

Integrierte Humanmedizin – Menschenbild, soziales Gehirn und interdisziplinäre Praxis

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Zieger
und Gastreferent/Innen

Einführung am 17.04.2007: Geschichte,
Modelle, Forschungsparadigmen, Ethik

www.a-zieger.de

SS 2007, CvO Universität Oldenburg

Begrüßung und Vorstellungsrunde

1. Warum bin ich in diese Veranstaltung gegangen?
2. Wer oder was hat mich aufmerksam gemacht?
3. Was erwarte/wünsche ich von der Veranstaltung?

Kommentar für ZWW

Die gegenwärtig in Gesundheits-, Bildungs- und Hochschulwesen sich vollziehende Durchökonomisierung führt auf der Ebene wissenschaftlicher Reflexion, Forschung und Lehre zu einer Vergegenwärtigung der jeweiligen Grundlagen, Standpunkte und Werthaltungen.

An der Oldenburger Universität ist keine Medizinische Fakultät vorhanden, von der regionale Impulse und inhaltliche Antworten auf die geistige und ökonomische Krise in Medizin und den benachbarten Humanwissenschaften wie Psychologie, Pädagogik, Sozialwissenschaften) gegeben werden könnten. Deshalb sehen sich Ärzte und Mediziner in der Region selbst vor Aufgabe gestellt, aus interdisziplinärer Sicht eigene Fragen an ihr Fachgebiet zu stellen und Antworten zu geben, unter Einbezug von Menschen, die Erfahrung mit Medizin am eigenen Leibe gemacht haben. Für eine integrierte Humanmedizin, die nicht zu einer biotechnisch orientierten Ingenieursmedizin (für die alles gut ist, was gemacht werden kann), verkommen will, steht die Frage nach dem handlungsleitenden Menschenbild, der zwischenmenschlichen Arzt-Patient-Beziehung (als Prototyp sozialer Interaktion in einer „Beziehungsmedizin“) wie nach einer erkenntnisgewinnenden Forschungsmethodik im Vordergrund.

Dies soll an einigen wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkten untersucht werden:

- (1) Schwerstkrankenmedizin, (2) Spirituelle Medizin, (3) Integrative Medizin, (4) „Menschenmedizin“ als gelebte Neuorientierung und (5) Neurologische Frührehabilitation mit künstlerischen Therapien und Selbsterfahrungsberichten.

Seminarplan

17.04. Einführung	Geschichte, Modelle, Forschungsparadigmen, Ethik	Zieger
Schwerstkrankenmedizin		
24.04. 1.)	Existenzielle Psychologie und Medizin (Tod, Sterben, Leben, Sinn)	Zieger
08.05. 2.)	Intensivmedizin und Schmerz	Simgen
15.05. 3.)	Gehirnchirurgie und Heilung	Meyer
22.05. 4.)	Palliativmedizin und Sterben	Simon
29.05. 5.)	Hirntod und Bewusstsein	Zieger
05.06. Spirituelle Medizin	- aus Sicht der Krankenhauseelsorge	Demetriades
12.06. Integrative Medizin	- medizinpsychologische und kulturelle Aspekte	Hannich/Greifswald
19.06. Menschenmedizin	- eine gelebte Neuorientierung in der Medizin.	
	Das Modell Affoltern	Hess/Hess-Cabalar/Affoltern (CH)
Neurorehabilitation		
26.06. 1.)	Neurologische Frührehabilitation	Zieger
03.07. 2.)	Künstlerische Therapien Musik – Kunst – Rekreation	Böseler/Harre
10.07. 3.)	Selbsterfahrungsberichte von Betroffenen und Angehörigen („Das Subjekt in die Medizin wieder einführen...“)	Binnemann/Wiefelstede
17.07. Reflexion und Abschluss		Zieger

Organisatorisches:

- Veranstaltungsbeginn s.t.!
- Anwesenheitsliste!
- Prüfungsleistungen („Schein“frage)?
 - „kleiner Schein“: ET + Reflektion (3-4 Seiten) *
 - „grosser Schein“: Wahlpflichtfach Psych: ET + Reflektion* mit Bezugnahme auf Modelle, Paradigmen oder Entwicklungstheorien des eigenen Fachgebietes
 - „sonstige Scheine“: nach Vereinbarung
- Exkursion?

