall mit investigativer Aufmerk-

samkeit zu verfolgen; denn auch eine durch hohe Evidenzstärken gestützte Therapieentscheidung stellt für den Arzt stets eine Entscheidung unter Risiko dar. Sollen evidenzbasierte, also auf das Fundament der schließenden Statistik sich gründende Leitlinien nicht zum Procrustes-Bett der medizinischen Versorgung werden, dann stellt sich die Aufgabe, die individuelle ärztliche Erkenntnisbildung am einzelnen Kranken thematisch zu verfolgen und methodisch weiter zu entwickeln. [2, 8] Dies zu leisten sehe ich als eine vorrangige Aufgabe der Anthroposophischen Medizin und der Homöopathie an. Aber nun nicht in Form eines sektiererischen Gebarens, das die Infallibilität und die ubiquitäre Überlegenheit dieser Ansätze mit eschatologischer Verbissenheit predigt, sondern als einen gewichtigen Beitrag zur Wiederentdeckung und zur professionellen Weiterentwicklung der guten, aussagekräftigen, lehrreichen und den Kranken in seiner Violdimensionalität in den Blick nehmenden Kasuistik und der Einzelfallforschung als eine unersetzbare Ergänzung ärztlicher Erkenntnisgewinnung.

Der konkrete Fall erweist sich je neu als der Dreh- und Angelpunkt, als Ort der Begegnung und der wechselseitigen Transformation von Theorie und Praxis, Allgemeinem und Besonderem, Regelhaftem und Individuellem, als Ausgangs- und Anwendungsort von propositionellem und implizitem Wissen, nomothetischer und idiographischer Forschung. Die Humanität der Medizin wird in Zukunft auch davon abhängen, inwieweit es uns gelingt, am einzelnen Kranken wissenschaftlich relevante und praktisch fruchtbare Erkenntnisse zu gewinnen. Dies wird nicht zuletzt davon abhängen, ob im Mittelpunkt unseres Interesses p-Werte oder Personen stehen werden.

Sollen evidenzbasierte Leitlinien sich nicht zum Prokrustesbett der medizinischen Versorgung und soll sich die medizinische Versorgung nicht zu einem System der Eliminierung personaler Verantwortung auswachsen, dann stellt sich für den einzelnen Arzt die Aufgabe, das verfügbare wissenschaftliche Regelwissen zu instrumentalisieren, also im individuellen Fall auf seinen Wert hin beurteilen zu können. Für die Aneignung der hierzu notwendigen professionellen Kompetenz wird auch in Zukunft der gute Fallbericht eine ebenso zentrale wie unverzichtbare Rolle spielen.

## Literatur

- [1] Matthiessen PF: Paradigmenpluralität und Individualmedizin. In: Matthiessen PF (Hrsg.): Patientenorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. 2. erweiterte Auflage. Verlag für Akademische Schriften (VAS), Bad Homburg 2011.
- [2] Matthiessen PF: Der diagnostisch-therapeutische Prozess als Problem der Einzelfallforschung. In: Ostermann T, Matthiessen PF (Hrsg.): Einzelfallforschung in der Medizin. Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen. Frankfurt a. M., VAS, 2003: 31-59.
- [3] Windelband W: Geschichte und Naturwissenschaft. Rektoratsrede (1894). 3. Aufl. Straßburg. Heitz 1904. Wiederabdruck in: Präludien, 7. u. 8. Aufl. Tübingen: Mohr 1921.

