

Unkonventionelle Therapien: Pharmakologische Alternativen oder alternative Systeme?

Dr. Herbert W. Kappauf

5. Medizinische Klinik, Klinikum der Stadt Nürnberg/Deutschland

Mit der Diagnose «verhandeln» Patient und Therapeut gleichsam einen Aufmerksamkeitsfokus für die weitere Behandlung. Die Therapeut-Patient-Interaktion als funktionelle Einheit sollte bei der Untersuchung unkonventioneller Behandlungsmethoden genauso viel Aufmerksamkeit bekommen wie die jeweiligen pharmakologischen Substanzen.

Fast 100 Jahre nach PARACELsus überreichte der geniale RENÉ DESCARTES seine *Meditationes de prima philosophia* den Gelehrten der theologischen Fakultät der Sorbonne und bemerkte in seiner Widmung, dass «die darin enthaltenen Gründe für die Existenz Gottes und die Verschiedenheit von Seele und Leib bis zu einer Klarheit gebracht sind, dass man sie für durchaus zwingende Beweise halten muss. ... so zweifle ich nicht, dass alle Irrtümer die je über diese Fragen bestanden haben, bald aus den Köpfen der Menschen verschwinden werden ... und es wird niemand mehr auf der Welt geben, der es wagte, die Existenz Gottes oder die substantielle Verschiedenheit des menschlichen Geistes vom Körper in Zweifel zu ziehen».

Daran möchte ich erinnern, gerade weil die Auseinandersetzung von Schulmedizin und unkonventioneller Medizin von der Öffentlichkeit häufig als Glaubenskrieg - zwischen so benannter «orthodoxer» und «unorthodoxer» Medizin - betrachtet wird. Andererseits wird auch von unserer *Nürnberger Arbeitsgruppe* [für biologische Krebstherapie] argumentiert, unkonventionelles medizinisches Handeln sei einer wissenschaftlichen Evaluation zugänglich. Schnell entsteht hier wie oben bei DESCARTES das Missverständnis, dass ein Problem allein auf einer kognitiven Ebene zu lösen sei und somit ein mehr oder weniger offizielles Prüfsiegel einer unvoreingenommenen rationalen Analyse unkonventionelle Behandlungsmassnahmen legitimieren oder zum Verschwinden bringen könne.

Unkonventionelle Medizin in der Gegenüberstellung zur Schulmedizin impliziert, dass Konventionen, also gängige Regeln des Denkens und Handelns, der Schulmedizin verletzt werden. Es handelt sich nicht um eine *Inhaltsdefinition*, sondern um eine *Beziehungsdefinition*, schon daran ersichtlich, dass sich sowohl schulmedizinische als auch unkonventionelle Inhalte und Konzepte durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse, aber auch zeitgeistabhängig ändern und selbst

in Ländern mit gleicher Schulmedizin dazu «alternativ» sehr unterschiedliche unkonventionelle Methoden und Konzepte dominieren. PARACELUSUS war mit seinen Behandlungskonzepten zu seiner Zeit unkonventionell, später teilweise über Jahrhunderte ein fester Bestandteil der Schulmedizin, während sich in unserer Zeit wieder verschiedene unkonventionelle Therapieansätze auf ihn berufen. Eine Diskussion über unkonventionelle Medizin wird nur dann ergiebig, wenn die «Konventionen» definiert werden, die Heilkunde zur Schulmedizin machen. Neben formalen und institutionellen Kriterien wird inhaltlich zur Definition der Schulmedizin die wissenschaftliche und hier vor allem naturwissenschaftliche Fundierung angeführt. Die medizinische Praxis beschäftigt sich aber in wesentlichen Bereichen mit Subjektivität: Schon Grundbegriffe wie Gesundheit, Krankheit, Lebensqualität beinhalten subjektive Wertungen und lassen sich zwar wissenschaftlich, aber keineswegs allein naturwissenschaftlich bearbeiten. Im Gegensatz zu der gängigen suggestiven Bezeichnung «harte Daten» stufte bereits der Meister des neuzeitlichen Empirismus, DAVID HUME, naturwissenschaftliche Lehrmeinungen als «Glaube» («beliefs») ein, als zwar begründete Erkenntnisse, die aber auch bei subtilster Induktion nur Wahrscheinlichkeitscharakter besäßen. Damit schliesst sich gleichsam wieder der Bogen zu DESCARTES, indem die in der Auseinandersetzung mit unkonventioneller Medizin häufige Gegenüberstellung von Wissenschaft und Glaube in Frage gestellt wird.

Diese Ausführungen sollen einen wichtigen Tatbestand herausstellen: Jede schul- oder alternativmedizinische Behandlungspraxis basiert auf einem – selten reflektierten – Paradigma, mit dem Beschwerden und Befunde erklärt und von dem dementsprechend Be-Handlungsanweisungen abgeleitet werden. Die implizite Theorie mit ihren begründeten oder apriorischen Glaubenssätzen bestimmt gleichzeitig den Aufmerksamkeitsfokus für den Bereich der klinischen Praxis, in dem Erfahrungen zugelassen, also Beobachtungen gemacht werden, die erklärt werden sollen.