*Reflektions-Fragen

1. Warum bin ich in diese Veranstaltung gegangen? Wer oder was hat mich aufmerksam gemacht?
2. Was habe ich erwartet?
3. Was habe ich erfahren/erlebt/gelernt?
4. Welche Bedeutung hat dies für mein Studium?
5. Welche Kritik/Verbesserungsvorschläge habe ich?

Einführung

- I. Humanmedizin
- II. Geschichte
- III. Modelle - Menschenbilder
- IV. Umgangs-, Erkenntnis- und Forschungsparadigmen
- V. Ethik
- VI. Fazit

I. Humanmedizin

- Auf den Menschen angewandte Medizin.
- Erfahrungen im Umgang mit Kranken wurden den praktischen Umgang (Handlungen) mit Kranken umgesetzt: Heilkunde.
- Wird von Ärzten umgesetzt, die erst vor 200 Jahren zu „Medizinern“ (als Wissenschaftler) wurden; im Altertum standen sie Priestern, im Mittelalter „Quacksalbern“, „Barbieren“ und „Chirurgen“ nahe.
- In der Moderne hat sich die Heilkunde als „Zeichenlehre“ herausgebildet (Semion, Symptom)
- Heute wird zwischen „Wissenschaftlicher Medizin“ und „Naturheilkunde“ unterschieden.

II. Geschichte

- Altertum, Hippokrates
- Mittelalter, Galen
- Neuzeit (Moderne)
- Romantik („subjektive Gegenbewegung“)
- Biotechnisch-naturwissenschaftlich reduzierte Medizin („Biomedizin“) vs biopsychosozial („ganzheitlich“) erweiterte Medizin („Beziehungsmedizin“)
- ICF (2001), Integrierte Medizin

Schwur der „naturwissenschaftlichen“ Mediziner

Bernhard Naunyn (1839-1925), Arzt (Internist und Krebsforscher). Von ihm stammt der Ausspruch (ca. 1909) in Ablehnung jeglicher „romantischen“, „vitalistischen“, „ganzheitlichen“ = „unwissenschaftlichen“ Medizin:

„Brücke (ein einflußreicher Internist, A.Z.) und ich, wir haben uns geschworen, Medizin muss Naturwissenschaft sein, oder sie wird nicht sein.“

Zusammen mit dem Pharmakologen Schmiedeberg und dem Pathologen Klebs gründete er 1873 das "Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie", Leipzig, später Berlin 1873ff., die erste deutsche Fachzeitschrift der Pharmakologie als einer selbständigen experimentellen Wissenschaft.

Folgen bis heute

- Spezialisierung/Arbeitsteilung: Organ- oder Funktionsmedizin
- Organ- („Körpermedizin“) statt Personorientierung
- Verdinglichung (Institution, Klinik)
- Sachbezogenheit (Klassifikation, Nummer, Rechengröße)
- „Vertreibung“ des Subjektiven (Seele) und Subjekts (Individuum) aus der medizinischen Wissenschaft
- High-Tech, ingenieursmedizinische Orientierung = „Biotechnische Medizin“
- Mangelnde Berücksichtigung von Biographie, Kultur, Psychologie, der Leiblichkeit und des Sozialen
- Biomedizin, Bioethik, Biomacht, Biopolitik

III. Modelle - Menschenbilder

- Modelle sind Bilder/Abbilder bzw. Abstraktionen der Wirklichkeit
- Sie reduzieren Menschsein auf eine Formel der begrifflichen oder rechnerischen Erfassung/Manipulation
- Das Verständnis von „Menschsein“ schließt jedoch neben Vernunft (Ratio, Ethik) auch Gefühle (Emotion, Empathie, Moral, Ästhetik) mit ein: Kunst (Musik, Poesie, Gestaltung, Rekreation, Erotik...)

Menschenbild der „Biomedizin“

Maschinenmodell: Körper als Maschine, messbar, nutzt sich ab, verbraucht sich, reproduzierbar/reparierbar oder „Schrott“

- Ingenieursmedizinisches Verständnis
- Verdinglicht, verfüg- und manipulierbar
- Diagnose, Nummer, Objekt
- Defektpathologische Orientierung: „Schadensmodell“
- Seele/Bewusstsein/Geist (ein Subjekt) gibt es nicht

Folgen (1)

„Biomedizin“ mit ihrer Legitimationsgehilfin „Bioethik“ buchstabiert das menschliche Leben neu: vom Anfang bis zum Ende.

