

Heinz Spranger

**Medizinnahe Förderung von Gesundheitsressourcen –
Salutogenese in der stationären Westlichen Medizin und Pflege**

Position paper

*Akademie für Medizinnahe Bildung / Bildungswerk Wolfsburg
AKADEMEDICUM
Langfassung des Einführungsreferates*

Institut für Nachhaltige Gesundheitswissenschaften AG Osnabrück VR 150239 Online-campus Büro D-26906 Dersum

Heinz Spranger

Medizinnahe Förderung von Gesundheitsressourcen – Salutogenese in der stationären Westlichen Medizin und Pflege

Abstract

Eine stationäre Behandlung ist eine medizinische Maßnahme, um die Heilung eines Patienten von seinem Leidensgrad zu gewährleisten, seinen Gesundheitszustand zu verbessern oder einer möglichen Verschlechterung seines Zustandes vorzubeugen. Bei der stationären Behandlung erfolgt ein Aufenthalt des Patienten in einem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung.

Die stationäre Behandlung wird in der Regel aber erst dann angeordnet, wenn durch ambulante Behandlungen oder häusliche Krankenpflege nicht der gewünschte Heilungserfolg erzielt werden konnte. Heilungsphasen können eingeleitet werden. Prinzipiell hat der Patient den Vorsatz zu verinnerlichen, Stufen zum Gesundsein selbst zu bestimmen, also sich der Phasen von Gesundung bewusst zu werden. Die dafür notwendigen Informationen bezieht er von seinen ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberuflern.

Medizinnahe Berufe haben einen wesentlichen Anteil am Gelingen der Gesundung. **Zum Medizinnahen gehören Heilberufler, pflegende und helfende Berufe.** Sie sind nicht nur an der Gesundung von Kranken und Behinderten, sondern auch an deren Weg in Rehabilitation und weiterer Prävention beteiligt.

Die Lehre der westlichen Medizin wird vielfach als „Schulmedizin“ dargestellt und im scheinbaren Gegensatz zur östlichen Medizin mit deren hauptsächlich Vertretern in China, Tibet, Indien und Japan gesehen. Populärwissenschaftlich vereinfachend ist jedes Wissenssystem „zu lehren“, ob in der Logik oder in der Empirie. Die Behauptung, östliche Medizin würde vornehmlich ‚natürlich Körper und Seele stärken‘, während westliche Medizin isoliere und bekämpfe, ist häufig vertreten. In der heutigen Zeit findet aber eine Rückbesinnung auf die Wurzeln der Medizin statt. Dabei wird deutlich, dass das Wissen globalen Austausch erzwingt. Dadurch kommt es zu wichtigen Integrationen unterschiedlicher Ganzheit von Maßnahmen der Befunderhebung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Prognostik und Rehabilitation.

Heute hilft der westlichen Medizin die Förderung von Gesundheitsressourcen nach dem Konzept der **bio-, psycho- sozialen Salutogenese.** Sie stellt an die medizinnahen Berufe erfüllbare Anforderungen, dieses Modell der innigen Kontaktgestaltung innerhalb der „aura curae“ zu realisieren. Leitgedanken sind die Aufbereitung von den für das Individuum aktuellen Informationen und eine **zielgerichtete Zuwendung**, mit der die Bereitschaft zum stetigen pflegenden und helfenden Service innerhalb der Partnerschaftlichkeit zwischen Heilberuflern und Klienten / Patienten signalisiert wird. Die moderne funktionelle Hirnforschung hat gezeigt, dass im Zentral-Nerven-System befindliche Strukturen positive Übertragungsmechanismen zum **emotionalen Konditionieren** führen. Ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufler sollten ihre eigene „aura curae“ um sich herum durch die Summation von Erkennungssignalen verdichten. Dies scheint vorrangig wichtig, angesichts des nur ausschließlich verständnisgerechten Übertragens von rationalen Informationen an Klienten und Patienten.

Institut für Nachhaltige Gesundheitswissenschaften AG Osnabrück VR 150239 Online-campus Büro D-26906 Dersum

Heinz Spranger

Medizinnaher Förderung von Gesundheitsressourcen – Salutogenese in der stationären Westlichen Medizin und Pflege

Stellenwert dieser Projektarbeit:

Medizinnaher Anteil des bio-, psychosozialen Konzeptes der Salutogenese in der stationären Pflege

Lehr- und Lernziel:

Diese Projektarbeit führt den Studierenden aus dem medizinnahen Bereich in das Verständnis der Salutogenese über Grundbedingungen der konventionellen und auch der integrativen Medizin. Modell-Grundlage ist der stationäre Aufenthalt und damit die Öffnung des Funktionsraumes zwischen Therapeuten und Patienten.

