

# Ars medicinae

Band 1

Die Wissenschaft der Medizin und das Heil des Menschen

Herausgegeben von

Dietrich Grönemeyer, Theo Kobusch und Heinz Schott



# Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen

Herausgegeben von  
Dietrich Grönemeyer, Theo Kobusch und  
Heinz Schott  
unter Mitarbeit von Thomas Welt

2008 Max Niemeyer Verlag

Dieser Band wurde von der Grönemeyer Stiftung für Weltmedizin gefördert.



#### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-484-85001-9      ISSN 1865-004x

© Max Niemeyer Verlag, Tübingen 2008  
Ein Imprint der Walter de Gruyter GmbH & Co. KG  
<http://www.niemeyer.de>

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten

Einband: Norbert Klotz, Jettingen-Scheppach

## Vorwort

Wir möchten uns an erster Stelle bei den Autorinnen und Autoren für ihre Mitarbeit an diesem Band bedanken. Sie haben die komplizierte und umfassende Thematik der Gesundheit aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven beleuchtet. Die Diskussionen über die Texte in unserer Arbeitsgruppe *Initiative Gesundheit* haben unsere Arbeiten befördert und beeinflusst. Ein besonderer Dank gilt dem Verlag Max Niemeyer für die Bereitschaft, der Reihe *Ars medicinae* eine verlegerische Heimat zu geben, sowie der Cheflektorin Frau Birgitta Zeller-Ebert, die das Entstehen der Reihe *Ars medicinae. Die Wissenschaft der Medizin und das Heil des Menschen* und des vorliegenden Eröffnungsbandes *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen* intensiv gefördert und begleitet hat.

Prof. Dr. med. Dietrich Grönemeyer

Prof. Dr. Dr. Heinz Schott

Prof. Dr. Theo Kobusch

Thomas Welt MA



## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                          |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| DIETRICH GRÖNEMEYER, THEO KOBUSCH,<br>HEINZ SCHOTT, THOMAS WELT:<br>Zur Einführung ..... | 1 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---|

### 1. Kapitel: Arzt und Patient. Der Umgang mit dem kranken Menschen

|                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| DIETRICH GRÖNEMEYER:<br>Gesundheit als ein Ganzes – mehr als körperliches Wohlbefinden .....         | 29 |
| JÜRGEN BAIER:<br>Steht der Patient noch im Mittelpunkt der modernen Medizin? .....                   | 53 |
| PETER VAN LEEUWEN:<br>Medizin und Wissenschaft. Sind Ärzte Wissenschaftler? .....                    | 65 |
| ROLF VERRES:<br>Zur Bedeutung der Lebenskunst und der <i>ars moriendi</i><br>für die Heilkunde ..... | 77 |

### 2. Kapitel: Medizin und Gesellschaft. Realität – Vision – Utopie

|                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| REGINA HAUSES:<br><i>Salus</i> -Vorstellungen der Antike: Die Gesundheit des Einzelnen<br>und das Wohl des Staates .....                         | 91  |
| ANGELIKA STEVELING:<br>Gesundheit in der chinesischen Medizin .....                                                                              | 109 |
| RALF FORSBACH:<br>Das Gesundheitsideal des Nationalsozialismus .....                                                                             | 131 |
| WALTER BRUCHHAUSEN:<br>Die Marktnischen der ‚traditionellen Heiler‘. Anfragen an den<br>Gesundheitsbegriff aus dem Fremden und dem Eigenen ..... | 149 |
| DIETRICH GRÖNEMEYER:<br>Alter und Gesundheit .....                                                                                               | 165 |

VIII

*Inhaltsverzeichnis*

3. Kapitel:

Leib und Seele. Anthropologische und psychosomatische Ansätze

THOMAS DEWENDER:

Albertus Magnus über Imagination und Krankheit ..... 187

RALPH KÖHNEN:

Der ganze Mensch. Friedrich Schillers medizinische Konzepte  
im Horizont der zeitgenössischen Anthropologie ..... 205

PETER ACHILLES, HANS STOFFELS:

Die Dimension des Pathischen im Gesundheitsverständnis  
Viktor von Weizsäckers ..... 231

HAMID PESECHKIAN:

Salutogenetische Psychosomatik und Psychotherapie.  
Ressourcenorientiertes Vorgehen und positives Menschenbild  
im ergebnisorientierten Zeitalter ..... 249

4. Kapitel:

Lebensführung und Gesundheit. Wege des philosophischen Denkens

FRIEDHELM DECHER:

Vom Sinn der Krankheit. Nietzsches „große Gesundheit“ ..... 277

THOMAS WELT:

Über den Begriff der Gesundheit in der daseinsanalytischen Medizin ..... 289

THEO KOBUSCH:

Die menschliche Natur. Das Sein des Menschen im Spannungsfeld  
von Philosophie und Medizin ..... 313

CARL FRIEDRICH GETHMANN:

Wunscherfüllende Medizin. Kontingenzbewältigung oder  
Kontingenzbeseitigung? ..... 333

5. Kapitel:

Heilung und Heil. Naturphilosophische und theologische Ansätze

CHRISTIAN SCHULZE:

Wandlungen des Gesundheitsbegriffs in Antike  
und frühem Mittelalter ..... 347

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| IRMGARD MÜLLER:                                                   |     |
| Gesundheit in der Deutung Hildegards von Bingen (1098-1179) ..... | 369 |
| HEINZ SCHOTT:                                                     |     |
| „Natur“ als Medium zwischen Mensch und Gott.                      |     |
| Medizinhistorische Leitbilder der Gesundheit .....                | 387 |
| MARKUS KNAPP:                                                     |     |
| Gesundheit und Heil. Eine theologische Perspektive .....          | 417 |
| Personenregister .....                                            | 437 |
| Begriffs- und Sachregister .....                                  | 441 |
| Autorenspiegel .....                                              | 449 |



## Zur Einführung

„In der Wirklichkeit gibt es gar *keine Krankheiten*, es gibt nur *krank Menschen*.“

(Georg Groddeck, 1893)<sup>1</sup>

Der vorliegende Sammelband *Gesundheit im Spiegel der Disziplinen, Epochen, Kulturen* bildet den Eröffnungsband der Reihe *Ars medicinae. Die Wissenschaft der Medizin und das Heil des Menschen*<sup>2</sup>. Mit dem Untertitel der Reihe soll angedeutet werden, daß einerseits das Wissenschaftsparadigma der sogenannten modernen Medizin auch etwas mit dem Heil des Menschen, mit der umfassend verstandenen Gesundheit im Sinne der *salus* zu tun hat oder zumindest zu tun haben sollte, dies andererseits aber nicht unbedingt und implizit der Fall ist. So ist in der Konjunktion ‚und‘ durchaus ein adversatives Moment mitgedacht: Die Auffassungen der modernen Medizin und die von einer nicht nur somatisch oder biologisch gedachten Gesundheit stehen bisweilen in einem Spannungsverhältnis. Es bedarf mithin der Reflexion auf die Bedingungen und Konsequenzen eines Medizinparadigmas, das sich seit dem 19. Jahrhundert zunehmend dem überaus erfolgreichen Modell der Naturwissenschaften verschrieben hat und seinerseits große Erfolge gefeiert sowie großes menschliches Leid verhindert, beseitigt oder gemildert hat – wenn man denn zu dem gelangen möchte, was schlagwortartig in den letzten Jahrzehnten mit ‚ganzheitlicher Medizin‘ bezeichnet wurde.

Ausgehend von dem beschriebenen Befund und in Blickrichtung auf eine menschengemäße Medizin, hat sich zunächst informell eine Gruppe zusammengefunden, die sich aus Vertretern unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen zusammensetzt: Dietrich Grönemeyer, Professor für Radiologie und Mikrotherapie, und Mitarbeitern, *Lehrstuhl für Radiologie und Mikrotherapie, Universität Witten/Herdecke*, Theo Kobusch, Professor für Philosophie, und Mitarbeitern, *Institut für Philosophie, Universität Bonn*, Heinz Schott, Professor für Medizingeschichte, und Mitarbeitern, *Medizinhistorisches Institut, Universität Bonn*. Diese mit dem Arbeitstitel *Initiative Gesundheit* benannte Forschergruppe ist gebildet worden zum Zwecke einer

<sup>1</sup> Georg Groddeck: *Krankheit* (1893), in: ders.: *Krankheit als Symbol. Schriften zur Psychosomatik*, hg. Helmut Siefert, Frankfurt am Main 1983, 23-26, hier 24.

<sup>2</sup> *Ars medicinae* wurde den historisch häufiger belegten Bildungen *ars medica* oder *ars medicina* vorgezogen, um durch die Nominalfügung zweier Substantive auch sprachlich auf die Distanz hinzuweisen, die zwischen ‚Kunstfertigkeit‘ und ‚Medizin‘ entstanden ist. ‚Medizin‘ versteht sich nicht mehr von allein als auf die Praxis bezogene Kunst, wie es die beiden qualifizierenden Adjektive nahelegen, sondern hat sich in problematischer Weise von der *ars* emanzipiert. Gleichwohl impliziert der Titel den Anspruch, Medizin wieder stärker in ihrer handwerklich-künstlerischen und praktischen Bedeutung wahrzunehmen.

interdisziplinären, auf die ärztliche Praxis und den heutigen medizinischen Alltag bezogenen Diskussion über das, was das Ziel jeglichen medizinischen Handelns – die *Gesundheit* – in Geschichte und in Gegenwart für den Menschen in personal-existentieller Hinsicht ausmachte bzw. ausmacht und in Zukunft ausmachen könnte. Gesundheitsversorgungsstrukturen oder Aspekte der Finanzierung des Gesundheitswesens werden als Themen zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber nur ins Auge gefaßt, sofern sie die *Gesundheit* im Rahmen einer *personorientierten Medizin* berühren.

Das primär auf naturwissenschaftlichen Prämissen beruhende Medizinverständnis und seine Anwendung durch Ärzte werden der eben nicht allein körperlich zu denkenden Natur des Menschen nur partiell gerecht. Die moderne, hochtechnisierte und -spezialisierte Medizin – häufig Biomedizin genannt – steht immer in der Gefahr, sich mit einer ausschließlich körperlichen medizinischen Wiederherstellung zu begnügen, anstatt den Menschen auch in seinen psychischen und intellektuellen Eigenschaften sowie seinen gesellschaftlichen und kulturellen Bezügen wahrzunehmen (biopsychosoziales Denken).<sup>3</sup> Vielmehr fällt umgekehrt unter den von Michel Foucault gebrauchten Terminus der *Medikalisierung*<sup>4</sup> nicht nur der medizintechnische enteignende Zugriff auf den Menschen, sondern auch die psychologische, pädagogische, kulturelle und gesellschaftliche Vereinnahmung durch die Biomedizin.<sup>5</sup> Ein zweiter Kritikpunkt betrifft die mit der Technisierung verbundene Konzentration des modernen Mediziners auf *Krankheitsbilder*, die es anhand ‚objektiver‘ Labordaten festzustellen und dann nach den ‚Regeln der Kunst‘ zu behandeln gilt. Die kranke Person rückt damit in Anamnese, Diagnose und Therapie immer mehr in den Hintergrund. Der Patient als Person und Gegenüber des Arztes, als derjenige, der nicht nur *eine Krankheit hat*, sondern *krank ist* und damit oftmals durch diese in seiner Personalität geprägt ist, wobei die Krankheit möglicherweise sogar aus seiner Lebensgeschichte und -haltung resultiert und erklärbar ist, findet in der modernen Biomedizin zunehmend geringere Beachtung. Mit dieser von der *Initiative Gesundheit* geteilten Kritik an der Einseitigkeit des dominierenden Medizinverständnisses und der ihm folgenden Praxis geben die beteiligten Wissenschaftler bereits zu erkennen, daß sie unter dem, was denn *Gesundheit* sei,

<sup>3</sup> Vgl. Heinrich Schipperges: *Motivation und Legitimation des ärztlichen Handelns*, in: Heinrich Schipperges, Eduard Seidler, Paul U. Unschuld (Hgg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg, München 1978, 447-489, hier: 484 f.

<sup>4</sup> Vgl. Michel Foucault: *Wahnsinn und Gesellschaft*, Frankfurt am Main 1969; ders.: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München 1973.

<sup>5</sup> Vgl. Ivan Illich: *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, München 1995; Hartmut Kreß: *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, 11-15. 33-41.

etwas begreifen, das den Menschen in der Komplexität seines körperlich-seelisch-gesellschaftlichen Seins betrifft.

Insofern wird von der *Initiative Gesundheit* ein umfassendes geisteswissenschaftliches und anthropologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit angestrebt. Die enge Praxisanbindung soll einen zentralen Beitrag zu einer humanen Orientierung des ärztlichen Handelns und des Umganges mit Gesundheit und Krankheit im medizinischen Alltag leisten. Die *Initiative Gesundheit* übersieht allerdings bei aller Kritik nicht die großen Leistungen der Biomedizin und ihre humane Seite. Die Heilung einiger früher lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten, die Erfolge in der Krebstherapie und der Transplantationsmedizin sowie die stabilisierende Behandlung chronischer Krankheiten haben zur Steigerung der Lebenserwartung und -qualität zumindest in den Industrieländern beigetragen. Vielmehr geht es darum, die moderne Medizin als Gegebenheit vorauszusetzen, ihre Chancen kenntlich zu machen, die Grenzen dessen, was sie leisten kann und soll, deutlich zu benennen und eine humane Gestaltung des medizinischen Fortschritts anzustreben.

Neben den beschriebenen Kritikpunkten an der heutigen Form der Medizin konstatieren die an der *Initiative* beteiligten Wissenschaftler im wesentlichen sechs Tendenzen, die auf eine notwendige Änderung des gegenwärtigen Medizinparadigmas hindeuten:

*Revidierte Auffassung der Gesundheit:* Gesundheit ist kein Zustand, sondern vielmehr ein *lebenslanger Prozeß*, der durch pathogene und salutogene Faktoren beeinflusst wird. Es gibt keine allgemeine Norm für Gesundheit. Der Normanspruch entspringt einem mechanistischen Maschinenmodell des Körpers. Insofern wird sich in Zukunft der diagnostische und therapeutische Schwerpunkt von der Typisierung zur Individualisierung und Personalisierung hin verschieben müssen.