- Prä- und Perinatalmedizin = Leben machen
- High-Tech-Medizin = Leben erhalten und verbessern (um jeden Preis?)
- Transplantationsmedizin = Leben schenken? Sehnsucht nach Unsterblichkeit? Ewiges Leben?
- Behinderung, Sterben und Tod als bekämpfenswerter „Störfall“?
- Pflegefälle als „Ausschussware“?

Folgen (2)

„Medizinisch-industrieller Komplex“

(= Interessenlobby, Netzwerke)

- Pharmazeutische Industrie
- Gerätetechnische Industrie
- Hilfsmittelindustrie
- Apotheken, Labors, Versandhäuser
- Krankenversicherungen
- Ärztevereinigungen, Interessenverbände
- Patientenverbände
- Behörden, Ministerien, Gesetzgebung

Paradigmawandel (1)

Engel (1962):

- Biopsychosoziales Modell
- Gesundheit und Krankheit als multi-
ätiologisches und multi-faktorielles
Geschehen
- Entwicklung, Prozesse, Dynamik

Lurija (1963), Sacks (1990):

- Romantische Wissenschaft
- subjektorientierte, narrative Medizin
- Krankengeschichten

Paradigmawandel (2)

Holistisches, mehrdimensionales Menschenbild:

- Somato-psycho-soziales Wesen
- Was kennzeichnet die Übergänge zwischen den Ebenen?
- Entwicklung, Förderung, lebenslanges Lernen
- Funktion, Funktionelle Systeme, Systemdynamik
- Interaktion und Kommunikation
- Beziehung und Bindung, Ethik und Moral
- Gehirn als „Soziales Organ“

Paradigmawandel (3)

Ulrich (1997): Biomedizin - Die folgenschweren Wandlungen des Biologiebegriffs:

- Leben entzündet sich selbst aktiv („Subjekt“) und ist nicht einfach nur passiv reizbar („Objekt“).
- Organismen reagieren nicht auf chemische oder physikalische Reize, sondern antworten auf Zeichen (Sinn, Bedeutung)
- Leben ist in seinen Anfängen somatisch, psychisch und sozial: „verletzlich“, „ganzheitlich“, „integriert“.

Menschenbild der „Beziehungsmedizin“

Viktor von Weizsäcker (1886-1957), Mitbegründer der „Anthropologischen Medizin“:

„Das Subjekt wieder einführen.“

„Medizin ist eine Weise, miteinander umzugehen.“ (Funktionskreis-Modell)

Thure von Uexküll (1908-2004), Begründer der „Beziehungsmedizin“ als „Integrierte Medizin“:

Gegen Zweiteilung der Medizin in eine „Medizin der Körper ohne Seelen und eine Medizin der Seelen ohne Körper.“ (Situationskreis-Modell)

- Nach seiner Berufung an die Reformuniversität Ulm auf den Lehrstuhl für Innere Medizin und Psychosomatik im Jahr 1966 machte er sich dort an eine Reform des Medizinstudiums, die z.B. durch die Integration von Fächern wie Psychologie oder Soziologie bis in die Gegenwart Spuren hinterließ:
- z.B. in der Reform der Ärztlichen Approbationsordnung von 1977 und von 2003 (Psychosozialer Fächer, POL, POP).

Dörner (2001), Mitbegründer einer „Kritischen Medizin“, Autor von „Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung“:

„Medizin als Handlungs- und Erfahrungswissenschaft.“

Zieger (1999), unter Rückgriff auf von Weizsäcker, Uexküll, Dörner und Jantzen:

„Körpernaher Dialogaufbau als Prototyp einer ‚Beziehungsmedizin‘.“

Menschenmögliche Medizinformen

Biomedizin

- fokussiert auf den Körper
- einzelner Mensch isoliert
- ohne Biographie und subjektives Erleben ff.

Beziehungsmedizin

- bezieht Psychisches und Soziales mit ein
- einzelner Mensch in Bezugssystemen
- betont Biographie und individuelles Erleben ff.