- [4] Lorenz K: Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. Gesammelte Abhandlungen, Bd. II, Pieper, München 1966.
- [5] Polanyi M: Implizites Wissen. Frankfurt a. M. 1985.
- [6] Bortoft H: Goethes naturwissenschaftliche Schriften. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1995.
- [7] Matthiessen PF: Befund und Befinden und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie. Themen 2, Schwerpunkt Medizin. Universität Witten/Herdecke, 1984.
- [8] Matthiessen PF: Die Therapieentscheidung des Arztes. Z Ärztl. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen 2005; 99: 269-273.
- [9] Wieland W: Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. De Gruyter, Berlin 1975.
- [10] Matthiessen PF: Die Diagnose – eine prognoseorientierte individuelle Therapieentscheidung. System Familie 1998; 11: 60-69.
- [11] Matthiessen PF: Die Arzt-Patient-Beziehung als Herzstück der Medizin. Der Merkurstab, Heft 6, 2012. 534-549.
- [12] Hensel H: Zur Problematik des Wissenschaftsbegriffs in der Medizin. In: Büttner G, Hensel H u. a. Biologische Medizin. Grundlagen ihrer Wirksamkeit. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg, 1977.
- [13] Morse J, Andersen G, Bortoft J: Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practise? Image J Nurs Sch. 1992; 24(4): 273-280. Doi: 10.1111/J.1547-5069. 1992. tb 00733.x.
- [14] Steiner R: Die Erziehung des Kindes vom Gesichtspunkt der Geisteswissenschaft. 1. Aufsatz 1907, 5 Vorträge. Stuttgart 1924. Tb 658 aus dem Gesamtwerk.
- [15] Theunissen M: Der Andere. Berlin: de Gruyter, 1965.
- [16] Matthiessen PF: Das Phänomen Komplementärmedizin: Verwilderung oder Bereicherung ärztlichen Handelns? Z med Ethik 2004; 50: 351-363.
- [17] Matthiessen PF: Prinzipien der Heilung im Neuen Testament. In: Fuchs B, Kobler-Fumasoli N (Hrsg.): Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin. LIT Verlag Münster, Hamburg London 2002.
- [18] Matthiessen PF: Der diagnostisch-therapeutische Prozess im interprofessionellen Dialog. In: Matthiessen PF, Wohler D (Hrsg.): Die schöpferische Dimension der Kunst in der Therapie. VAS, Frankfurt a. M. 2006.
- [19] Steiner R: Meditative Betrachtungen und Anleitungen zur Vertiefung der Heilkunst. Vorträge für Ärzte und Studierende der Medizin. 5. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1977.
- [20] Goethe JW: Dichtung und Wahrheit. Dritter Teil. 11. Buch. Goethes Werke. "Hamburger Ausgabe". Sonderausgabe in 14 Bänden. C.H. Beck'sche Verlagsanstalt. München 1981.
- [21] Kalitzkus V, Wilm S, Matthiessen PF: Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? Z Allg Med 2009; 85, S. 60-66.
- [22] Morris DB: How to speak Postmodern. Medicine, Illness and Cultural Change. Hastings Center Report 2000; Nov/Dec 7-16. Zit, S. 8, S. 15.
- [23] Lurija AR: Romantische Wissenschaft. Forschungen im Grenzbezirk von Seele und Gehirn. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1993.
- [24] Lurija AR: Der Mann, dessen Welt in Scherben ging. Zwei neurologische Geschichten. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1997.
- [25] Sacks O: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek: Rowohlt, 1987.
- [26] Sacks O: Eine Anthropologin auf dem Mars. Reinbek: Rowohlt, 1995.
- [27] Shem S: Psychiatry and Literature: a relational perspective. Literature and Medicine 1991, 10: 42-65.
- [28] Greenhalgh T, Hurwitz B: Narrative-based Medicine – sprechende Medizin: Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern: Huber, 2005.
- [29] Launer J: Narrative Based Primary Care: A Practical Guide, Radcliffe Medical Press, 2002.
- [30] Konitzer M, Doering TJ, Fischer GC: Patientenhistorie – Narrative based medicine: Neuorientierung qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin? Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. Z Allg Med 2002; 78: 565-570.
- [31] Konitzer M: Narrative based Medicine. Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin? Sozialer Sinn 2005; 1: 111-129.
- [32] Gartens-Robinson E: Clinical judgement and the rationality of human sciences. J Med Philos 1986; 11: 167-178.
- [33] Matthiessen PF: Ärztliche Praxis und wissenschaftlicher Status der Medizin. Forsch-KomplementärMed 2006; 13:136-139.
- [34] Marquard O: Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften. In: Marquard O: Apologie des Zufälligen. Stuttgart, Reclam, 1986.
- [35] Koch R: Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens, 2. umgearb. Aufl. Bergmann, Wiesbaden, 1920.
- [36] Fülgraff GM: Der kontrollierte klinische Versuch – Eine kritische Würdigung. Pharmazeutische Zeitung 130 (1985).
- [37] Trampisch HJ: Stochastisches Denken als unverzichtbare Grundlage für wissenschaftliche Erkenntnis und praktisches Handeln in der Medizin. In: Köbberling J (Hrsg.): Die Wissenschaft in der Medizin. 2. Aufl. 1993, Schattauer, Stuttgart – New York.
- [38] Blankenburg W: Perspektivität und Wahn. In: Blankenburg W (Hrsg.): Wahn und Perspektivität. Enke, Stuttgart 1991.
- [39] Fleck L: Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Suhrkamp 1980. (Der Text ist identisch mit der Erstausgabe bei Benno Schwabe u. Co von 1935).
- [40] Kuhn T: Die Entstehung des Neuen. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1977.
- [41] Matthiessen PF: Perspektivität und Paradigmenpluralismus in der Medizin. In: Fuchs B, Kobler-Fumasoli N (Hrsg.): Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin. LIT Verlag Münster, Hamburg, London, 2002.
- [42] Kienle G: Die Paradigmen in der Medizin. In: Neuhaus GA (Hrsg.): Pluralität in der Medizin. Der geistige und methodische Hintergrund. Symposiumsbericht der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V., 24.-26.5.1979 in Titisee. 1980.
- [43] Matthiessen PF: Der Organismusbegriff und seine Bedeutung für die Onkologie. In: Matthiessen PF, Tautz C (Hrsg.): Onkologie im Spannungsfeld konventioneller und ganzheitlicher Betrachtung. Theorie und Erkenntnisbildung in der Onkologie, Reihe Aktuelle Onkologie, Bd. 48, Zuckschwert München, 1988.
- [44] Hensel H: Die Simile-Regel als biologisches Prinzip. Allg. Homöopathische Zeitung 222, 2-14, 1977.
- [45] Kiene H: Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine, Springer, Berlin – Heidelberg – New York, 2000.
- [46] Duncker K: Zur Psychologie des produktiven Denkens. Berlin, Springer Verlag, 1935.
- [47] Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen. dgvt 1997.