*Veränderung epidemiologischer Daten:* Der naturwissenschaftlich-technische Fortschritt der Medizin hat dazu beigetragen, daß die Chronifizierung des Krankheitsgeschehens einen größeren Raum in der Pathologie einnimmt. Ferner werden in den Industrieländern immer häufiger psychosomatische Erkrankungen registriert. Daher müssen Ärzte in der Zukunft verstärkt berücksichtigen, daß chronische, aber auch manche akuten Beschwerden nicht nur klinisch-objektivierend und somatisch, sondern im biographisch-lebensanschaulichen Kontext des Patienten wahrzunehmen sind. Daher verschwimmt die Grenze zwischen gesund und krank zunehmend, so daß eine *nur* an der klassischen Pathogenese orientierte Sicht für Diagnose und Therapie nicht mehr ausreichend ist.

*Prädiktion und Prävention:* Sie werden in Zukunft einen Schwerpunkt der Medizin bilden. Die Fortschritte in der Gendiagnostik machen es möglich, Krank-

heitsdispositionen zu erkennen, so daß eine präventive Medizin gegenüber kurativen und nachsorgenden Maßnahmen einen höheren Stellenwert haben wird. Damit verbunden ist für den Menschen eine Futurisierung des Krankheitserlebens: Bestimmten bisher das Durchleiden aktueller Erkrankungen und die Erinnerung an durchlittene Krankheiten die Einstellung zu Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod, so wird in Zukunft das drohende körperliche oder seelische Übel, das erst Jahrzehnte nach der gendiagnostischen Aussage eintreten mag, das Denken und Fühlen dessen bestimmen, der möglicherweise erkranken wird.<sup>6</sup> Verbunden damit ist eine Einengung des Zukunftshorizontes als zu gestaltender Freiraum: Zukunft wird weniger als offenes *Noch-nicht-Sein*, sondern zunehmend als Horizont eines unabwendbaren Fatums begriffen und empfunden.

*Intersubjektivität und Dialogcharakter der Arzt-Patienten-Beziehung:* Beide Subjekte entwickeln und verwirklichen trotz der unaufhebbar asymmetrischen Beziehung in gegenseitigem Respekt ihre Vorstellungen von den Konsequenzen der Diagnose und der Gestaltung der Therapie. Gegenüber dem älteren, auch noch bei Viktor von Weizsäcker durch die Begriffe *Not* und *Hilfe* beschriebenen, stark paternalistischen Medizinmodell kommt dem Patienten ein höherer Grad an aktiver Gestaltung in Konzeption und Anwendung der Therapie zu. Das förderliche Gleichgewicht zwischen Abhängigkeit und Selbständigkeit muß im jeweiligen Arzt-Patienten-Dialog entwickelt werden.

*Forcierung der öffentlichen Gesundheitssicherung und Hygiene (Public Health):* Die Einrichtung von Studiengängen in Europa, die sich mit der Geschichte und Analyse öffentlicher Gesundheitssicherung und Hygiene befassen, weist auf ein zunehmendes Gesundheitsbewußtsein der europäischen Gesellschaften hin. Einen breiten Raum in der öffentlichen und akademischen Diskussion werden *Sozialmedizin*, *Umweltmedizin* und *Gesundheitsökonomie* einnehmen. Forschungen in diesen Bereichen und in ihrer Folge politische sowie wirtschaftliche Entscheidungen werden auf das Gesundheitsbewußtsein des einzelnen Menschen Auswirkungen haben.

*Soziale Verantwortung der Medizin:* Die Industrialisierung, Technisierung und der schnelle Zuwachs an naturwissenschaftlichen Erkenntnissen verändern in zunehmender Geschwindigkeit tradierte gesellschaftliche Strukturen. Die Familie als kleinste Zelle der staatlichen Organisation ist den Folgen eines hohen Anpassungs- und Leistungsdrucks ausgesetzt und unterliegt deutlich spürbaren Auflösungstendenzen. Berufliche Überforderung auf der einen, Arbeitslosigkeit und die Auswirkungen neoliberaler Deregulierung der sozialen Sicherungssysteme auf der anderen Seite sind krankmachende Faktoren, denen sich eine *personorientierte* Medizin zu stellen hat. Der Arzt hat somit eine noch größere politische Verantwortung zu tragen.

<sup>6</sup> Vgl. Hartmut Kreß: *Medizinische Ethik*, a. a. O. [5] 50-57.

Damit gehören zu den besonderen Untersuchungsgegenständen der *Initiative* die seelisch-geistigen Eigenschaften des Menschen und seine personale Struktur, insbesondere unter dem Aspekt der dialogischen Intersubjektivität. Diese Auffassung mutet sowohl dem Patienten als auch dem Arzt eine radikale Weitung der Perspektive in Hinblick auf Diagnose und Therapie zu: Festzustellen und zu behandeln sind nicht nur körperliche oder psychische Symptome, sondern auch Defizite in der Entwicklung der Personalität des Erkrankten. Der Arzt der Zukunft wird nicht nur Organmediziner, sondern ein Stück weit auch Psychologe und Philosoph sein müssen,<sup>7</sup> um den Patienten nicht nur als körperlich Wiederherzustellenden, sondern auch als in seiner Personalität zu Bildenden zu betrachten und zu behandeln. Krankheit wird demgemäß auch als Ausdruck einer verfehlten Identitätsstiftung des Erkrankten begriffen. Dies bringt die *Initiative* in die Nähe der Medizinlehren, die der Biographie des kranken Menschen retrospektiv und auch prospektiv einen wichtigen Stellenwert in der Anamnese, Diagnose und der Therapie einräumen.

Die *Medizinische Anthropologie* Viktor von Weizsäckers, die – ausgehend von der Freud'schen Psychoanalyse – im frühen 20. Jahrhundert das von Martin Buber entwickelte *dialogische Prinzip* für den Arzt-Patienten-Dialog nutzbar machen wollte und der Biographie des kranken Menschen, seiner *Krankengeschichte*, eine große Bedeutung beimaß, ist einer der Orientierungspunkte der *Initiative Gesundheit*. Von Weizsäcker war bestrebt, neben der klinischen Anamnese das Arzt-Patientengespräch als *Erschließungsgeschehen* zu etablieren und insofern der leib-seelischen und dialogischen Natur des Menschen auch in der Krankheit gerecht zu werden. Ziel war die Überwindung der Trennung zwischen psychosomatischen und organischen Krankheiten, so daß eine physische Erkrankung auch als Erscheinung eines pathogenen psychischen Prozesses angesehen werden kann – und umgekehrt. Dadurch wurden Begriffe wie Sinn und Wahrheit zu Kategorien auch der physischen Pathogenese, und zwar dergestalt, daß sich in den Symptomen ein Sinn-, Wahrheits- und Werteverlust der erkrankten Person manifestieren kann. Einher damit ging eine Revision der Therapie: Zur Wiederherstellung individueller Sinn- und Wahrheitskontexte genügt nach von Weizsäcker nicht „kausales, kategoriales, prinzipielles Denken, kurz Verstandesdenken und Objektivität, die zu „Isolierung, Einengung, Abstraktion“, zu einer „entstaltende[n] Gestaltung der Wirklichkeit“ führen, sondern zu integrieren ist auch eine Erkenntnisart, „die nicht allgemeingültig und notwendig in Zeit, Raum und Logik gilt, sondern die für jemanden und von jemandem

---

<sup>7</sup> Vgl. Josef Rattner: *Krankheit, Gesundheit und der Arzt. Medizinische Anthropologie*, München 1993, 77-80.

gilt“.<sup>8</sup> In der Betonung der leib-seelischen Einheit des Menschen und seines intersubjektiven Charakters kann von Weizsäcker trotz der partikulären Überbetonung der Bipersonalität und der Ursächlichkeit psychischer Prozesse für die Entstehung organischer Krankheiten als Vorläufer der in den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelten *Wertanamnese* gelten. Auch der aus der *Wertanamnese* folgende *informed consent* des Erkrankten in Hinblick auf die zu ergreifende Therapie hat Wurzeln in der besonders durch von Weizsäcker angestoßenen Emanzipationsbewegung des Patienten.

Die Medizin in *daseinsanalytischer* Sicht, u. a. vertreten durch Ludwig Binswanger<sup>9</sup>, Medard Boss<sup>10</sup> und Gion Condrau<sup>11</sup>, geht an Radikalität über die anderen in dieser Einführung beschriebenen Konzepte hinaus. Sie ersetzt nach einer phänomenologisch fundierten Kritik die nach ihrer Auffassung nicht ausweisbaren Hypostasierungen wie *Seele*, *Körper*, *Innen-* und *Außenwelt*, *Subjekt* und *Objekt* sowie ihr Verhältnis zueinander durch die Fundamentalstruktur des menschenpezifischen *In-der-Welt-seins*. Das *jemeinige* menschliche *Dasein* zeichnet sich in dieser Sicht durch *Offenständigkeit* gegenüber dem ihm in der Welt Erscheinenden und Anwesenden aus. *Welthabe* ist somit ein konstitutives Merkmal des Menschen. *Gesundsein* und *Kranksein* des Menschen bestimmen sich danach, in welcher Weise die gleichursprünglichen *Existenzialien* der *Räumlichkeit*, *Zeitlichkeit*, *Leiblichkeit*, des *Miteinanderseins*, *Gestimmt-seins*, der *Geschichtlichkeit* und des *Sterblich-seins* zum Austrag kommen können. Da sich die *Welthabe* in *Bedeutsamkeiten* und *Verweisungszusammenhängen* offenbart, spielt auch in diesem Konzept die Sinnfrage eine wesentliche Rolle.

Ein weiteres integratives Medizinparadigma ist das sogenannte *Biopsychosoziale Modell*, das George L. Engel im Jahre 1962 in die wissenschaftliche Diskussion eingeführt hat.<sup>12</sup> Im deutschen Sprachraum wurde es insbesondere von Thure von Uexküll weiterentwickelt.<sup>13</sup> Auch dieses Modell hat weitreichende philosophische Voraussetzungen und Implikationen: *Kon-*

<sup>8</sup> Viktor von Weizsäcker: *Kranker und Arzt* (1929), in: ders.: *Gesammelte Schriften* 5, Frankfurt am Main 1987, 239.

<sup>9</sup> Z. B. Ludwig Binswanger: *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Zürich 1942.

<sup>10</sup> Z. B. Medard Boss: *Grundriß der Medizin und Psychologie*, Bern, Stuttgart, Wien <sup>2</sup>1975.

<sup>11</sup> Z. B. Gion Condrau: *Daseinsanalyse. Philosophisch-anthropologische Grundlagen*, Dettelbach <sup>2</sup>1998.

<sup>12</sup> George L. Engel: *Psychological Development in Health and Disease*, Philadelphia u. a. 1962; dt.: ders.: *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*, Bern u. a. 1970.

<sup>13</sup> Vgl. Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack: *Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell*, in: Rolf H. Adler, Jörg M. Herrmann, Karl Köhle, Wolf Langwitz, Othmar W. Schonecke, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack (Hgg.): *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*, München, Jena <sup>6</sup>2003, 3-42.

*struktivismus*, *Systemtheorie* und *Semiotik* wurden im 20. Jahrhundert zu leitenden Vorstellungen der Wissenschaft in ihrer Sicht auf den zu erforschenden Gegenstand. Daß der Mensch auch in seinem wissenschaftlichen Erkennen nicht nur Betrachter ist, sondern gleichfalls als Konstrukteur beeinflusst, was und wie beobachtet wird, daß das Ganze nicht aus seinen Teilen erkannt werden kann, daß auf komplexeren Systemebenen Strukturen entstehen, die mit den Erkenntnissen über die weniger komplexen Systemebenen nicht erklärt werden können (*Emergenz*) und daß biologische Systeme und insbesondere Menschen Interpreten von nonverbalen und verbalen Zeichen sind, ist philosophische Grundlage des *Biopsychosozialen Modells*. Konstituierenden Charakter hat auch die von Jakob von Uexküll vertretene Auffassung, daß ein ‚lebendes System‘ „eine Einheit aus Organismus und der von ihm konstruierten Umwelt“ sei.<sup>14</sup> Das Beziehungsgefüge eines Menschen gewinnt damit immense Bedeutung für seine Befindlichkeit. Krankheit und Gesundheit lassen sich als gestörtes oder intaktes Beziehungsgefüge interpretieren.

Das Konzept der im Laufe der letzten anderthalb Jahrzehnte entwickelten *Salutogenese*<sup>15</sup> stellt neben das Verständnis der Pathogenese als eines komplexen Prozesses einen ganzheitlichen, prozessualen Gesundheitsbegriff, für den die Sinnperspektiven und die persönlichen Lebensanschauungen der jeweiligen Patienten relevant sind. Leitende Frage der *Salutogenese* ist, warum es unter einer Anzahl Menschen immer Individuen gibt, die den Belastungen und Traumatisierungen, denen sie ausgesetzt sind, standhalten, ohne zu erkranken. Zentrales Ziel ist die Aktivierung des kreativen Potentials eines Menschen, damit er mit den auftretenden Belastungen des Lebens selbstbestimmt umgehen kann. Diese Fähigkeiten faßt die Theorie der *Salutogenese* unter den Begriff des *Kohärenzgefühls* (*Sense of Coherence*). Ein Mensch, dessen Befindlichkeit durch das Kohärenzgefühl geprägt ist, vertraut darauf, daß die Welt eine Ordnung und Struktur aufweist, die in wichtigen, für das Leben unverzichtbaren Zügen verständlich ist (*Verstehbarkeit*), daß die Ressourcen und Mittel zur Verfügung stehen, um den Lebensanforderungen gerecht zu werden (*Handhabbarkeit*) und daß diese Anforderungen einen lohnenden Sinnzusammenhang aufweisen (*Bedeutsamkeit*).<sup>16</sup> Der Arzt oder Therapeut, der nach der Lehre der *Salutogenese* vorgeht, ist bestrebt, dem Individuum bei der Entwicklung der Kräfte zu helfen, die seine Gesundheit stärken oder entstehen lassen. Auch bei Patienten mit infauster Pro-

<sup>14</sup> Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack: *Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde*, a. a. O. [13] 15 f., zit. 16.

<sup>15</sup> Vgl. Aaron Antonovsky: *Salutogenese*, deutsche Übersetzung von Aaron Antonovsky: *Unraveling the Mystery of Health* (1987), hg. Alexa Franke, Tübingen 1997.

<sup>16</sup> Aaron Antonovsky: *Salutogenese*, a. a. O. [15] 2.

gnose (z. B. einer HIV-Infektion) wird die *Salutogenese* angewandt. Krisen, die durch Leiderfahrung und Todesnähe bestimmt sind, gehen in das therapeutische Konzept ein und werden durch ein bewußtes Offenhalten unter therapeutischer Betreuung zur Aktivierung vorhandener Selbsthilfekräfte verwandt. Wie bei der *Medizinischen Anthropologie* von Weizsäckers ist hier die Frage nach der *Sinnhaftigkeit* der Symptomatik leitend. So wird die *Krise* einer Krankheit auch als Ausgangspunkt für die Gewinnung einer neuen Lebensperspektive gedeutet und therapeutisch nutzbar gemacht.