- handelt defekt-orientiert und organ-bezogen
- Reparatur oder Störungsausgleich
- Ziel = Heilung
- medizinische Prognose
- Bioethik

- handelt entwicklungs- und aktivitätsbezogen
- Förderung von Autonomie-Entwicklung
- Ziel = Wohlergehen
- soziale Perspektive
- Beziehungsethik

Integration/Synopsis?

(vgl. Dörner 2001; Zieger 1999)

Integriertes Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

1980 ICIDH: International Classification of Impairment, Disability and Handicap

Paradigmawandel

2001 ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health
Impairment, Activity and Participation

Einheitliches, vergleichbares und weltweites Klassifikations- und Forschungsinstrumentarium

IV. Umgangs-, Erkenntnis- und Forschungsparadigmen

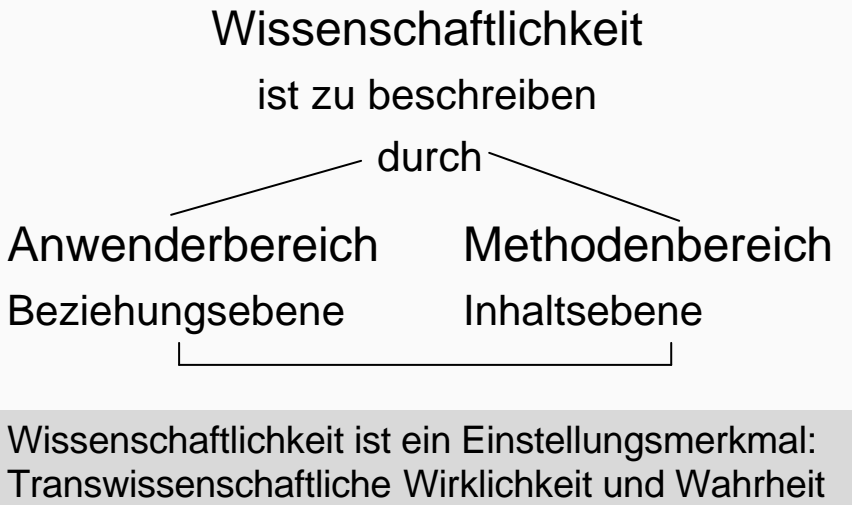
Instrumente des „klassischen“ Arztes:

- Anamnese der Beschwerden (subjektive Klagen)
- Beobachtung, Zuhören, Spüren, Riechen
- Sinnhaftes Erfassen von Zeichen und deren Deutung
- Geistige Reflexion: „Sich ein Bild machen“
- Besprechung, Beratung, „Verordnungen“
- Handauflegen („Spüren“), Manipulation, Intervention: Säfte, Heilmittel, Schneiden
- Krankengeschichte (Narration), Hypothesen

Instrumente des „modernen“ Mediziners:

- (Anamnese)
- Beobachtung, Untersuchung, Messung
- Technische Geräte statt eigene Sinne
- Der Laborwert ist die Krankheit (Verlust von Indizienbeweis und Deutungsfähigkeit Semiotik und Hermeneutik)
- Subjektives Beschwerden, Klagen und Leiden sind Begleiterscheinung einer Krankheit (Verlust des Sich-Erschließens des Krankseins des anderen - Empathie)
- Vorrang von Medikation und Eingriff
- Kausalität, Beweis, Gruppenstatistik, Evidenzorientierung

Medizin als Wissenschaft (Hahn 1988)



Grundzüge einer zeitgemäßen Krankheitslehre/Pathologie

(Doerr 1979, Pieringer 2001)

Wissenschaftstheoretische Erweiterung und Zusammenschau der Erkenntnistheorien

- Dialektische Erkenntnismethode
- Phänomenologische Erkenntnismethode
- Empirisch-analytische Erkenntnismethode
- Hermeneutische Erkenntnismethode

als primäre Erkenntnismethoden.

Erkenntnismethoden und Sachbezug

Erkenntnis- methode

- Dialektik
- Phänomenologie
- Empirisch-analytische EM
- Hermeneutische EM

Dimensionen des (Krank-)Seins

- Existenz Sinn
- Struktur Wert
- Konstitution Arbeit
- Funktion Spiel

Die Hermeneutik ist philosophiegeschichtlich und wissenschaftstheoretisch der spezifisch wissenschaftliche Weg der Zusammenschau der drei vorher genannten EM.