- [48] Antonovsky A: Unrevealing the mystery of health. How people stress and stay well. San Francisco Jossey-Bass 1987.
- [49] Steiner R: Die Erkenntnis der Seele und des Geistes. Vortrag vom 5.12.1907. 2. Aufl. GA 56, Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1985.
- [50] Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. 8. Aufl. Springer, Berlin – Heidelberg – New York, 1965.
- [51] Bochnik HJ: Spielräume im Regelgeflecht: Der Einzelfall und die Regel als zentrales Problem der Heilkunde. In: Bochnik HJ, Gärtner-Huth C, Richtberg W (Hrsg.) Der einzelne Fall und die Regel. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1988.
- [52] Kienle GS, Karutz M, Matthes H, Matthiessen PF, Petersen P, Kiene H: Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Dtsch Arztebl 2003; 100: A 2142-2146 (Heft 33).

Anmerkung: Die Verwendung der Abbildungen 1 bis 4 sowie 6 und 7 erfolgt mit freundlicher Genehmigung des VAS-Verlages.

### Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter des Arbeitsbereichs Methodenpluralität in der Medizin, Institut für Integrative Medizin, Universität Witten/Herdecke



- Medizinstudium in Marburg/Lahn und Washington State University Saint Louis, Missouri, USA
- 1971 Promotion
- Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Herdecke und Dortmund
- 1980-1982 Oberarzt an der Universitätsnervenklinik Marburg/Lahn bei Prof. Blankenburg
- Mitbegründer der Universität Witten/Herdecke
- Wissenschaftliche Betreuung der Forschungsförderprojekte „Unkonventionelle Methoden der Krebsbekämpfung (UMK)“ und „Unkonventionelle Medizinische Richtungen (UMR)“ im Auftrag der Bundesregierung (1986-1996)
- 1983-2004 Leitender Arzt der Psychiatrischen Modellabteilung für Jugendliche und junge Erwachsene am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
- 1992 Habilitation
- 1996-2009 Inhaber des Gerhard-Kienle-Stiftungslehrstuhls für Medizintheorie und Komplementärmedizin an der Universität Witten/Herdecke
- 2000 Mitbegründer des Dialogforums Pluralismus in der Medizin sowie
- seit 2009 Stellvertretender Sprecher des Dialogforums Pluralismus in der Medizin