All diesen Medizinlehren ist gemein, daß sie eine *Hermeneutik* der Symptome und damit die Konstruktion und Rekonstruktion eines Sinnzusammenhangs leisten, der weit über eine rein positivistische Bestimmung dessen hinausgeht, was denn für einen Menschen jeweils gesund im Sinne eines ‚normalen Befunds‘ sei. Geleitet werden solche Überlegungen vielmehr von einer Idee der Gesundheit, die das Sein des einzelnen Menschen samt seiner sozialen und kulturellen Umwelt in den Blick nimmt. In diesen beiden Hinsichten sind die genannten Medizinentwürfe Sigmund Freud verpflichtet, der sowohl von dem „Sinn der Symptome“<sup>17</sup> ausging und in der Therapie eine Rekonstruktion gestörter Sinnzusammenhänge anstrebte als auch den pathogenen Effekt der kulturellen Entwicklung des Menschen herausstellte.<sup>18</sup> Dabei erschienen ihm alle Menschen mehr oder weniger ‚neurotisch‘. So deutete er den Traum als neurotisches Symptom des (scheinbar) psychisch ‚Normalen‘. Aufgrund der psychischen Verfaßtheit des Menschen, seines ‚psychischen Apparats‘, konnte nach Freuds Auffassung die ‚Neurose‘ im Einzelfall zwar therapeutisch gelindert, grundsätzlich jedoch nicht geheilt werden. Die an der *Initiative* beteiligten Forscher sehen es daher auch als ihre Aufgabe an, historische Gesundheitsparadigmen verschiedener Kulturen zu erschließen, um so die kulturelle Bedingtheit der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, ihre Abhängigkeit von leitenden philosophischen, religiösen und wissenschaftlichen Vorstellungen sowie von der jeweiligen Leistungsfähigkeit der diagnostischen und kurativen Medizin darzustellen. So wäre zu zeigen, daß Gesundheit selbst ein hermeneutisches Konstrukt ist und mit der jeweiligen Auslegung der Symptomatik verschränkt ist. In der gegenwärtigen Diskussion schlägt Dietrich Grönemeyer vor, *Gesundheit* im Sinne von *Lebensqualität* zu definieren – eine Erweiterung des Horizonts der naturwissenschaftlich geprägten Medizin, die die WHO mit ihrer

<sup>17</sup> Vgl. Sigmund Freud: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* (XVII. Vorlesung: *Der Sinn der Symptome*), in: ders.: *Gesammelte Werke*, Bd. 11, hg. Anna Freud, Edward Bibring, Willi Hoffer, Ernst Kris, Otto Isakower, Frankfurt am Main 1998, 264-281.

<sup>18</sup> Vgl. Heinz Schott, Rainer Tölle: *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München 2006, 124-134, bes. 131 f.

Gesundheitsdefinition<sup>19</sup> mit in Gang gesetzt hat. Was unter *Lebensqualität* zu verstehen sei, darf sich nicht nach allgemein definierten Prädikaten ausrichten, wie die gefährliche Gleichsetzung von *Lebensqualität* und *Lebenswert* in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts lehrt. Neben der Aufweisung der historischen und kulturellen Bedingtheit von *Gesundheit*, *Lebensqualität* und *Wohlbefinden* wird daher eine kritische Bestimmung dessen stehen müssen, was unter einer anzustrebenden Qualität des Lebens heute zu verstehen sein sollte: Der ökologische Aspekt einer gesundheitsförderlichen Um- und Mitwelt kommt dann zwangsläufig gleichfalls in den Blick der beteiligten Wissenschaftler.<sup>20</sup>

Aufgrund der angestrebten Praxisanbindung bewegt sich die *Initiative Gesundheit* im Spannungsfeld von *Primärerfahrung* und *Konzeptualisierung*<sup>21</sup> dessen, was sich im täglichen Kontakt von Arzt und Patient ereignet. Was es heißt, gesund oder krank zu sein, soll damit auch durch konzeptionelle Aufarbeitung des Arzt-Patienten-Dialogs gewonnen werden. Dabei sollen vor allem die Erfahrungen zunächst phänomenologisch erfaßt werden, die der Arzt im Kontakt mit sterbenskranken Menschen und der Patient unter einer infausten Prognose, unter Schmerzen und Todesfurcht machen. Damit rückt in das Blickfeld der *Initiative*, wie sich die Befindlichkeit schwerkranker Menschen verändert und welche Faktoren dafür entscheidend sind, inwieweit das personale und medizintechnische therapeutische Umfeld sowie die Lebenssituation und die Weltsicht des Patienten auf diese Veränderungen Einfluß haben. Auf der anderen Seite gilt es aber auch zu untersuchen, wie sich die Befindlichkeit des Therapeuten durch den Konflikt zwischen der naturwissenschaftlich begründeten ‚objektiven‘ Wissensfülle und dem individuellen ‚subjektiven‘ Leid seiner Patienten wandelt. Der Arzt der Zukunft soll sich nicht nur durch medizinische Kompetenz, sondern auch durch empathische Dialogfähigkeit und die Kenntnis der kulturellen und religiösen Anschauungen des Patienten und ihrer Auswirkungen auf die Therapiegestaltung auszeichnen.

Langfristiges praktisches Ziel der *Initiative Gesundheit* ist es vor allem, die Ergebnisse, die aus den genannten Untersuchungen gewonnen werden, im Rahmen einer Fortbildung den therapeutischen Berufen zur Verfügung zu stellen und so dazu beizutragen, daß sich der Arzt-Patienten-Dialog in Zu-

<sup>19</sup> WHO: *Constitution of the World Health Organization* (22. 7. 1946), in: *American Journal of Public Health* 36, Heft 11 (1946) 1315-1323, zit. 1315: "Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

<sup>20</sup> Vgl. Dietrich Grönemeyer: *Mensch bleiben. High-Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie*, Freiburg im Breisgau <sup>2</sup>2005, bes. 15 f. 33 f.

<sup>21</sup> Für dieses Begriffspaar vgl. Eduard Seidler: *Primärerfahrung von Not und Hilfe*, in: Heinrich Schipperges, Eduard Seidler, Paul U. Unschuld (Hgg.): *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, a. a. O. [3] 399-418.

kunft personorientierter gestaltet. Wenn Martin Heidegger beklagt, daß es trotz der unbestreitbaren Resultate der naturwissenschaftlichen Medizin fraglich sei, ob aus den gewonnenen medizinischen Erkenntnissen „eine solche Existenzform wie die des Arztes unmittelbar erwachsen“ könne<sup>22</sup>, so sieht die *Initiative Gesundheit* in der notwendigen Vermittlung zwischen Theorie und Praxis oder vielmehr dem personalen Praktischwerden des Erkannten gleichfalls ein Desiderat. Fernziel und Orientierungspunkt der genannten Bemühungen ist die Neubelebung des *philosophischen Arztes*<sup>23</sup>, der der leib-seelisch-geistigen und personalen Konstitution des Menschen gerecht wird.

Daß ‚Gesundheit‘ Thema des ersten Bandes der Reihe *Ars medicinae* ist, erklärt sich daraus, daß der Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit oder zumindest die Verbesserung der Lebensqualität zentrales und allgemein akzeptiertes Ziel des medizinischen Handelns ist. Darüber hinaus beeinflußt das angestrebte Ziel einer Wissenschaft – sei es theoretischer, sei es praktischer Natur – immer auch die Wissenschaft in ihrer Gestalt selbst. So hat die Medizin der Antike unter Gesundheit etwas grundlegend anderes verstanden als die heutige Biomedizin. Der Begriff der Harmonie z. B. hatte – vor dem Hintergrund der Mikrokosmos-Makrokosmos-Vorstellung – im antiken Denken und in der antiken Medizin eine ganz andere Bedeutung, als es heute der Fall ist. Diese Vorstellung von Harmonie hat sich bis in Medizinmodelle der Neuzeit gehalten. Gegenwärtig ist eher von der Funktionalität der Organe die Rede. Ein ‚Funktionieren‘ der Organe gehört sicherlich zur Gesundheit, aber ist das alles? Eine Maschine funktioniert – damit ist der ‚Gesundheitsbegriff‘ der Technik sicherlich hinreichend bestimmt. Aber ein Mensch wird durch einen derartig reduzierten Gesundheitsbegriff seines humanen Wesens und seiner personalen Würde entkleidet. Wird damit eine technisch bestimmte Medizin dem Wesen des Menschen gerecht?

So sieht es die *Initiative Gesundheit* als notwendig an, zur Gewinnung des historisch bestimmten Standortes ihrer Arbeit den zentralen Begriff der Gesundheit aus interdisziplinärer Perspektive zu beleuchten. Daher leisten Historiker, klinisch tätige Ärzte, Medizintheoretiker, Medizinhistoriker, Philologen, Philosophen, Psychiater, Psychologen und Theologen Beiträge aus dem Blickwinkel ihrer jeweiligen Disziplin. Natürlich kann ein Sammelband mit 21 Aufsätzen kein vollständiges Bild davon abgeben, was in der

<sup>22</sup> Martin Heidegger: *Einleitung in die Philosophie* (Vorlesung WS 1928/29), in: ders.: *Gesamtausgabe* II/27, Frankfurt am Main 1996, 33 f.

<sup>23</sup> Vgl. Josef Rattner: *Krankheit, Gesundheit und der Arzt*, a. a. O. [7] 80. Übrigens ist *Der philosophische Arzt* Titel einer anonym veröffentlichten Serienschift des aufgeklärten Arztes Melchior Adam Weikard (1742-1803), die in vier ‚Stücken‘ in Leipzig u. a. 1775-1777 erschien.

Vergangenheit und der Gegenwart unter Gesundheit verstanden wurde bzw. wird.

Hinsichtlich der Anordnung der Beiträge des Sammelbandes haben die Herausgeber eine formale Einteilung nach der Chronologie des behandelten Gegenstandes oder nach den formalen Kriterien des Historischen bzw. Systematischen verworfen und statt dessen mehrere Aufsätze unter einen sie verbindenden Leitgedanken gestellt. Vier Beiträge gehen insbesondere auch auf die fundamentale Einheit des medizinischen Handelns ein, die Arzt-Patienten-Beziehung, und fallen damit unter die Rubrik *Arzt und Patient. Der Umgang mit dem kranken Menschen*:

Dietrich Grönemeyer würdigt zunächst in seinem felderöffnenden Aufsatz *Gesundheit als ein Ganzes – mehr als körperliches Wohlbefinden* die großen Erfolge der Biomedizin, die jedoch durch eine qualitative Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses begleitet wurden. Den integrativen Medizinmodellen, die im 20. Jahrhundert entwickelt wurden, der *Medizinischen Anthropologie* des Viktor von Weizsäcker, der *daseinsanalytischen Medizin*, dem *Biopsychosozialen Modell* und der *Salutogeneselehre*, ist hingegen die starke Betonung der Qualität des Arzt-Patienten-Kontaktes gemeinsam. Sinn, Personalität, Kontinuität, Ressourcenorientierung, Synthese und Bildung sind die Stichworte, die in diesen Modellen den Blick auf den Menschen als intellektuelles, kreatives, soziales und kulturelles Wesen freigeben. Für den Gesundheitsbegriff bedeutet dies, daß es sich bei ihm – so das Fazit – um ein hermeneutisches Konstrukt, um einen offenen Begriff handelt, der in gemeinsamer Bemühung insbesondere von Arzt und Patient kontinuierlich erarbeitet werden muß – u. a. mit einem integrativen Blick auf das, was die moderne Medizintechnik an Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stellt, aber auch auf das, was an kulturellen Leitvorstellungen vorherrscht und gesundheitsrelevant sein könnte. „Gesundheit wandelt sich mit den Lebensentwürfen.“

Jürgen Baier stellt die Grundsatzfrage allen medizinischen Handelns, will man denn die Medizin als humanes Handeln verstehen: *Steht der Patient noch im Mittelpunkt der modernen Medizin?* Zwar sind die Errungenschaften der Biomedizin, gerade auch in der Onkologie, gar nicht hoch genug einzuschätzen, dennoch geht der Patient als Person, mit seinen Ängsten und seinen Hoffnungen im klinischen Alltag allzu häufig verloren. Spezialisierung und Fortschritte in der Medizin geraten in Konflikt mit der erforderlichen Zuwendung zum Patienten. Hinzu kommen Probleme des auch gesellschaftlich bedingten Wandels von der kurativen zur wunscherfüllenden Medizin und ökonomische sowie strukturelle Probleme des Gesundheitswesens. Der Patient wird zum Kunden reduziert, es wird insinuiert, daß sich mit dem ‚Zukauf der Medizinware‘ ein Gesundheitsproblem lösen lasse. Die Arzt-Patienten-Beziehung gerät unter den Würgegriff des ökonomischen Kalküls,

der Zeitverknappung, der Regularien und Kontingentierungen, sie verliert die Unmittelbarkeit menschlicher Zuwendung. Eine zuwendungsorientierte Medizin muß sich daher nicht nur im medizinischen Bereich etablieren, sondern „auch in den Verwaltungen, in den Behörden, in den Krankenkassengremien, in der Politik, in den Laboren der Molekularbiologen, in den Pharmafirmen“.

Peter van Leeuwen diskutiert in seinem Beitrag *Medizin und Wissenschaft. Sind Ärzte Wissenschaftler?* das Verhältnis zwischen Klinik und Forschung, das angesichts des Kriteriums einer gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung oftmals gespannt ist. Anders ausgedrückt: Läßt sich die Interaktion zwischen Arzt und Patient überhaupt wissenschaftlich, also konsistent, beschreiben, ohne dabei den Menschen in seiner Individualität und Persönlichkeit zu übersehen? Dies ist gleichbedeutend mit der Frage nach der Möglichkeit einer integrativen wissenschaftlichen Beschreibbarkeit der verschiedenen Ebenen menschlichen Seins. Das von George L. Engel begründete *Biopsychosoziale Modell* räumt dem Dialog zwischen Arzt und Patient einen hohen Stellenwert ein. Der Dialog, in dem der Arzt nicht nur Beobachter, sondern gleichfalls Akteur ist, dient dazu, „Symbolen, Gedanken und Gefühlen“ Ausdruck und der Lebensgeschichte des Patienten einen adäquaten Platz in Diagnose und Therapie zu geben. Der biopsychosozial denkende und agierende Arzt sollte in der Lage sein, die dadurch gewonnenen Informationen in ihrer Bedeutung für die hierarchisch angeordneten Systemebenen des menschlichen Organismus zu interpretieren und die Mittel für eine integrative Therapie zu finden. Der Autor betont, daß der biopsychosozial geschulte Arzt sich darüber im klaren sein muß, daß sich die Prämissen, die Terminologie und die Methodik auf den verschiedenen Ebenen des menschlichen Seins je und je unterscheiden, daß aber auch immer der Versuch einer integrativen Zusammenschau gemacht werden sollte.