Genauso haben aber auch Patienten eigene Krankheitstheorien, mit denen sie sich ihre Beschwerden erklären und die somit ihr Krankheitsverhalten beeinflussen. Diese subjektiven Krankheitstheorien werden einerseits durch die vorherrschenden Konzepte konventioneller und unkonventioneller Medizin beeinflusst, noch mehr aber durch Lebenseinstellungen und eine erlebte medizinische Praxis bestimmt. Eine tragfähige Arzt/Therapeut-Patient-Beziehung kommt nur zustande, wenn die gegenseitigen Krankheitsparadigmen zumindest in wesentlichen Teilen übereinstimmen oder kompatibel sind. Mit der Diagnose und ihrem implizierten Erklärungsmodell «verhandeln» Patient und Therapeut gleichsam einen Aufmerksamkeitsfokus für Beobachtungen in der weiteren Behandlung, z. B. sogenannter Immunstatus, Übersäuerung, Toxine, sogenannte

Tumormarker, «negative» Gefühle, «Blockaden des Energiestroms» und somit Remissionskriterien (Heilung im Sinne von: einen Sinn für das weitere Leben finden, einen postulierten Auslösekonflikt lösen, Normalisierung eines Bluttestes, Verschwinden eines Tumorschattens im Röntgenbild, «Normalisierung» einer Übersäuerung, Entgiftung usw.).

Diagnose und Behandlung müssen somit als sozialer Prozess und als kulturelle Konstruktion von Wirklichkeit auf dem Boden der Therapeut-Patient-Beziehung aufgefasst werden. Auf dieser Ebene sind objektive Befunde, wie beispielsweise die Grösse einer Metastase, nicht relevant, sondern lediglich die jeweiligen *Interpretationen* dieser Befunde durch Therapeuten und Patienten. Die numerische Grössenzunahme eines Tumorknotens oder tumorbedingte Schmerzen können hier als bedauerliche Befundprogredienz gedeutet werden, genauso aber auch als «Tumorschwellung», die ein erster Hinweis sei für die immunologische Tumorabwehr mit entsprechender schmerzhafter, aber heilsamer «Entzündungsreaktion». Diese Ausführungen erklären auch die häufige Diskrepanz zwischen einer «objektiven» Krankheitsprogredienz und den von Therapeuten und/oder Patienten behaupteten günstigen Wirkungen einer Behandlungsmassnahme. Diese Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiver Befindlichkeitseinschätzung ist aus ethnomedizinischen Untersuchungen von traditionellen Medizinsystemen weitläufig bekannt.

Die Entscheidung eines Kranken für eine unkonventionelle Behandlung anstelle, gleichzeitig mit oder nach einer konventionellen Behandlung findet eher selten auf der Ebene von kognitiver Information statt. Diese Entscheidung ist vielmehr stets auch ein Teil seines Krankheitsverhaltens, seiner Auseinandersetzung mit einer bedrohlichen Realität, also seines «Copings». Hier spielen eigene und familiäre Sozialisationsmuster, Vorerfahrungen mit Krankheit, Lebenskrisen und medizinischen Einrichtungen eine prägende Rolle. Affektive Assoziationen «sachlicher» Information führen hier nicht selten zu «irrationalen» Verhaltensweisen sowohl von Patienten als auch von Therapeuten unterschiedlicher Ausrichtung. Begriffe wie *Krebs*, *Chemotherapie*, *Bestrahlung*, *biologisch*, *natürlich* lösen fast regelmässig unterschiedliche, stark affektiv geladene Assoziationen aus, die sich durchaus diametral zur affektiven Information ihrer Attribute verhalten können, wie das streng «biologische» *Cortison* oder der «natürliche» *Tod* verdeutlichen.

Gerade weil sich unkonventionelle Medizin nicht nur als Ergänzung, sondern manchmal als «Alternativ»Medizin versteht, lässt sie sich ohne gleichzeitige Reflexion der konventionellen Praxis nicht sinnvoll untersuchen. Bei der unkonventionellen Medizin handelt es sich eben nicht um eine Inhaltsdefinition, sondern um eine Beziehungsdefinition. In bezug auf eine variable Grösse *kon-*

ventionelle Medizin ist hier eine eindeutige und endgültige Abgrenzung nicht möglich. Notwendig für eine Evaluation ist es deshalb, z. B. das Kriterium *Nutzen für den Patienten* zu diskutieren und zu klarifizieren. Somit darf sich die Evaluation nicht nur auf die Untersuchung einer pharmakologischen Wirkung oder Wirksamkeit einer «unkonventionellen» Substanz beziehen, sondern es muss auch die Bedeutung dieser Substanz oder einer instrumenellen Methode in der therapeutischen Beziehung und der dort zwischen Therapeut und Patient stattfindenden Konstruktion einer gemeinsamen Diagnose- und Behandlungsrealität betrachtet werden.

Somit sollte bei der Untersuchung unkonventioneller Behandlungsmethoden die Therapeut-Patient-Interaktion als funktionelle Einheit genauso viel Aufmerksamkeit bekommen wie die jeweiligen pharmakologischen Substanzen oder instrumentellen Behandlungen, die Teil dieser Interaktion sind. Da aber Funktionalität stets zweckgerichtet ist, also auf teleologischen Implikationen basiert, läuft diese Analyse ohne ethische Kriterien ins Leere. Mein Beitrag schliesst somit wieder bei DESCARTES und seinem Dilemma von wissenschaftlichem Rationalismus und apriorisch Eingebachtem.

Weiterführende Literatur

KAPPAUF HW, GALLMEIER WM. Onkologische „Alternativmedizin“. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1989; 131: 618 - 622