Krankheitsdifferenzierung einer Theoretischen Pathologie

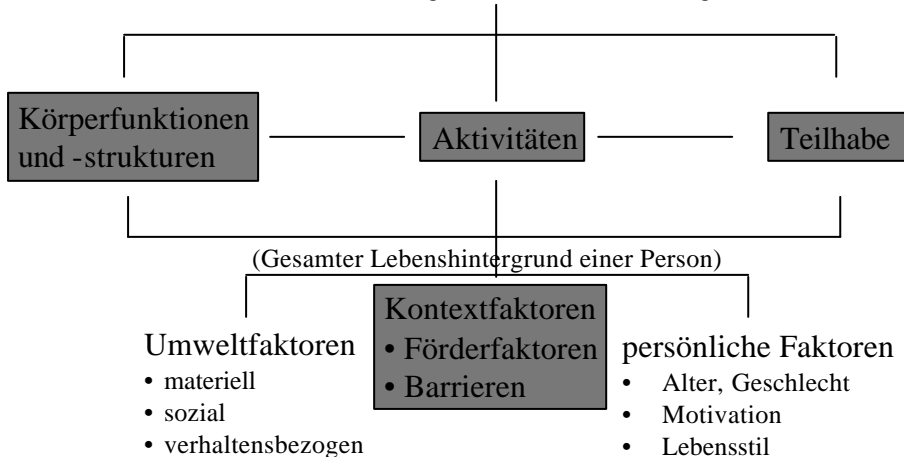
Objektebene / Subj. Verantwortungsbereich

- Existenzielle Erkrankungen (z.B. Koma):
 Ästhetik und persönlicher Sinn
- Strukturelle Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt):
 Ethik und persönlicher Wert
- Konstitutionelle Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck):
 Ökonomie und persönliche Arbeit
- Funktionelle Erkrankungen (Funkt. Herzsyndrom)
 Erotik und persönliche Rolle

Krankheit als obj. Regelkreisstörung wie als subj. Zeichen des persönlichen Gestaltens der zeitlosen Themen der Kultur.

WHO-Konzept ICF (2001)

Gesundheitsproblem einer Person
(Gesundheitsstörung, Krankheit, Behinderung)



Evidenzbasierte Medizin

Evidenz (lat. evidentiā = Augenscheinlichkeit) meint umgangssprachlich: Offenkundigkeit, völlige Klarheit.

Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin): *Der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten (Sacks 1996).*

Im Kontext der Evidenzbasierten Medizin (engl. Evidence = Aussage, Zeugnis, Beweis; Ergebnis, Beleg): Bezieht sich auf die Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen.

Starke und schwache Evidenz (Evidenzklassen)

Evidenzklassen (vgl. AWMF)

Klasse		Anforderungen an die Studien
I	Ia	Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit randomisierter, kontrollierter Studien (ev. mit Metaanalyse)
	Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer hoch qualitativen randomisierten, kontrollierten Studie
II	IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
	IIb	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III		Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien
IV		Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten

V. Ethik

- Ethik als Reflektion auf Moral = Lehre vom guten Umgang unter Menschen
- Gewissen = Bewusstsein vom guten Handeln, welches Bedeutung für andere hat
- Sinnvolles Sein als Grund der Ethik
- Der Sinn meines Lebens ist, anderes (schwaches, krankes, benachteiligtes, sterbendes) Leben zu fördern!
- Ethische Grundhaltung muss geübt werden
- Lernen von der Vielfalt menschenmöglicher Seinsweisen

Eid des Hippokrates

460-377 v. Chr.



„Ich schwöre..., dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde ...

Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken...,

hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde...;

auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben...

Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren...“

Genfer Deklaration

Weltärztebund vom 2. Sept. 1948

Ich gelobe feierlich,

mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen;

... meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben;

... die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein;

... die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren;

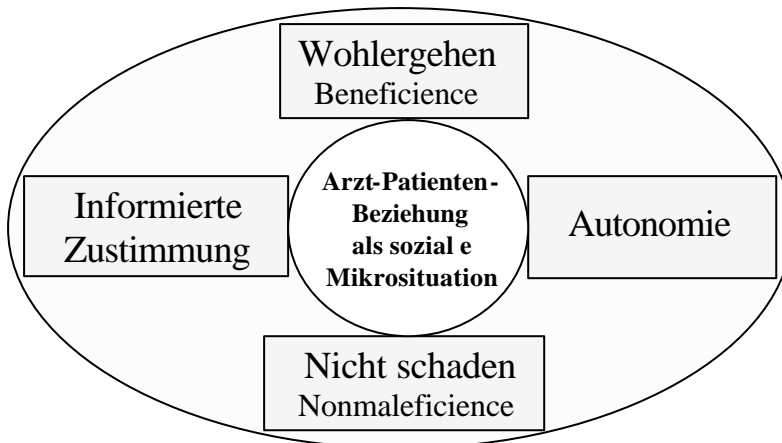
... mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, oder soziale Stellung;

... jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegen zu bringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden ...

Nürnberger Ärztekodex 1947; 1997

- Individuelle Bindung der Medizin
(Problem heute: Zuordnung des einzelnen Patienten zu Fallgruppen, ICDs, DRGs)
- Keine Menschenversuche; nur wenn *eigennützlich*:
(Problem heute: „Gruppennützigkeit“?)
- Informierte Zustimmung/Einwilligung:
Willensautonomie vs. Essenzielle Autonomie (als „natürlicher Wille“):
(Problem heute: „Patientenverfügung“ als zeitgemäße Lösung der Umsetzung des Patientenwillens?)

Medizinethische Prinzipien



(modifiziert von Beauchamp & Childress 1994; Vollmann 2000)

Willensautonomie (z.B. Heilung)

- „Ich will leben, ich will sterben“ etc.
- Patientenwillen, -erklärung, -verfügung

Essenzielle Autonomie (z.B. Wohlsein):

- „Salus, non voluntas aegroti suprema lex.“
- Nicht der Chirurg, sondern der Körper (Leib und seine Weisheit) heilt alle Wunden.
- Nonverbale Körpersprache: Kleine vegetative Zeichen und körperliche Reaktionen: mehrdeutig, interpretationsbedürftig
- Verantwortung/Fürsorge des anderen (Arzt, Mitmensch)

Menschenmögliche Ethikformen

„Bioethik“

- Rationalität (Vernunft)
Interessen
- Mensch als autonome
„Person“
- Wert/Nützlichkeit
- Markt/Interaktion
- Individuum als Objekt
mit quantifizierbarer
Prognose

„Beziehungsethik“

- Verstand, Bedürfnisse
- Menschsein vom
Anderen (Gattung)
- Wert/Würde/Beziehung
- Begegnung/Dialog
- Individuum als Subjekt
mit qualifizierbarer
Perspektive

Integrierte Ethik (als Theorie des praktisch-moralischen Umgangs unter Menschen)

- Sollen und Wollen
- Müssen und Lassen
- Messen / Befunden und Beobachten (Spüren) / Befinden (Interpretieren)
- Autonomie (Willen, Einverständnis) und Heteronomie (Fürsorge, Achtsamkeit)
- Quantitatives und qualitatives Forschen
- Starke (Experiment, Beweis) und schwache Evidenz (Narrativ, Hypothese)

VI. Fazit

- Komplementäre und/oder integrierte Sichtweise
- Selbst die Diagnose/Seinsweise einer schweren Bewusstseinsbeeinträchtigung setzt für Entwicklung und humane Begegnungen per se keine Grenzen
- Jede Seinsweise in ihrer individuellen Lebensform ist sinnvoll und lebenswert – unabhängig vom Gesund- oder Kranksein
- Entscheidend ist die „Kultur der Medizin“!

Rahmenbedingungen für das Studium/ Curriculum einer Integrierten Medizin

Ziel/Vordergrund:

- Kompetenzen medizinischer, psychologischer, sozialer und ökonomischer Art
- Primärärztliche Versorgung (Hausarztmodell)
- Integration bislang unverbundener Fächer
- Einübung von Fertigkeiten (Kommunikation)
- Vermittlung von Einstellungen und Grundhaltungen (Gewissen, Achtsamkeit)

Epilog



„Der Mensch ist Mensch,
weil er lacht und lebt,
weil er hofft und liebt,
weil er erinnert und vergibt ...“

Herbert Grönemeyer 2002