Rolf Verres versteht in seinem Beitrag *Zur Bedeutung der Lebenskunst und der ‚ars moriendi‘ für die Heilkunde* unter Gesundheit einen lebenslangen Prozeß, der sich vor allem in einer an Kunst und Musik orientierten Weiterentwicklung der Lebenskunst konkretisiert. Aber neben der *ars vivendi* muß in ein gelingendes Leben auch die *ars moriendi* integriert werden, ja diese muß sogar „als ein integraler Bestandteil“ jener angesehen werden. Gerade „in der Kunst- und Musikerfahrung“ manifestiert sich die Spannbreite der menschlichen Existenz zwischen Genießen und Leiden sowie „eine Offenheit mit ungewissem Ausgang“. Insofern ist die Endlichkeit des menschlichen Lebens im künstlerischen Ausdruck immer präsent. Wie ein derartiger Gesundheitsbegriff klinisch, also auch in der Arzt-Patienten-Beziehung, praktisch werden kann, zeigt der Autor exemplarisch in Hinblick auf die großen Lebenskrisen des Geborenwerdens und des Sterbens. Wird die Geburt eines Menschen vom medizinischen und therapeutischen Perso-

nal mittlerweile vielerorts fürsorglich begleitet unter Zuhilfenahme kunst- und musiktherapeutischer Konzepte, so ist die Medizin von einer therapeutisch begleitenden *ars moriendi* noch weit entfernt. Zu allen Zeiten und in allen Kulturen haben jedoch Mythen, Mysterien, Phantasien und Imaginationen aus dem Kollektivbewußtsein der Menschheit und ihre künstlerische Gestaltung krisenhafte Übergänge wie das Sterben verarbeitet. Dies ist der Fundus, aus dem eine ‚gesundheitsorientierte Kultur des Sterbens‘ in der Klinik entwickelt werden könnte.

Zu allen Zeiten wurden Medizinkonzepte und das Verständnis von Gesundheit beeinflusst von ökonomischen Bedingungen, von politischen, philosophischen und theologischen Vorstellungen, die die jeweiligen Gesellschaften formten. Nie war es allein das Wissen von der Anatomie des Menschen, von seiner Physiologie und nicht allein das technisch Machbare, was die jeweilige Medizin zu dem machte, was sie war. Medizin war immer auch geprägt durch die Leitideen der jeweiligen Epoche und Kultur; darüber hinaus gab es neben einer real existierenden Medizin Visionen und Utopien, wie eine künftige, bessere Medizin aussehen könnte. Auch diese futuristischen Konzepte kommen meist nicht aus der Medizin allein. Gesellschaftliche Diskussionen, wie ein Idealstaat zu organisieren sei, haben auch Auswirkungen gehabt auf die Medizin selbst. So faßt der nächste Abschnitt *Medizin und Gesellschaft. Realität – Vision – Utopie*, die Beiträge zusammen, die die Beziehung zwischen Medizin und Gesellschaft untersuchen.

Regina Haues beschreibt in ihrem numismatische und ikonographische Untersuchungen einbeziehenden Aufsatz *Die ‚Salus‘-Vorstellungen der Antike. Die Gesundheit des Einzelnen und das Wohl des Staates* den vielschichtigen Begriffsinhalt von *salus* und seine Integrationsfähigkeit in neue religiöse Kontexte des kaiserzeitlichen römischen Weltreiches. Die Bedeutung der *salus* für Rom fand im 4. Jahrhundert v. Chr. Ausdruck in einer Tempelgründung auf dem Quirinal, mit der eine Gottheit gleichen Namens verehrt werden sollte. *Salus* bezeichnet sowohl die private Gesundheit als auch das öffentliche Wohl der gesamten Republik. Insbesondere durch Cicero wurde die *salus* zu einem politischen Maßstab, an dem sich alle Protagonisten einer stabilen Republik messen lassen mußten. In Anlehnung an griechische Soter-Vorstellungen können einzelne Politiker als Garanten der *salus publica* angesehen werden, insbesondere nach Ende der Republik die jeweiligen Kaiser. Die *salus publica* wird jedoch seit Nero nicht mehr mit einer bestimmten Leistung des Herrschers verbunden, sondern allein an ihn geknüpft, insofern er Kaiser ist. Der Kaiser besitzt nun gleichsam neben seiner personalen *salus* auch eine öffentliche *salus*, die auch als Gottheit verehrt wird (*Salus Augusta*). Beide Arten der *salus* werden als aufeinander bezogen gedacht, wie besonders frühchristliche Schriftsteller (z. B. Laktanz) deutlich machen: Der christliche Gott sanktioniert und gratifiziert eine christlich akzeptable bzw.

inakzeptable Ausübung der *salus Augusta* mit Krankheit bzw. Gesundheit des Herrschers. Die private und die öffentliche *salus* werden damit auch aus ihrem tradierten religiösen Kontext gelöst und integriert in den christlichen Wertekanon.

Angelika Steveling problematisiert in ihrem Beitrag *Gesundheit in der chinesischen Medizin*, inwieweit das Gesundheitsverständnis der klassischen chinesischen Medizin, das zu großen Teilen im Grundlagenwerk *Huang Di neijing* niedergelegt ist, mit dem der sogenannten *Traditionellen Chinesischen Medizin* (TCM) korrespondiert. Bei der TCM handelt es sich um ein Medizinparadigma, das die chinesischen Behörden im Laufe der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts in Rückgriff auf tradiertes Lehrgut geschaffen hatten. Nicht unwesentliches Kriterium bei der Zusammenstellung der Lehrtexte war, daß sie sich in die zunehmend für ‚alternative‘ Medizinlehren empfängliche westliche Welt exportieren und dort leicht von Biomedizinern erlernen ließen. Im Westen erfuhr diese Form der chinesischen Medizin eine weitere didaktische und inhaltliche Überarbeitung. Die Texte des *Huang Di neijing* zeigen nun, daß das Gesundheitsverständnis der klassischen chinesischen Medizin orientiert war am „Funktionsmodell des straff regierten chinesischen Kaiserreichs“, weniger an der Beobachtung der Patientenbefindlichkeit. Zwar verwendet die TCM gleichfalls zentrale Begriffe der klassischen chinesischen Medizin wie *Qi* oder *Funktionszentrum*, diese werden aber transformiert und ergänzt durch das abendländisch-antike, aus dem Polismodell abgeleitete Gesundheitsverständnis (*Selbsteilungskräfte*), durch naturwissenschaftliche Erklärungen der Neuzeit und westliche „Wunschprojektionen von risikoarmen, naturheilkundlichen und individuellen Therapieformen“.

Ralf Forsbach zeigt in seinem Beitrag *Das Gesundheitsideal des Nationalsozialismus*, wie durch den Rassismus des *Nationalsozialismus* im *Deutschen Reich* zwischen 1933 und 1945 ein ‚Gesundheitsideal‘ praktisch wurde, das durch Begriffe wie Antisemitismus, Biologismus, Sozialdarwinismus, Rassenhygiene, Eugenik und Euthanasie mitbestimmt war. Die Gesundheit des ‚Volkskörpers‘ wurde zum Maßstab der Forschung und des ärztlichen Handelns gemacht, das Wohl des einzelnen Menschen hatte in den Hintergrund zu treten. Unter diesem Gesundheitsverständnis kam es zu Zwangssterilisierungen, Zwangsabtreibungen, Zwangstötungen sogenannter ‚Ballastexistenzen‘ und zu Menschenversuchen, die häufig letal ausgingen oder den Betroffenen schwerste Schäden zufügten. Ferner wurde eine „semiwissenschaftlich begründete Präventivmedizin“ unter dem Terminus der ‚Gesundheitsführung‘ etabliert. Ziel war die Stärkung und Erhaltung der Arbeitskraft im Sinne der Gesundheit des Volkskörpers. Diese Form der Präventivmedizin kulminierte 1939, im ‚Jahr der Gesundheitspflicht‘, in der Propagierung von ‚zehn Gesundheitsgeboten‘. Laut diesen Vorschriften war

der einzelne Mensch dem nationalsozialistischen Staat für den Erhalt seiner individuellen Gesundheit verantwortlich.

Walter Bruchhausen befaßt sich in seinem Beitrag *Die Marktnischen der ‚traditionellen Heiler‘. Anfragen an den Gesundheitsbegriff aus dem Fremden und dem Eigenen* mit der kulturellen Gebundenheit der medizinischen Begrifflichkeit. Schon innerhalb des Biomedizinparadigmas können Prädikate wie ‚geheilt entlassen‘ Unterschiedliches bezeichnen, je nachdem, ob es sich um einen Passus aus einem Arztbrief des kurativen Bereiches oder des präventiven Bereiches handelt, der doch eher geneigt ist, der integrativen Tendenz zu folgen, die die Gesundheitsdefinition der WHO vorgibt. Um so mehr muß man die Divergenz der Begrifflichkeit in Rechnung stellen, will man unterschiedliche Gesundheitskonzepte kultur- und epochenübergreifend vergleichen. So lassen sich ganzheitlichere Medizin- und Gesundheitskonzepte, wie sie z. B. in Afrika vorliegen, kritisch als Niederschlag eines Mangels an funktionaler Differenzierung beschreiben, die in Europa mittlerweile gegeben ist. Oder scheinbar traditionelle Medizinformen wie die Akupunktur erweisen sich in ihrer heutigen Form eher als „Produkt der Moderne“ denn „als getreue Bewahrung früherer Praxis“. Harmoniekonzepte und Abwehrkonzepte der Gesundheit, wie sie die Medizintraditionen Europas, Asiens und Afrikas teilen, waren in ihrer Aktualität auch davon abhängig, ob jeweils Situationen der Sicherheit oder der Bedrohung vorherrschten. Man muß immer der Tatsache gewärtig sein, daß es ‚Gesundheit an sich‘ nicht gibt, sondern eine enge Beziehung zwischen der gesellschaftlichen Lage und dem herrscht, was als gesund angesehen wird. Demgemäß gibt es auch keine weltweite ‚traditionelle Medizin‘, sondern nur Ähnlichkeiten der Tradition, die einen medizinischen Pluralismus möglich machen, aber nicht mehr integrativ unter einen ganzheitlichen Medizin- und Gesundheitsbegriff gefaßt werden können.

Für die auf Effektivität, Produktivität und schnellen wirtschaftlichen Erfolg ausgerichtete moderne Industriegesellschaft ist das menschliche Alter keine Quelle der Profitmaximierung. Der alte Mensch wird vielmehr als gesellschaftlicher Kostenfaktor und als Gesundheitsrisiko angesehen. Dietrich Grönemeyer diskutiert in seinem Aufsatz *Alter und Gesundheit* in diesem Zusammenhang die beiden Fragen, ob das menschliche Alter und Gesellschaften mit einer großen Alterspopulation kranke Menschen bzw. Gesellschaften sind, und spezieller, ob ökonomische Kriterien der Maßstab für die Prädikate ‚gesund‘ bzw. ‚krank‘ sein sollten. Im allgemeinen scheint es unmöglich zu sein, einen definiten Gesundheitsbegriff zu formulieren, zu sehr wirken kulturelle und historische Unterschiede auf das Nachdenken über Gesundheit ein. Die sehr weitgefaßte und utopisch anmutende Bestimmung der Gesundheit durch die WHO von 1946 und 1986 verweist jedoch auf zwei elementare Gesichtspunkte, die in jeden modernen Gesundheitsbe-

griff einfließen sollten: Bei der Bestimmung dessen, was als gesund gelten kann, müssen sowohl psychische und soziale Faktoren mit berücksichtigt werden als auch eine Orientierung an den gesundheitsfördernden Ressourcen des einzelnen Menschen stattfinden. Das sich im 20. Jahrhundert etablierende Wissenschaftsfeld der Gerontologie mit seinem multidisziplinären Zuschnitt kommt dem nicht definit bestimmbareren Gesundheitsbegriff entgegen. Durch die Beteiligung von Wissenschaftlern aus vielen unterschiedlichen Disziplinen an der Gerontologie wurde von Anfang an ein reduzierter, somatisierender Blick auf den Menschen vermieden. So hat die Gerontologie auch gegen das von der Biomedizin propagierte *Defizitmodell* des Alters das sogenannte *Kompetenzmodell* gesetzt. Grundthese dieses durch empirische Daten gestützten Modells ist, daß der Mensch ein entwicklungsoffenes System ist und nicht in allen Lebensabschnitten die gleichen Ressourcen aufweist, sondern daß permanent alte Ressourcen durch neue abgelöst werden können. Auch das Alter besitzt einen Fundus von spezifischen Kompetenzen, die ein jüngerer Mensch nicht haben kann. Damit sind alternde Gesellschaften nicht als krank zu bezeichnen, sondern eher Gesellschaften, die das kreative Potential eines immer größer werden Teils ihrer Mitglieder brachliegen lassen. Wirtschaftliche Interessen als alleiniger Maßstab für die Prädikate ‚gesund‘ bzw. ‚krank‘ verwiesen daher auf eine inhumane Gesellschaftsstruktur.

Gesundheit wird nicht nur in engeren Zusammenhängen des Medizinischen diskutiert. Es handelt sich um ein Thema, das gerade auch dann ins Spiel kommt, wenn es um die *conditio humana*, um das menschliche Wesen selbst und seine Stellung in der Welt geht, wenn anthropologische, philosophische und theologische Fragen diskutiert werden. Sofern man sich mit dem Menschen befaßt, ist eine der leitenden Fragen immer diejenige nach Leib und Seele und ihrem Verhältnis gewesen. Auch auf das Konzept der Gesundheit hat das Nachdenken über diese Problematik Auswirkungen. So lautet der nächste Abschnitt *Leib und Seele. Anthropologische und psychosomatische Ansätze*.