Zahlreiche Publikationen in Büchern und Fachzeitschriften mit Schwerpunkt Komplementärmedizin, Theoriebildung in der Medizin, Wissenschafts- und Paradigmenpluralismus in der Medizin. Durchführung nationaler und internationaler Workshops und Kongresse. Sachverständigenmitglied in verschiedenen wissenschaftlichen Gremien. Herausgeber der Schriftenreihe „Perspektiven – Schriften zur Pluralität in der Medizin“ im Verlag für Akademische Schriften (VAS).

Kontakt: peter.matthiessen@uni-wh.de  
Website: www.uni-wh.de



11. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 11)  
10. - 12. November 2011 in Köthen (Anhalt)

# Welche Forschungsansätze sind für die Homöopathie am wichtigsten?

## Kongressband

Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler (Hrsg.)

## **Impressum**

Schriftenreihe der  
Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom)

Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie e. V. (WissHom)  
Wallstraße 48  
06366 Köthen (Anhalt)  
Deutschland  
[www.wisshom.de](http://www.wisshom.de)

Lektorat, Satz und Gestaltung:  
Mag. phil. Christine Doppler (Berlin)  
[lektorat@wisshom.de](mailto:lektorat@wisshom.de)  
[www.christine-doppler.net](http://www.christine-doppler.net)  
*Die Personenbezeichnungen in den Beiträgen  
beziehen sich in der Regel gleichermaßen auf Frauen und Männer.*

Umschlag-Gestaltung:  
setz it. Richert GmbH (Sankt Augustin)  
[www.setzit.de](http://www.setzit.de)

Druck:  
Repro Central – Martin & Richter GbR (Berlin)  
[www.repro-central.de](http://www.repro-central.de)

© WissHom. Köthen (Anhalt): 2013  
*Ausnahmen im Copyright sind jeweils angegeben.*

# Inhalt

- 2 Impressum
- Vorwort** 3 *Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler*  
Editorial
- 5 Inhaltsverzeichnis
- Bericht** 7 *Gerhard Bleul*  
Bericht über den Kongress
- Vorträge** 10 *Michael Frass*  
Homöopathie in der Intensivmedizin
- 13 *Martin Bündner*  
Einzelfalldokumentationen über Erkrankungen mit fehlendem klarem  
therapeutischen Konzept in der konventionellen Medizin
- 19 *Josef M. Schmidt*  
Zur Relevanz medizinhistorischer und medizintheoretischer  
Grundlagenforschung
- 21 *Jörg Hildebrandt*  
Die Arzneierfahrung als universelles Ähnlichkeits-Prinzip  
des Lebendigen?
- 23 *Thorsten Stegemann*  
Gloperia – das homöopathische Werkzeug der Zukunft
- 25 *Stephan Baumgartner*  
Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung
- 27 *Klaus von Ammon*  
Quantitative Forschung und klassische Homöopathie
- 31 *Peter F. Matthiessen*  
Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine und  
Narrative based Medicine
- Seminare** 53 *Curt Kösters*  
Rechtliche Situation von Arzneimittelselbstversuch und  
gesetzlicher AMP
- 54 *Gerhard Bleul*  
Zur Situation homöopathischer Arzneimittelprüfungen
- 58 *Jörg Haberstock*  
Verfügbarkeit und Marktsituation homöopathischer Einzelmittel
- 60 *Carl Classen*  
Probleme mit Nosoden und Ausgangssubstanzen – Strategien,  
Perspektiven, kreative Lösungen
- 62 *Kate Chatfield*  
Going beyond numbers: The gift of qualitative methods in homeopathy  
research / Qualitative Methoden in der homöopathischen Forschung  
(Übersetzung: Ulrike Kessler)
- 72 *Gerhard Resch*  
Die Philosophie als Voraussetzung der Einordnung und  
umfassenden Nutzung der Ergebnisse von Wissenschaft und Kunst  
am Beispiel der Medizin