Schlüsselbegriffe

- a) Geschichte der stationären Versorgung
- b) Merksätze der Salutogenese
- c) Aufenthalt der Patienten in der Kontaktsphäre ‚Station‘
- d) Gesundheitsverständnis aus dem theoretischen Ansatz
- e) Aspekte der Integration medizinnaher Leistungen
- f) Übertragung – Gegenübertragung
- g) Funktionsraum zwischen Heilberuflern und Gesunden
- h) Ritualisierung
- j) Kommunikationsmodelle in der Anwendung bio-medizinischer Placebos
- k) Grundsätze der Emotionalen Intelligenz des Heilberuflers
- l) Das Geheimnis der Hilfe- und Pflegezuwendung

Von einem stationären Aufenthalt wird gesprochen, wenn die Klienten / Patienten vor und nach einer Operation im Krankenhaus für mindestens eine Nacht bleiben. Dies ist der Fall bei größeren operativen Eingriffen oder wenn aufgrund fehlender Betreuung zu Hause kein ambulanter Eingriff bzw. keine andere medizinische Anwendung durchgeführt werden kann. Eine stationäre Behandlung ist eine medizinische Maßnahme, um die Heilung eines Patienten von seinem Leidensgrad zu gewährleisten, seinen Gesundheitszustand zu verbessern oder einer möglichen Verschlechterung seines Zustandes vorzubeugen. Bei der stationären Behandlung erfolgt ein Aufenthalt des Patienten in einem Krankenhaus oder einer anderen medizinischen Einrichtung. Aus dieser Logik heraus, gemeinsam mit der ärztlichen Indikation, bemisst sich die reale Aufenthaltszeit. Die stationäre Behandlung wird in der Regel aber erst dann angeordnet, wenn durch ambulante Behandlungen oder häusliche Krankenpflege nicht der gewünschte Heilungserfolg erzielt werden konnte.

Inhaltsverzeichnis

	Seiten
i) Abstract	2
ii) Schlüsselbegriffe	3
iii) Inhalt	4
iv) Einführung	5
v) Schrifttum	35
vi) Korrespondenzadresse	36
a) Details zur Geschichte der stationären Pflege	5
b) Merksätze der Salutogenese	11
c) Aufenthalt der Patienten in der Kontaktsphäre „Station“	14
d) Theoretischer Ansatz des Gesundheitsverständnisses	15
e) Aspekte der Integration medizinnaher Leistungen	17
f) Übertragung – Gegenübertragung	21
g) Funktionsraum Heilberufler – Gesundende	22
h) Ritualisierung	24
j) Kommunikationsmodelle in der Anwendung bio-medizinischer Placebos	25
k) Grundsätze der Emotionalen Intelligenz	30
l) Das Geheimnis der Hilfe- und Pflegezuwendung	33

Einführung

a) Details zur Geschichte der stationären Westlichen Medizin und Pflege [Kritische Kommentierung aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie, und weiteren Zitaten 1, 2, 3]:

Medizingeschichte ist so alt wie die Menschheit. Das ist in der Gestaltung von humanen nomadischen Leben begründet und kommt von dem Instinkt oder Wunsch nach erfolgreichem Ziehen mit der Gruppe gemeinsam. Ist ein Mitglied der Gruppe nicht bei Gesundheit, hindert es die gesamte Gruppe am Weiterziehen. Die Gruppe muss demnach Hilfe und Pflege leisten, um im Nomadentum als Gruppe zu bestehen und voran zu kommen. Mit der Sesshaftigkeit von menschlichen Gemeinschaften wurde dieser Druck auf Alle noch größer. Dabei kommen hygienische Gründe ins Spiel. Erfahrung muss gelehrt haben, dass Stoffwechselkonzentrationen des Omnivoren ‚Mensch‘ Ansteckungen um ihn herum begünstigen. Leiden und Siechtum liegen beieinander und verlangen nach der Sorge um die an der aktiven Gemeinschaft Gehinderten.

Deshalb wurde persönliche Hygiene der Gruppenmitglieder eingefordert. Das erste überlieferte ‚Rezept Seife‘ stammt aus der Zeit um 2500 v. Chr. Man fand dieses in Tello, einer kleinen Stadt in Mesopotamien. Auf einer sumerischen Tonschiefertafel waren folgende Portionsangaben für die Seifenherstellung in Keilschrift eingeritzt: 1 Liter Öl und die fünfeinhalbfache Portion Pottasche. Pottasche kommt aus der Asche einer Pflanze, die reich an kohlenstoffhaltigem Kalium war. Beispielsweise gewann man sie damals aus verbrannten Dattelpalmen und Tannenzapfen. Als eigentlich waschwirksame Substanz bildet sich unter anderem Kaliumcarbonat. Das Alkali unterstützte durch Quellen der cellulosischen Fasern unter Abheben des Schmutzes den Waschprozess gut. Die Befunde über die Sumerer sind wichtig, da hier einerseits zum ersten Mal von einer gezielt vom Menschen durchgeführten chemischen Reaktion berichtet wird und andererseits der erste Hinweis für den Gebrauch der Seife als Reinigungsmittel mit medizinischem Einsatz erbracht wird.