Thomas Dewender zeigt in seinem Beitrag *Albertus Magnus über Imagination und Krankheit*, daß durch diesen bedeutenden Philosophen des 13. Jahrhunderts medizinisch relevante Aussagen zur Physiologie und Psychosomatik formuliert werden. Alberts medizinisches Weltbild fußt auf der aristotelischen Seelenlehre, nach der die immateriell gedachte Seele Form und Vervollkommenheit des Körpers ist. Sie ist in ihren drei hierarchisch gestuften Vermögen des Vegetativen, Sensitiven und Rationalen das prägende Prinzip für alle Eigenschaften und Funktionen des Menschen. In seiner Gesundheits- und Krankheitslehre spielt die leitende Rolle die aus der Antike bekannte Humoralpathologie. Gesundheit und Krankheit bestimmen sich demnach nach dem rechten bzw. ungleichgewichtigen Mischungsverhältnis

der vier Körpersäfte Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle. Die Interaktion zwischen dem menschlichen Körper und der menschlichen Seele geschieht nun im Sinne der Ätiologie in zweierlei Richtung. Anhand der Melancholie und der Epilepsie vertritt Albert eine Psychopathologie, die mit krankmachenden Prozessen des Säftehaushalts argumentiert, also somatische Prozesse für mentale oder seelische Störungen ursächlich macht. Organische Hirnschädigungen ziehen mentale Ausfallerscheinungen nach sich, und mit Hilfe der aus der antiken Medizin und Philosophie überlieferten Lehren der Imagination und der sie beeinflussenden, materiell gedachten Lebenshauchen (*spiritus*) gibt er eine physiologische Erklärung des Traumes und seiner Pathologie. Andersherum können Aberrationen der Imagination teratogen wirken, womit psychische Prozesse für körperliche Beeinträchtigungen ursächlich gemacht werden.

Ralph Köhnen zeigt in seinem Beitrag *Der ganze Mensch. Friedrich Schillers medizinische Konzepte im Horizont der zeitgenössischen Anthropologie*, wie Friedrich Schiller im Ausgang von seinen medizinischen Schriften den groß angelegten Versuch unternimmt, die zeitgenössischen Schulen des Materialismus und Animismus, die die Leib-Seele-Problematik monokausal lösen, in einer ästhetisch fundierten Psychosomatik aufzuheben. Gesundheitsrelevant ist in diesem Konzept die Äquilibristik zwischen den divergierenden Größen „Verstand und Herz, Ratio und Einbildungskraft, Leib und Seele, Körper und Psyche“. Aus dem noch in seinen medizinischen Schriften konzipierten Nervengeist als ‚Mittelkraft‘, der als Umschlagstelle zwischen Rezeptivität (Körper) und Spontaneität (Seele) gedacht wird, entwickelt Schiller den durch die Kunst hervorgerufenen ‚mittleren Zustand‘ zwischen den Extremen. Die aristotelische Katharsistheorie wird von Schiller mit zeitgenössischen medizinischen Konzepten fundiert: Die Ausgleichsfigur der Medizin – „der Konsens der Maschine mit der Seele“ – spielt in diesem Zusammenhang eine sublimierte Rolle. Der mit sich und der Gesellschaft in Einklang lebende ‚ganze Mensch‘ ist so das Gesundheitsideal Schillers.

Der Beitrag *Die Dimension des Pathischen im Gesundheitsverständnis Viktor von Weizsäckers* wurde gemeinsam von Peter Achilles und Hans Stofels verfaßt. Er erörtert das spezifische Gesundheitskonzept Viktor von Weizsäckers vor dem Hintergrund der gleichfalls von diesem Autor entworfenen *Medizinischen Anthropologie*. Für von Weizsäcker kann Gesundheit nicht in einen definiten Begriff gefaßt werden, es handelt sich vielmehr um eine prozessuale, an das Leben des einzelnen Menschen gebundene biographische Größe. Es gibt somit weniger Gesundheit als Tatsache, sondern eher ein Gesundsein, das immer wieder erzeugt werden muß. Gesundsein und auch Kranksein werden daher als Geschichtsprozeß begriffen. Ferner gestaltet sich das Gesundsein als permanenter Kreislauf des Menschen im sogenannten pathischen Pentagramm, das aus den Kategorien des Dürfens, Müss-

sens, Wollens, Sollens und Könnens besteht. Die personale Erfahrung der Harmonisierung der fünf Kategorien integriert auch die Erfahrung des Unbewußten und damit des Leibes. In von Weizsäckers *Medizinischer Anthropologie* nimmt eine zentrale Stellung der Begriff des Gestaltkreises ein, „eine kreisartige Verbundenheit von Subjekt und Objekt“, die sich in einem Prozeß der Kohärenz und der zerreißen Krisen äußert. Die pathische Verfaßtheit des Menschen liegt darin, daß es Freiheit (Nicht-Natur) und Notwendigkeit (Natur) immer wieder in ein zuträgliches Verhältnis zu bringen gilt. „Das Leben und das Subjekt-sein werden erlitten“, aber man „kann es innerhalb eines Möglichkeitsraumes gestalten“.

Hamid Peseschkian betont in seinem Beitrag *Salutogenetische Psychosomatik und Psychotherapie. Ressourcenorientiertes Vorgehen und positives Menschenbild im ergebnisorientierten Zeitalter* die Wichtigkeit des Menschenbildes gerade auch in den Disziplinen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Das in der Medizin, auch in den psychologischen und psychiatrischen Disziplinen vorherrschende Menschenbild ist das von Descartes begründete reduktionistisch-mechanistische mit seiner folgenreichen radikalen Trennung von Geist und Materie. Es evoziert eine symptomorientierte Pathologie, eine Parzellierung des Menschen und den Ausschluß des Patienten aus der Therapie. Ressourcenorientierte Modelle hingegen – wie das salutogenetische von Aaron Antonovsky – legen Wert darauf, den Menschen für seine Möglichkeiten freizumachen, ihm das Gefühl der Sinnhaftigkeit seines Daseins und der Gestaltbarkeit seines Lebens zu vermitteln. Gesundheit ist insofern nicht so sehr Ziel, sondern Mittel, um sein Leben kompetent und eigenverantwortlich zu führen. Ein salutogenetisches Modell ist auch die von Nossrat Peseschkian seit Ende der sechziger Jahre entwickelte *Positive Psychotherapie*, deren Ansatz in jeder Medizindisziplin zum Tragen kommen kann. Sie versucht dem Patienten Vertrauen in seine Möglichkeiten und Fähigkeiten zu vermitteln, interpretiert Erkrankungen in einem symbol- und funktionsorientierten Ansatz als Chance zur Sinnschöpfung, pflegt durch das *Balance-Modell* einen ganzheitlichen Ausgleich zwischen Körper und Seele, fordert in der Therapie Interdisziplinarität, die Einbeziehung der Familie, des sozialen Kontextes, transkulturelles Denken sowie Zukunftsorientiertheit, wodurch die „Einzigartigkeit und Individualität des Menschen“ in den Blick genommen wird.

Waren implikativ in den bisherigen Aufsätzen philosophische Positionen vertreten, so hat die Philosophie selbst historisch als auch systematisch Wesentliches zum Gesundheitsbegriff beigetragen bzw. beizutragen. Fragen der Diätetik gehörten schon in der Antike zu den Themen der Philosophie, in Friedrich Nietzsches Denken spielt der Begriff der Gesundheit eine wichtige Rolle, Philosophen wie Martin Heidegger haben versucht, der Medizin ein

philosophisch reflektiertes, d. h. menschengemäßes Fundament zu geben, das Sein des Menschen gilt es durchsichtig zu machen, wenn Medizin menschengerecht sein soll, und die *condicio humana* unter dem Aspekt der Kontingenz muß auch oder gerade in Hinblick auf die Gestalt einer zukünftigen Medizin befragt werden. So ist der folgende Abschnitt unter den Titel *Lebensführung und Gesundheit. Wege des philosophischen Denkens* gestellt.

Friedhelm Decher thematisiert in seinem Aufsatz *Vom Sinn der Krankheit – Nietzsches ‚große Gesundheit‘* die heuristische Funktion einer Erkrankung, insofern sie Anlaß zu einer „vertieften Selbsterkenntnis“ sein könnte. Nietzsche betrachtete Krankheit in diesem Sinne auch nicht als Gegensatz zur Gesundheit, sondern als „integralen Bestandteil“ einer gesteigerten Form von Gesundheit. Der menschliche Geist neigt dazu, sich in bequem gewordenen Vorstellungen zu gefallen, neue Bahnen des Denkens nicht mehr beschreiten zu wollen. Aus diesem Willen zur Selbsttäuschung ruft ihn der Schmerz auf, die Dinge in einer neuen Perspektive zu betrachten. Krankheit hat aber nicht nur eine heuristische Funktion, sondern ist geradezu ein ‚Stimulus‘ des Lebens, so daß das durch die Krankheit hindurchgegangene Leben zu einem ‚Mehrleben‘ führt. Von dieser gesteigerten Form des Lebens prädiert Nietzsche den Begriff der sogenannten ‚großen Gesundheit‘. Sie versetzt den Menschen in die Lage, mehr zu wagen als bisher, das Leben als Abenteuer zu bestreiten – auch um den Preis neuer Schmerzen und neuen Leides. Nietzsche geht so weit, daß er der Krankheit eine die Philosophie evozierende Funktion zuweist, der Philosoph ‚transfiguriert‘ Krankheiten, Schmerzen und Siechtum in die ‚geistigste Form‘. Insofern vertritt der Autor unter Verweis auf Wilhelm Schmid die Auffassung, daß Philosophie wieder in die Nähe einer Theorie der Lebenskunst gerückt werden könne: Derjenige, der bereit ist, Krankheit und Schmerz zu akzeptieren und als Bestandteil in die Gesundheit zu integrieren, betriebe eine ‚Hermeneutik des Daseins‘.

Die Versuche einer Gesundheitsdefinition der Biomedizin führen zu meist den Begriff der Norm mit, die auf etwas Meßbares rekurriert. Die Normierung der Körperfunktionen wird allerdings in der modernen Medizin selbst bereits kritisiert, sie berücksichtige z. B. nicht die Unstetigkeit natürlicher Prozesse. Ebenso wird allgemein anerkannt, daß sich Gesundheit und Krankheit nicht nur da manifestieren, wo gemessen werden kann. Thomas Welt befaßt sich in seinem Aufsatz *Über den Begriff der Gesundheit in der daseinsanalytischen Medizin* vor diesem Hintergrund mit einem philosophisch reflektierten Medizinparadigma, das der Philosoph Martin Heidegger und im wesentlichen der Arzt Medard Boss entwickelt haben. Systematischer Ausgangspunkt ist die Kritik an der cartesianischen Ansetzung meßbarer Gegenstände als alleiniger Objekte der Wissenschaft auf dem Boden einer vorgängigen Subjekt-Objekt-Dichotomie. Nach Heidegger handelt es sich dabei um eine nachträgliche Setzung, die erst durch das Existenzial des

*In-der-Welt-seins* als des leibenden Habens von Welt möglich wird. Grundlegend wird in diesem Zusammenhang die neue Sicht auf das menschliche Dasein: Es wird nicht mehr gegenständlich essentialistisch, sondern phänomenologisch in Hinblick auf seine Existenzialien ausgelegt: Menschliches Dasein „ist je seine Möglichkeiten und es ‚hat‘ sie nicht nur noch eigenschaftlich als ein Vorhandenes“. Gesundheit bestimmt sich für das menschliche Dasein in diesem Modell positiv als die Möglichkeit des Austrags der Existenzialien wie des *Räumlich-seins*, des *Zeitlich-seins*, der *Leiblichkeit*, des *Mitseins*, des *Gestimmt-seins*, der *Geschichtlichkeit* und des *Sterblich-seins*, d. h. als die Möglichkeit, seiner existenzialen *Offenständigkeit* genügen zu können. Dadurch daß sich die Existenzialien als gleichursprünglich erweisen und ein Strukturganzes ausmachen, menschliches Daseins also ganzheitlich ausgelegt werden kann, wird überhaupt erst gezeigt, daß so etwas wie ganzheitliche Medizin möglich ist. Vor diesem Hintergrund lassen sich bisherige Regionalpathologien der Biomedizin, der Psychosomatik, der Psychiatrie, der Psychologie und der Sozialmedizin etc. aus ganzheitlicher Perspektive neu schreiben.

Theo Kobusch zeigt in seinem Aufsatz *Die menschliche Natur. Das Sein des Menschen im Spannungsfeld von Philosophie und Medizin*, daß die Philosophie zu Beginn der Neuzeit, insbesondere durch David Hume, der Anthropologie, der Lehre vom Menschen, eine geradezu wissenschafts begründende Stellung einräumt. Nur wenn das Zentrum allen Wissens, die menschliche Natur, erschlossen ist, ruhen die anderen Wissenschaften auf einem soliden Fundament. Die Betonung der Moralwissenschaft durch den amerikanischen Pragmatismus als empirischer Wissenschaft vom Menschen, die alle anderen wissenschaftlichen Erkenntnisse, u. a. diejenigen der Medizin, in menschliche Bezüge stellt, und der kritische Reflex auf die Abständigkeit von sich selbst via Kultur als ‚Zweiter Natur‘ des Menschen durch Ernst Cassirer, Georg Simmel, Arnold Gehlen und Helmuth Plessner sind weitere Wegmarken des philosophischen Denkens, vor deren Hintergrund die aktuellen Probleme, die die biologische Natur des Menschen betreffen, diskutiert werden müssen. Durch den wissenschaftlichen Fortschritt, z. B. die Genomanalyse, ist der Mensch auch hinsichtlich seiner bisher verdeckten biologischen Natur Gegenstand der ‚Zweiten Natur‘ geworden, „d. h. ein der sittlichen Verantwortung des Menschen anheimgestelltes Seiendes“. Die Medizin ist demgemäß nicht nur eine Naturwissenschaft, die ihre Theorien praktisch werden ließe, sie befaßt sich vielmehr immer auch mit dem Heil des einzelnen Menschen, mit der individuellen Natur des Patienten, die im wesentlichen auch ‚Zweite Natur‘ ist, ein Selbstverhältnis besitzt und daher Person ist. Insofern ist das Arzt-Patienten-Verhältnis ein interpersonales. Gesundheit und Krankheit können daher auch nicht als abstrakte naturwissenschaftliche Größen begriffen werden, sondern betreffen immer auch das

Selbstverhältnis der Person. Daher sollte sich die Medizin das umgreifende diätetische Konzept einer „Kultur des Lebens“ zum Ziel ihres Handelns setzen.

Auf ein anthropologisches Fundament für die Zielsetzung der modernen Medizin rekurriert auch der Beitrag *Wunscherfüllende Medizin. Kontingenzbewältigung oder Kontingenzbeseitigung?* von Carl Friedrich Gethmann. Im Rahmen der Diskussion um ein konservativ kuratives oder ein wunscherfüllendes Medizinkonzept geht es um die Frage, ob sich die moderne Medizin die Kontingenzbewältigung oder darüber hinausgehend die Kontingenzbeseitigung zum Ziele ihres Handels setzen sollte. Da die *condition humaine* apriorisch kontingent ist, kann die Medizin schlechterdings unter Gesundheit nicht Kontingenzbeseitigung verstehen. U. a. zeigen dies die Phasenhaftigkeit der unterschiedlichen Altersstufen des Menschen und seine Sterblichkeit. Diese beiden menschlichen Eigenschaften konstituieren mit seinen Wesenskern. Daher würden Wünsche nach Krankheitsbefreiung, die sich an eine Auffassung vom menschlichen Alter als einer Schwundstufe des jungen Menschen anschließen, an der Tatsache vorbeigehen, daß der Mensch in jeder Altersphase Defizite gegenüber anderen Altersphasen aufweist, daß es also die gesunde „Vollform des Menschseins“ in einer bestimmten Alterstufe gar nicht gibt. Wünsche nach Unsterblichkeit würden gleichfalls die apriorischen Bedingungen des Menschseins betreffen und ebenso nach einer Wandlung der *condition humaine* verlangen – ein Projekt, daß auch die Sinnstrukturen des menschlichen Daseins essentiell verändern würde.

Gesundheit kann in einer philosophisch und theologisch erweiterten Perspektive auch das menschliche Heil bezeichnen. Damit geht der Inhalt des Begriffes Gesundheit weit über reduzierte Gesundheitskonzepte der modernen Biomedizin der Gegenwart hinaus. Unter Natur wird demgemäß in diesen Konzepten nicht die ‚abgetötete‘ mathematisch meß- und beschreibbare Gegenständlichkeit cartesianischer Provenienz verstanden. Natur meint vielmehr eine lebendige Struktur, die in ein spirituelles Seinsverständnis eingebunden ist. Der letzte Abschnitt dieses Buches unter dem Titel *Heilung und Heil. Naturphilosophische und theologische Konzepte* möchte daher zeigen, wie sich Gesundheit in spirituell geweiteter Perspektive beschreiben läßt.

Christian Schulze geht in seinem Beitrag *Wandlungen des Gesundheitsbegriffs in Antike und frühem Mittelalter* von dem medizinischen Werk des römischen Autors Celsus aus, der in der Tradition des Hippokrates Gesundheit und Krankheit aus rational faßbaren und der Empirie zugänglichen anatomischen und physiologischen Ursachen abzuleiten sucht. Der zunehmende Einfluß der Pharmazie in der Medizin seit dem bedeutenden Werk *Materia medica* des Pedanius Dioskurides um 70 n. Chr. brachte theurgische Spekulation und Schadenszauber mit sich. Menschliche Gesundheit wurde damit

wieder von magischen Praktiken abhängig gemacht. Zu einer Sakralisierung des Gesundheitsbegriffs trugen dann auch die christlichen Ärzte in den folgenden Jahrhunderten bei. Der christliche Dualismus von Leib und Seele priorisierte in der Medizin häufig das Seelenheil, das „ewige gesunde Leben bei Gott“. Krankheit wurde zunehmend als Strafe und als Bedrohung für das Seelenheil interpretiert. In der Spätantike integrierte die christliche Medizin zunehmend die bis dahin pagane Pharmazie. Zu Beginn des Mittelalters findet sich u. a. mit dem *Lorscher Arzneibuch* ein bedeutendes Werk eines christlichen Autors, das auch der Pharmazie „mit Rückgriff auf pagane Vorläufer“ eine ausführliche Behandlung widmete. Gesundheit und Krankheit erscheinen damit in einem spirituellen Horizont, der sich aus paganen und christlichen Quellen speist.

Irmgard Müller stellt in ihrem Beitrag *Gesundheit in der Deutung Hildegards von Bingen (1098-1179)* ein systematisiertes spirituelles Gesundheitskonzept vor. Hildegard von Bingen verstand unter Gesundheit „einen dynamischen Prozeß zwischen Haben und Verlust“. Das tradierte Gleichgewichtsmodell der Viersäftelehre weitete sie aus auf eine makrokosmisch gültige und mikrokosmisch Gesundheit und Krankheit erklärende Elementen- und Elementarqualitäten-Lehre. Die Wirksamkeit der Pharmazeutika, die kasuistisch zu verordnen waren, war nur erklärbar durch das Walten der *viriditas* (Grünkraft), eines universalen schöpferischen Prinzips, und damit einhergehend durch die Mitwirkung und Gnade des Christengottes. Diese Einbindung physiologischer Prozesse in einen spirituellen Rahmen wurde ergänzt durch eine besondere Beachtung psychischer und geistig-geistlicher Aspekte des Menschen. ‚Heil- und Heilskunde‘, im Werk Hildegards terminologisch ausgewiesen durch die Annäherung von *sanus* (körperlich heil) und *salus* (geistliches Heil), mußten zur Anwendung gebracht werden, um einen Menschen an Leib und Seele gesund nennen zu können. Normative Kraft hatte die christliche Heilslehre, Gott gewährte „die wahre Gesundung“, „die säkulare Medizin“ hatte nur eine dienende Funktion „auf dem Weg zum jenseitigen Heil“. Damit ergab sich aber auch die Notwendigkeit für den Menschen, sich durch eine *disciplina humana* leiten zu lassen, d. h. prophylaktisch an seiner Gesundheit bzw. therapeutisch an seiner Gesundung mitzuwirken. Maßhalten, eine disziplinierte Lebensführung und geistliche Exerzitien waren demjenigen aufgegeben, der eine christliche *diata* befolgen wollte, den einzigen Weg zu körperlicher und seelischer Gesundheit im Horizont der christlichen Eschatologie.

Heinz Schott thematisiert unter Hinzuziehung ikonographischen Materials in seinem Beitrag ‚*Natur‘ als Medium zwischen Mensch und Gott. Medizinhistorische Leitbilder der Gesundheit* gleichfalls, daß Natur im mikro- wie im makrokosmischen Sinne keinen Selbststand besitzt, sondern eingebunden ist in eine spirituelle Hierarchie, die nach oben hin durch den christli-

chen Gott abgeschlossen wird. Im Modell des Paracelsus stammt die Heilkraft der Natur in letzter Instanz von Gott, das ‚Licht der Natur‘ wird nur im ‚Lichte Gottes‘ wirksam. Die Natur gewährt auf drei Wegen ihre Heilkraft: als Naturheilkraft im menschlichen Leib, dann außerhalb des Menschen als Reservoir für die gottdurchwirkten natürlichen Heilmittel sowie in Gestalt des Arztes als *philosophus*, der seine magisch-alchemische Kunst zur Anwendung bringt. Der Weg des paracelsischen Arztes hin zur Wahrheit, d. h. zur göttlichen Lichtquelle, – oftmals illustriert durch den Aufstieg auf der Jakobsleiter – dient nicht nur dem Wissenserwerb, sondern auch der Reinigung seiner Person, die dann selbst zu einem Heilfaktor wird. Schon bevor die christliche Religion die Natur als Medium für Erkenntnis und Gesundheit betrachtete, wurde ihr *selbst* in der Medizin im Ausgang von Hippokrates über die Jahrhunderte eine heilende Kraft (*vis medicatrix*) zugesprochen. Krankheiten waren dann nur verständlich als *res contra naturam*, als „Verletzung, Mißachtung, Fehlleitung, Vergiftung, Abspaltung, mangelhafte Konstitution“ des Natürlichen. Dieses Erklärungsmuster reicht von der Deutung des Sündenfalls als Beginn von Krankheit, Leiden und Tod bis zu den Begriffen der Chromosomenanomalie und des Gendefekts in molekularmedizinischen Kontexten. In modernen, gleichfalls ressourcenorientierten Medizinkonzepten wie in der Salutogeneselehre des Aaron Antonovsky spielt zwar unterschwellig die Vorstellung von der ‚Heilkraft der Natur‘ eine Rolle, wird aber nicht als ‚kulturhistorische Ressource‘ reflektiert. Ebenso werden in der Biomedizin ‚unerklärbare‘ Phänomene wie der Placeboeffekt einer medikamentösen oder ärztlichen Behandlung nicht mehr in Verbindung gebracht mit der in naturmystischen Entwürfen behaupteten Macht des Geistes über den Körper. Eine heilende und gesundheitserhaltende *unio mystica* zwischen Mensch, Natur und Gott, die in den Medizinmodellen eines Paracelsus, aber auch bereits einer Hildegard von Bingen angestrebt war, entspricht nicht mehr modernem naturwissenschaftlichen Denken.

Markus Knapp beschließt mit seinem Aufsatz *Gesundheit und Heil. Eine theologische Perspektive* den vorliegenden Band. Problematisiert wird die Trennung von religiösem Heil und biomedizinischer Gesundheit, die im Zuge der funktionalen Differenzierung moderner Gesellschaften vollzogen wurde. Im *Alten Testament* dagegen wird Jahwe als der „einzige wahre, allzuständige Arzt“ beschrieben, der Gesundheit und Heilung bringt. In den Büchern des AT, die unter hellenistischem Einfluß geschrieben wurden, erfährt der Arztberuf eine Aufwertung, der Arzt wird ausführendes Organ der Heilkraft Jahwes. Die traditionelle Deutung der Krankheit als Strafe für eine Sünde wird im Buch *Ijob* aufgeweicht: Das ‚Erfahrungsargument‘ zeigt, daß zwischen Lebensführung und Auftreten einer Krankheit kein verstehbarer Konnex besteht. Im *Neuen Testament* wird der im AT tradierte Zusammenhang zwischen Heilsbotschaft, Gesundheit, Heilung und Krankheit

durch die Schilderung des Wirkens Jesu modifiziert. Die Heilungen Christi als Arztes (*Christus medicus*) und Erlösers sind Zeichen für die beginnende eschatologische Gottesherrschaft, durch die die Integrität des Spirituellen und Leiblichen der Schöpfung wiederhergestellt wird. Das aufstrebende Christentum im *Römischen Reich* profilierte sich zunehmend als ‚Religion der Heilung‘. Die Kirchenväter verbanden platonisch-stoisches Gedankengut mit der biblischen Perspektive und sahen den Menschen in seiner Gefallenheit als einer allumfassenden Heilung bedürftig an. Die Metapher des *Christus medicus* bezeichnete damit Gottes heilsames Wirken für die Menschen durch Jesus Christus und bestärkte die in den christlichen Gemeinden und Klostergemeinschaften übliche Fürsorge für die Kranken. In der heutigen Debatte um eine ‚ganzheitliche Medizin‘ hat die Theologie die Frage zu stellen, ob sich die moderne Biomedizin für die Aspekte einer heilenden Wirkung eines Glaubens öffnen kann, der auf den letzten Grund des menschlichen Daseins gerichtet ist. Diese Auffassung von der heilenden Wirkung des Glaubens darf jedoch nicht zu einer Instrumentierung der Glaubensinhalte führen. Gott in seiner Unverfügbarkeit kann nicht als Garant für Heilung und Gesundheit angesehen werden. Daraus folgt, daß Gesundheit im biomedizinischen Sinne nicht das höchste Ziel des Menschen sein sollte, denn ein Gesundheitsverständnis, das von der transzendenten Gerichtetheit des Menschen absähe, verstünde unter Gesundheit eine jederzeit verfügbare Gegenständlichkeit, die sich wie eine Ware erwerben ließe.

Die Beiträge zeigen, daß Gesundheit in vielen Bereichen menschlichen Seins, sei es im Dialog Arzt-Patient, sei es im gesamtgesellschaftlichen Kontext, sei es in philosophischer, sei es in theologischer Perspektive, nicht in einer Definition ‚feststellbar‘ ist. Man kann eher von einer Hermeneutik der Gesundheit sprechen, die in allen Zeitepochen und allen Kulturen vollzogen wurde und immer wieder geleistet werden muß. Das Menschenbild erweist sich als mit entscheidend dafür, wie über Gesundheit gedacht wird. Die in diesem Band aufgezeigten ganzheitlichen Medizinmodelle des 20. Jahrhunderts haben gemeinsam, daß sie nicht mehr von einem festgefügtten, definierbaren Wesenszug des Menschen ausgehen, sondern ihn eher als ein offenes Wesen interpretieren, das von seiner Veränderbarkeit, seiner Progressivität und Kreativität geprägt ist. Moderne Anthropologie setzt an die Stelle des festgefügtten Menschenbildes der antik-christlichen Dingmetaphysik (*animal rationale*, *Gottebenbildlichkeit*) ausgesprochen oder unausgesprochen die Auslegung der Existentialität des Menschen. Die Weise des Austrages der menschlichen Möglichkeiten entscheidet darüber, ob ein Mensch als gesund angesehen werden kann. Implizit enthalten ist in einem derartigen Bild des Menschen natürlich das Bewußtsein der apriorischen Unwägbarkeit und Verletzlichkeit, d. h. der Kontingenz, menschlichen Existierens. Es ist verständlich, daß die moderne Biomedizin mit diesem Menschenbild und einem

derartigen offenen Gesundheitsbegriff Schwierigkeiten hat, da sie Menschen immer noch als ihren ‚Gegenstand‘, als ihr ‚Objekt‘ begreift. Eine Wissenschaft, die von der Meßbarkeit, der Normierbarkeit und der beschreibbaren Funktionalität ihres Gegenstandes ausgeht, sieht sich von dem Auftrag einer permanenten Auslegung des Menschen und des Zieles ihres Handels, der Gesundheit, oft überfordert. Aber gerade die Geschichte des Nachdenkens über Gesundheit zeigt, daß auch dieses Medizinparadigma – zweifelsohne sehr erfolgreich – geistesgeschichtlichen, d. h. hermeneutischen Auslegungen unterworfen und damit einem Wandel ausgesetzt ist. In der Biomedizin selbst ist das Unbehagen über den reduzierten Blick auf den Menschen weit verbreitet. Mediziner und Ärzte sind sich zunehmend im klaren darüber, daß ihr Welt- und Menschenbild, sei es reflektiert oder nicht, nur einen Ausschnitt der Geistes- und Kulturgeschichte darbietet. Ihre Voraussetzungen zu hinterfragen ist eine der großen Aufgaben der Biomedizin in den nächsten Jahrzehnten. Die philosophisch und theologisch orientierten Aufsätze, aber auch implizit die anderen Beiträge in diesem Band zeigen, daß die Fähigkeit zu einer wie auch immer gearteten Selbsttranszendierung dem Menschen inhärent, daß er immer über sich hinaus ist und der Begriff der Gesundheit das immer vorläufige Resultat einer Auslegung des menschlichen Daseins vor dem Hintergrund seiner ständigen Bedrohung und im Horizont seiner ständigen Hoffnung darstellt. Will man daher einem Menschen das temporäre und wandelbare Prädikat ‚gesund‘ zuweisen, so hat man immer auch sein Heil in den Blick zu nehmen.



Arzt und Patient

Der Umgang mit dem kranken Menschen



## Gesundheit als ein Ganzes – mehr als körperliches Wohlbefinden

Dietrich Grönemeyer (Bochum, Witten/Herdecke)

Unbestreitbar hat die moderne Humanmedizin, die der Physik, aber auch der Chemie und der Biologie sowie zunehmend der Molekularbiologie als Leitwissenschaften verpflichtet ist, diagnostisch und therapeutisch große Fortschritte gebracht, die in maßgeblicher Weise dazu beigetragen haben, daß sich die Lebenserwartung weltweit in den letzten 200 Jahren mehr als verdoppelt hat.<sup>1</sup> Seit dem 19. Jahrhundert ist die Geschichte der Medizin eine fast ungebrochene Geschichte des Erfolges. Rudolf Virchow gehört mit der Entwicklung der Zellulärpathologie und seiner Prämisse, daß alle Lebensprozesse chemischen und physikalischen Gesetzen unterlägen, zu den Gründervätern der streng naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin.<sup>2</sup> Ein weiterer Meilenstein ist mit dem Namen Louis Pasteur verbunden, der die medizinische Mikrobiologie begründete und kleinste Lebewesen, die sogenannten Mikroben, als Krankheitserreger ausmachte. Seitdem sind die aktive Immunisierung durch Impfung zur Krankheitsverhütung und in der Chirurgie die Antisepsis – die Infektionsbekämpfung – und die Asepsis – die Infektionsverhütung durch die Verwendung sterilisierter Instrumente – aus der Medizin nicht mehr wegzudenken.<sup>3</sup> Robert Koch entdeckte den Erreger der Tuberkulose und machte damit die Bekämpfung einer Krankheit möglich, die zu den häufigsten Todesursachen im mittleren Lebensalter am Ende des 19. Jahrhunderts gehörte.<sup>4</sup> Die Entwicklung der Serumtherapie durch Emil von Behring führte zur Heilung der zuvor oft tödlichen Diphtherie und damit zur Einführung der passiven Impfprophylaxe.<sup>5</sup>

Die Entdeckung der sogenannten Röntgenstrahlen durch den Nichtmediziner Wilhelm Conrad Röntgen<sup>6</sup>, die den Blick in den Menschen erlaubten,

---

<sup>1</sup> Hans-Werner Wahl, Vera Heil: *Gerontologie. Einführung und Geschichte*, Grundriss Gerontologie, Bd. 1, Stuttgart 2004, 23.

<sup>2</sup> Vgl. Christian Andree: *Die ‚Zellulär-Pathologie‘ als Basis der modernen Medizin. Rudolf Virchow – Leitfigur einer Epoche*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, Dortmund 1996, 340-346.

<sup>3</sup> Huldrych M. Koelbing: *Die Welt der Mikroben entdeckt. Louis Pasteur und die Antisepsis in der Chirurgie*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 347-353.

<sup>4</sup> Thomas Schlich: *Ein Symbol medizinischer Fortschrittshoffnung. Robert Koch entdeckt den Erreger der Tuberkulose*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 368-374.

<sup>5</sup> Hans Schadewaldt: *Die Anfänge der Immunologie. Emil Behrings Serumtherapie*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 375-380.

<sup>6</sup> Gundolf Keil: *Die ‚X-Strahlen‘ aus Würzburg als Weltsensation. Röntgens Entdeckung und die Folgen*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 381-388.

begründete die moderne nicht-invasive Diagnostik durch bildgebende Verfahren. Zu den nicht-invasiven Diagnoseverfahren gehört auch die Elektrokardiographie (EKG), die eine enorme Bedeutung für die routinemäßige Erfassung von Rhythmus-, Reizbildungs- und Erregungsleitungsstörungen im Herzen hat. Willem Einthoven hat sie maßgeblich am Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt. Dadurch wurde die Herz-Kreislauf-Forschung und -Behandlung entscheidend vorangebracht.<sup>7</sup> Millionen von Menschen, die an der Diabetes mellitus leiden, werden nach der Isolierung des Insulins in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor dem sicheren Tod bewahrt.<sup>8</sup> Die Entdeckung des Penicillins zur Behandlung bakterieller Infektionen, die Entwicklung von Zytostatika zur Krebstherapie, die Fortschritte in der Unfall- und Transplantationschirurgie und auch die wachsende Bedeutung der Gentechnik in der Medizin, die hoffen läßt, daß bisher nur symptomatisch behandelbare Krankheiten eines Tages an der Wurzel therapiert werden und vielleicht sogar geheilt werden können, gehören mit zu der imponierenden Erfolgsgeschichte der Humanmedizin<sup>9</sup> wie auch die Erfindung der Lokalanästhesie durch Carl Ludwig Schleich 1894<sup>10</sup> und der Vollnarkose mit Hilfe künstlicher Beatmung.<sup>11</sup>

Die Weiterentwicklung der bildgebenden Verfahren durch die Nutzung eines Computers, als dessen Erfinder Konrad Zuse gilt,<sup>12</sup> optimierte die

<sup>7</sup> Berndt Lüderitz: *Der Aufschwung der Herz-Kreislauf-Forschung. Das Elektrokardiogramm (EKG) und die Entwicklung der Kardiologie in den letzten 100 Jahren*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 431-437.

<sup>8</sup> Thomas Schlich: *Die Revolution in der Diabetes-Behandlung. Die Isolierung des Insulins*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 451-457.

<sup>9</sup> Marcel H. Bickel: *Antibiotika gegen bakterielle Infektionen. Alexander Fleming und das »Penicillin«*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 458-464; Rolf Winau: *Die Berliner Charité als Zentrum der Chirurgie. Ferdinand Sauerbruchs Lebensleistung und sein Verhältnis zum Nationalsozialismus*, a. a. O. [2] 465-471; Peter Voswinckel: *Mit Chemotherapie gegen die Krebskrankheit. Die ersten Zytostatika werden entwickelt*, a. a. O. [2] 485-492; Martin Hansis: *Unfallchirurgie zwischen Lebenserhalt und Funktionsoptimierung. Die Fortschritte in der Behandlung von Unfallopfern*, a. a. O. [2] 493-496; Thomas Schlich: *Chancen und Risiken der Organtransplantation. Die Nierenverpflanzung eröffnet eine neue Ära*, a. a. O. [2] 508-514; Peter Propping: *Die Bedeutung der Genetik in der Medizin. Genomanalyse als Methode der Aufklärung von Krankheitsursachen*, a. a. O. [2] 547-554.

<sup>10</sup> Carl Ludwig Schleich: *Schmerzlose Operationen. Örtliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten*, Berlin 1894.

<sup>11</sup> Andreas-Holger Maehle: *Neue Mittel der Schmerzbekämpfung. Vom Morphinum zur Narkose*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 297-303.

<sup>12</sup> Wichtig für die Entwicklung der bildgebenden Verfahren in der Medizin ist die von Konrad Zuse entworfene Theorie zellulärer Automaten, siehe Konrad Zuse: *Rechnender Raum*, Schriften zur Datenverarbeitung, Bd. 1, Braunschweig 1969, bes. 48-50; vgl. auch Jürgen Alex, Hermann Flessner, Wilhelm Mons, Kurt Pauli, Horst Zuse: *Konrad Zuse. Der Vater des Computers*, bes. Jürgen Alex: *Der digitale Kosmos. »Rechnender Raum« von Konrad Zuse*, Fulda 2000, bes. 193-244.

Röntgenbildgebung und ermöglichte die Entwicklung der Computertomographie<sup>13</sup>, der nichtstrahlenden Bildsysteme wie der Kernspintomographie<sup>14</sup> und der Sonographie, die den Körper des Patienten in multidimensionalen Schichten darstellen.<sup>15</sup> Auch die endoskopischen Verfahren revolutionierten die diagnostische und therapeutische Medizin: Es wurden Magen-, Darm-, Lungen-, Gallen- oder Kniespiegelungen ohne Operation und Vollnarkose möglich. Diese Methode ist auf den deutschen Arzt Adolf Kussmaul zurückzuführen, der 1868 versuchte, einem Schwertschlucker eine starre Röhre durch die Speiseröhre bis in den Magen vorzuschieben, und auf den Dresdener Maximilian Nitze, der als erster Arzt 1877 eine Blasenspiegelung vornahm, sowie Hermann von Helmholtz, der seit 1851 mit einem Spiegel ins Auge Einblick nahm.<sup>16</sup> Diese erstmalige Spiegelung des Augeninneren nahm die routinemäßige Spiegelungen von Körperhöhlen vorweg. Die bildgebenden Verfahren sind heute so weit entwickelt, daß minimal-invasive Eingriffe auch unter simultaner Bildgebung durch Endoskopie, Ultraschall, Röntgen oder tomographische Verfahren vorgenommen werden können.<sup>17</sup> Große Operationen werden durch minimal-invasive Verfahren ersetzt, die nebenwirkungsärmer und weniger traumatisierend sind. Diese Methoden wurden dann durch die Kombination von endoskopischen Verfahren, Schnittbildverfahren und miniaturisierten Instrumenten zur sogenannten Mikrotherapie weiterentwickelt, um zielgenau und hochpräzise Operationen durchzuführen oder Medikamente lokal einzubringen.<sup>18</sup>

<sup>13</sup> Godfrey N. Hounsfield: *Computerized Transverse Axial Scanning (Tomography). 1. Description of System*, in: The British Journal of Radiology 46 (1973) 1016-1022.

<sup>14</sup> Paul C. Lauterbur: *Progress in N. M. R. Zeugmatography Imaging*, in: Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences 289 (1980) 483-487.

<sup>15</sup> Burckhard Terwey: *Neuartige Schnittbilder aus dem Körperinnern. Vom Ultraschall zur Kernspintomographie*, in: Heinz Schott (Hg.): *Meilensteine der Medizin*, a. a. O. [2] 497-507.

<sup>16</sup> Albrecht Scholz: *Dresdner Beiträge zur Endoskopie. Maximilian Nitze und Felix Martin Oberländer*, in: Manfred Skopec (Red.): *Meilensteine der Endoskopie, 2. Symposium der Internationalen Nitze-Leiter-Forschungsgesellschaft für Endoskopie, Wien, 17.-18. Jänner 1997*, Schriften der Internationalen Nitze-Leiter-Forschungsgesellschaft für Endoskopie, Bd. 2, Wien 2000, 75-88; Thomas Schnalke: *Norbert Henning und die Entwicklung der modernen Gastroskopie*, a. a. O. 273-288, hier 275 f.; Heinrich Erggelet: *Hermann v. Helmholtz und die Augenheilkunde*, in: Naturwissenschaften 9 (1921) Nr. 48, 967-972.

<sup>17</sup> Dietrich H. W. Grönemeyer: *Gesundheitswirtschaft. Die Zukunft für Deutschland*, Berlin 2005, 124-142; Dietrich Grönemeyer: *Kapital Gesundheit. Für eine menschliche Medizin*, München 2005, 146-167; Dietrich H. W. Grönemeyer, Rainer M. M. Seibel: *Interventionelle Computertomographie. Lehrbuch und Atlas zur interventionellen Operationstechnik und Schmerztherapie*, Wien, Berlin 1989; Dietrich Grönemeyer, Robert B. Lufkin: *Open Field Magnetic Resonance Imaging*, Berlin, Heidelberg, New York 1999.

<sup>18</sup> Art. *Mikrotherapie*, in: *Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch*, Berlin, New York <sup>260</sup>2004, 1159.

Millionenfaches Leid haben die Ärzte durch die Anwendung dieser exemplarisch angeführten Forschungsergebnisse verhindern können. Ein bedeutsamer Schritt in der Menschheitsgeschichte. Das methodische Vorgehen in Physik, Chemie und Biologie sowie die revolutionären Erfindungen der Technik im allgemeinen, der Werkstoffkunde und der Computertechnologie im besonderen haben auch in der Medizin einen beispiellosen Fortschritt an Wissen gebracht. Beobachtung, Hypothesenbildung und Nachprüfung durch ein unter gleichen Bedingungen reproduzierbares Experiment, d. h. methodisch gewonnene Erfahrung, die zu einer Theorie oder der Formulierung eines Naturgesetzes führen kann, sind die Stützpfeiler der somatisch orientierten Biomedizin.

Trotz dieses Fortschritts in der Erforschung des menschlichen Körpers und seiner physiologischen Funktionen ist evident, daß sich die Anforderungen an einen Arzt nicht darin erschöpfen, allein im körperlichen Bereich fachlich kompetent zu sein. Den Körper gleichsam als ‚Maschine‘ zu reparieren zeugt von einem eingeschränkten Medizinverständnis, das auf die vielfältigen menschlichen Bezüge keine Rücksicht nimmt. Es reduziert die Arbeit eines Arztes letztendlich auf die Funktion mechanischen Reparatur-Handelns. Der besondere Charakter der Medizin zeigt sich jedoch in der menschlichen Begegnung. Insofern unterscheidet sie sich eindeutig von den naturwissenschaftlichen und technischen Disziplinen. Dies erfahren alle Ärzte, in welchen Fachdisziplinen sie auch immer tätig sind, sowohl die in wissenschaftlichen Studien eingebundenen Ärzte an Universitätskliniken wie auch der Hausarzt. Georg Groddeck faßte 1893 diesen Sachverhalt in die Worte, daß es in der Wirklichkeit *keine Krankheiten* gebe, sondern nur *kranke Menschen*.<sup>19</sup> Für den behandelnden Arzt heißt dies, daß sein Wissen, das er sich während seines Studiums erworben und in den klinischen Semestern bereits zur Anwendung gebracht hat, erst dann seinen Zweck erfüllt, wenn seinen Patienten physisch, psychisch und häufig auch sozial geholfen wird. Der Arzt ist ja nicht einfach ein Wissenschaftler, der sein Wissen zur Anwendung bringt. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient erschöpft sich nicht darin, daß im Rahmen einer Therapie das Allgemeine konkret würde, daß also nur das Wissen kunstfertig ‚an die Frau oder an den Mann‘ zu bringen sei. Medizinische Behandlung und Heilung eines Menschen sind nie gleichzusetzen mit der Reparatur einer defekten Maschine. Natürlich schlägt bei dem einen Patienten eine Therapie an, bei einem anderen nicht oder nur unter schweren Nebenwirkungen, ohne daß naturwissenschaftlich exakt gesagt werden könnte, warum in dem einen Falle die Therapie erfolgreich ist, im anderen nicht. Dies könnte man noch mit einem mangelhaften Wissen um

<sup>19</sup> Georg Groddeck: *Krankheit* (1893), in: ders.: *Krankheit als Symbol. Schriften zur Psychosomatik*, hg. Helmut Siefert, Frankfurt am Main 1983, 23-26, hier 24.

die Wirkung der betreffenden Therapie erklären und auf einen künftigen Wissenszuwachs verweisen. Ich halte eine andere Perspektive für viel wesentlicher: Der besondere Charakter der Arzt-Patienten-Beziehung zeichnet sich dadurch aus, daß er sich *prinzipiell nicht* auf einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang reduzieren läßt: körperlicher Schaden – Operation – Medikament – Resultat: gesund. Zumal sich zwei Menschen nicht nur als Naturwesen, sondern vielmehr und in entscheidendem Maße als moralische Wesen, d. h. als Persönlichkeiten, begegnen. Abgesehen davon, daß die Psychosomatik als Disziplin darauf verweist, daß viele Erkrankungen nicht nur somatisch bedingt sind, ist *jede* Erkrankung ein Ereignis, das den ganzen Menschen nicht zuletzt in seinem Denken, Fühlen und seinen sozialen Kompetenzen beeinträchtigt. Oft sind auch seine Angehörigen und Freunde betroffen. Beruf und Karriere, eine umfängliche Lebensplanung können unter Umständen durch eine Krankheit beeinflußt oder gar zunichte gemacht werden. Auch das wesentliche Ziel einer Therapie, die Wiederherstellung der Gesundheit oder zumindest die Besserung der Befindlichkeit des Patienten, kann in vielen Fällen nicht durch naturwissenschaftliche oder technische Interventionen allein erreicht werden. Dies heißt, daß der Begriff der Gesundheit unterbestimmt ist, wenn er denn gleichzusetzen wäre mit ‚Normalität‘ und Normalität die Einhaltung eines auf den Körper und seine Funktionen bezogenen Normbereiches bedeutete.<sup>20</sup> Insofern ist eine Medizin, die sich ausschließlich eine derartig bestimmte Gesundheit zum Ziel ihres Handelns gesetzt hat, eine Medizin, die den kranken Menschen in seiner Personalität geradezu übersieht.

Aber wie würde ein Begriff der Gesundheit aussehen, der dem Wesen des Menschen angemessener wäre, ein Begriff, der nicht allein mit somatischer Normalität gleichzusetzen wäre? Daß es schwierig ist, einen definiten Begriff der Gesundheit zu finden, liegt auf der Hand. Zu komplex und zu offen ist das Wesen des Menschen. Gesundheit scheint also etwas zu sein, über das man täglich spricht, das man aber nicht in eine knappe, präzise Definition fassen kann.<sup>21</sup> Und auch die Frage: Wie fühlt sich Gesundheit an? ist viel schwieriger zu beantworten als die Frage nach Störungen der Befindlichkeit und Krankheitssymptomen. Gesundheit scheint sich in der Tat dadurch auszuzeichnen, daß sie sich verbirgt, wenn sie vorhanden ist.<sup>22</sup> Festzuhalten ist jedoch, daß man sich dem Gegenstand der Gesundheit – und natür-

<sup>20</sup> Rudolf Groß, Markus Löffler: *Prinzipien der Medizin. Eine Übersicht über ihre Grundlagen und Methoden*, Berlin, Heidelberg, New York 1997, 68-73.

<sup>21</sup> Friedrich Deich: *Was ist Gesundheit? Analyse eines Begriffes, den man nicht kennt, über den man aber täglich spricht*, Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen 42 (1957) 18, 493-500.

<sup>22</sup> Hans-Georg Gadamer: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, in: ders.: *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt am Main 1993, 133-148.

lich auch der Krankheit – auf zweierlei Weise nähern kann. Einmal ‚objektiv‘ wissenschaftlich, ein anderes Mal von der Seite des unmittelbaren Erlebens. Hier fällt nun sofort auf, daß sich durch die Weiterentwicklung und Technisierung der Humanmedizin diagnostische und therapeutische Möglichkeiten ergeben haben, Krankheiten vor ihrem spürbaren und sichtbaren Ausbruch festzustellen bzw. im besten Falle so zu behandeln, daß vor Eintreten eines manifesten Krankheitsempfindens die Organstruktur zur Wiederherstellung des Ursprungszustandes, also zur *restitutio ad integrum*, geführt wird. Der objektive, biomedizinische Zugang zu und das unmittelbare Erleben von Krankheit und Gesundheit korrespondieren also zunehmend weniger miteinander. Wird eine bakteriologische oder virale Infektion als Infektionskrankheit unmittelbar durchlebt, so findet eine molekulargenetische oder radiologische Diagnose nicht mehr unbedingt eine aktuelle Entsprechung in der Befindlichkeit eines Menschen.

Zweifelsohne hat es die Divergenz zwischen *objektivem Befund* und *subjektiver Befindlichkeit* schon immer gegeben, aber mit fortschreitender Technisierung und Spezialisierung der Medizin ist das Ausmaß der Divergenz in den letzten Jahren größer geworden und wird in Zukunft noch größer werden. Somit werden Prädiktion und Prävention in der Medizin einen höheren Stellenwert bekommen, als es bisher der Fall war. War eine Krankheit bisher primär ein vergangenes Ereignis oder wurde akut durchlitten, so kann man nun von einer Futurisierung des Krankheitserlebens sprechen. Die drohende Erkrankung, die möglicherweise erst in Jahrzehnten zum Ausbruch kommt, mag wohl den Zukunftshorizont eines Menschen maßgeblich bestimmen, und auch das berufliche oder soziale Umfeld könnte durch eine gendiagnostische Prognose in ungünstiger Weise beeinflusst werden. Die durch die Diagnose hervorgerufene Angst vor einer potentiellen Erkrankung dürfte vielleicht psychische und körperliche Schäden nach sich ziehen. Die kurative und nachsorgende Medizin wird somit ergänzt werden müssen durch eine präventive und prognostische Medizin,<sup>23</sup> die ein sehr hohes ethisches Verantwortungsbewußtsein der behandelnden Ärzte und fürsorgliches Engagement des Staates erfordert.

Dennoch bildet das unmittelbare Erleben eines bereits eingetretenen pathologischen Prozesses nach wie vor einen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Faktor in der Medizin. Die Bedeutung der sorgfältig erhobenen Anamnese ist vor diesem Hintergrund gar nicht hoch genug zu veranschlagen. Sie soll die krankheitsrelevante Vorgeschichte des Patienten im Gespräch mit dem Arzt ergründen, und zwar maßgeblich aus der Perspektive des Kranken. Der Nutzen der Anamnese ist unbestritten: Die Schät-

<sup>23</sup> Vgl. Hartmut Kreß: *Medizinische Ethik. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin*, Stuttgart 2003, 50-57.

zungen, bei wie vielen Kranken bereits die Anamnese prozentual zur korrekten Diagnose führt, liegen zwischen 60% und 70%. Berücksichtigt man noch die Hinweise, die die Anamnese in Richtung auf die korrekte Diagnose gibt, so kann nach manchen Schätzungen für über 90% der Patienten unter maßgeblicher Beteiligung der Anamnese eine Hauptdiagnose gestellt werden.<sup>24</sup> Diese Erfolgsquote der Anamnese verweist schon darauf, daß die Medizin sich bereits ganz am Anfang des Arzt-Patienten-Kontakts ihrer effizientesten Methoden begibt, wenn sie auf eine gründliche Anamnese und ein ausführliches Patientengespräch verzichtet und nur mehr technische Methoden des Messens oder der Bildgebung einsetzt. Es geht in einer erfolgreichen Medizin eben nicht nur um das Beschreiben und Erklären erhobener somatischer Daten, sondern auch um das Verstehen des Kranken und das Erfassen des Ausmaßes seines Leidens sowie um das Gewinnen von Vertrauen. Sinnzusammenhänge und Bedeutsamkeiten rücken damit in den Horizont des Arztes. Wir befinden uns also auch in der Medizin immer auf einem Terrain, das eher den Geisteswissenschaften zugerechnet wird: auf dem Gebiet der Hermeneutik, der Deutung von Sinnzusammenhängen. So sind im 20. Jahrhundert in bewußter Entgegensetzung zum von Rudolf Virchow maßgeblich formulierten naturwissenschaftlichen Vorgehen Medizinmodelle entwickelt worden, die den Menschen nicht nur als zu vermessendes Objekt wissenschaftlichen Forschens ansehen, sondern in seiner spezifischen Eigenart als soziales und kulturelles Wesen in den Blick nehmen. Gesundheit bestimmt sich in diesen Modellen demgemäß *nicht* mehr als *das Einhalten eines Normbereiches*, sondern wird an das je unterschiedlich bestimmte Wesen des Menschen gebunden.

### *Ganzheitliche Medizinmodelle*

Das erste Modell: Eine der originellsten medizinischen Lehren, die der ausschließlich naturwissenschaftlich begründeten Medizin entgegengesetzt wurden, ist die sogenannte *Medizinische Anthropologie* des Viktor von Weizsäcker, die der Neurologe in Zusammenarbeit mit Martin Buber (‘dialogisches Prinzip’) und unter dem Einfluß der Psychoanalyse Sigmund Freuds entwickelt hat.<sup>25</sup> Grundlegend für diese Medizinlehre ist die Auffas-

<sup>24</sup> Vgl. Norbert Krüger, Enrique Sanchez: *Tropenkrankheiten. Diagnostik, Therapie, Prävention*, Darmstadt 1995, 4 f.; Rudolf Groß, Markus Löffler: *Prinzipien der Medizin*, a. a. O. [20] 213-220, bes. 219.

<sup>25</sup> Für eine historische Einordnung des Werkes Viktor von Weizäckers und einer ausführlichen Bibliographie zum Thema siehe Herbert Csef: *Wege zu einem ganzheitlichen Verständnis des Kranken*, in: Hans Schaefer, Eckart Sturm (Hgg.): *Der kranke Mensch. Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt*, Patientenorientierte Allgemeinmedizin, Bd. 3, Berlin, Heidelberg 1986, 55-64.

sung, „daß die wesentliche Beschreibung der Medizin im Verhältnis von Arzt und Krankem enthalten sei“. <sup>26</sup> Ist der Kranke, als Erkenntnisgegenstand betrachtet, dem Arzte fern, so befindet er sich als Leidender, also als Patient, in einer Nähe, die bis zur Identifikation von Arzt und Patient führen kann. <sup>27</sup> Systematischer Ausdruck dieser Nähe ist der sogenannte ‚Gestaltkreis‘ <sup>28</sup>, der Arzt und Patient umschließt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis konstituiert somit gleichsam einen ‚bipersonellen‘ Menschen.

Diagnose und Therapie stellen sich nach von Weizsäcker auch nicht allein als eine Anwendung eines rein theoretischen Systems dar, sondern der therapeutische Fortschritt zeigt sich vor allem da, wo der Arzt gemeinsam mit dem Patienten seine Haltungen einer Umgestaltung preisgibt. <sup>29</sup> Die Aufgaben des Arztes erschöpfen sich also nicht in seiner Rolle als Fachmann: Der Arzt ist nie nur derjenige, der sein erworbenes Wissen zur Anwendung bringt, sondern er ist dem Kranken im besten Falle dabei behilflich oder besser: ermöglicht es ihm, wieder gesund zu werden und körperliches sowie seelisches Wohlbefinden zu erlangen. Die Krankheit, die sich im Patienten real ereignet, ‚verlängert‘ sich in den Arzt hinein. Theoretische Pathologie, diagnostische und therapeutische Reflexion sind nichts anderes als die „gedachte Wiederholung“ des Krankheitsgeschehens im Arzt. <sup>30</sup> Von Weizsäcker geht damit in der Beschreibung des Arzt-Patienten-Verhältnisses über die traditionelle paternalistische Konstellation hinaus. Es stehen sich nicht mehr nur Fachmann und Laie gegenüber, wobei der Patient allein den Anweisungen und Therapieanordnungen des Arztes Folge zu leisten hätte, um wieder zu genesen, sondern der Arzt steht mit dem Patienten zusammen in einer ‚partnerschaftlichen‘ Entscheidung dessen, was zur Genesung getan werden sollte. ‚Entscheidung‘ ist aber keine naturwissenschaftliche Kategorie mehr, sie setzt ein Subjekt bzw. Subjekte voraus, die diese Entscheidungen auch treffen können. Von Weizsäcker führt damit in die Medizin die Subjektivität und auch die Biographie als Bestimmungsmerkmal für Diagnose und Therapie ein. Gesundheit und Krankheit haben dann auch mit Wahrheit und Unwahrheit des Erkrankten – und meiner Meinung nach auch des Arztes <sup>31</sup> –, mit Lebenshaltungen, Reflexionstiefe, emotionaler bzw. rationaler Verarbei-

<sup>26</sup> Viktor von Weizsäcker: *Grundfragen Medizinischer Anthropologie* (1948), in: ders.: *Gesammelte Schriften*, Bd. 7, Frankfurt am Main 1987, 255-282, hier 255.

<sup>27</sup> Viktor von Weizsäcker: *Über medizinische Anthropologie* (1927), in: ders.: *Gesammelte Schriften*, Bd. 5, Frankfurt am Main 1987, 177-194, hier 193.

<sup>28</sup> Zum komplexen Begriff des Gestaltkreises, v. a. seine ‚antilogische‘ Struktur, vgl. Viktor von Weizsäcker: *Über medizinische Anthropologie*, a. a. O. [27] 177-194.

<sup>29</sup> Viktor von Weizsäcker: *Über medizinische Anthropologie*, a. a. O. [27] 188 f.

<sup>30</sup> Viktor von Weizsäcker: *Über medizinische Anthropologie*, a. a. O. [27] 192.

<sup>31</sup> Vgl. Viktor von Weizsäcker: *Umgang mit der Hysterie* (1950), in: ders.: *Gesammelte Schriften*, Bd. 6, Frankfurt am Main 1986, 465-476, hier 473.