Methoden der Grobreinigung demonstrieren ägyptische Wandbilder. Die Bilder zeigen, wie Sklaven Wäschestücke mit Keulen schlagen, um sie zu reinigen. Als fein reinigend und waschwirksam erkannten die Ägypter zusätzlich Soda, das in der Wüste als Mineral, z.B. in ausgetrockneten Salzseen oder als Bodenkruste, gefunden wurde. Soda entsteht aber auch durch Verbrennen von kochsalzhaltigen also natriumchloridhaltigen Meerespflanzen, wodurch wieder Asche entsteht. Häufig bildete sich bei der Verbrennung von Pflanzen auch eine Mischung von Pflanzenresten mit Pottasche. In ägyptischen Dokumenten wird berichtet, dass um 600 v. Chr. tierische Fette oder pflanzliche Öle mit Soda vermischt und gekocht wurden. Die eigentliche Waschkraft der Seifen wurde aber erst später richtig erkannt. Viele der damaligen (und auch heutigen) Hautkrankheiten entstanden und entstehen durch Mangel an Körperpflege. Aus dieser Erfahrung heraus wurde die Seife als Medizin zur Behandlung von Hautkrankheiten benutzt. Seifen wirkten durch die Reinigung wie eine Art Medizin. Die Wasch-Desinfektion wurde mit ihrer dadurch erreichbaren Keimverdünnung (sanitizing) frühzeitig bekannt.

Zwischenmenschliche Hilfeleistung ist eng verbunden mit der Funktion einer Siedlung. Je fester dieser Verbund von Menschen wurde, desto inniger wurde die Ordnung von Pflichten. Erst in zweiter Linie kommen Glaubens-Grundlagen hinzu: Gesundungsgestörte hadern mit ihrem Schicksal und interpretieren ihren Zustand als Strafe. Sie suchen nach Rat und finden ihn bei ähnlich Leidenden.

Das Asklepios-Heiligtum (Asklepieion, Plural: Asklepieia) wurde im 6./5. Jahrhundert v. Chr. in Griechenland von Kranken aufgesucht, in der Hoffnung, dass sie hier der Heilgott im Schlaf heilen und ihnen in Traumorakeln Ratschläge erteilen wird. In ihm fand nach Entrichtung einer Geldspende (Honorar) der sog. Heilschlaf, die Inkubation, statt. Gegen Abend legten sich die Kranken in den hierfür vorgesehenen Räumen auf Liegen (griech. kline; daher der Begriff Klinik) nieder. Die Tempeldiener (griech. [therapeutes]) löschten das Licht und ermahnten zur Ruhe.

Aus heutiger Sicht haben die psychosomatischen Ursachen vieler Krankheiten, die Bereitschaft und der Glaube der Hilfesuchenden sowie die Ausstrahlung des Ortes sehr wahrscheinlich zu der Wechselwirkung beigetragen, die den Erfolg der Tempelmedizin im Zeichen des Asklepios gewährleistet hat.

Zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Legionäre bauten die Römer um das Jahr 14 in Aliso bei Haltern (heute NRW) eines der ersten Krankenhäuser („Valetudinarium“, von latein. „valetudo“ = „Gesundheitszustand“, „Krankheit“). Pflegeeinrichtungen dieser Art sind erst seit der Regierungszeit des römischen Kaisers Augustus für die Antike nachweisbar. Neben den militärischen Valetudinarien gab es auch die zivilen Sklavenvaletudinarien. Vor allem Großgrundbesitzer in Italien ließen solche Einrichtungen bauen, um die Arbeitskraft ihrer teuer bezahlten Sklaven zu erhalten. Vermutlich gab es auch für die Dienerschaft des römischen Kaiserhofes Valetudinarien, die für die privaten Behandlungsräume einiger reicher Familien als Vorbild dienten. Die in der heute deutschen Region gelegenen Valetudinarien wiesen alle rund 60 Krankenzimmer mit je zwei bis drei Betten auf. Badeabteilungen und Aborte mit Wasserspülung gehörten dazu.

Zum Personal der Militärlazarette zählen neben den Lagerärzten auch Arzneikundige, Schreiber und Inspektoren. In den zivilen Valetudinarien der reichen Römer arbeiten Sklavenärzte („servi medici“).

Mit der Gründung (um 370) einer großen Krankenanstalt (genannt Basileias) durch Basileios den Großen in der Nähe von Caesarea (heute Kayseri, Mittelanatolien) begann die christliche „Hospitalgeschichte“.

Diese Krankenanstalt hatte mehrere Abteilungen, auf einzelne Häuser verteilt, in denen Reisende, Arme, Alte und Kranke entsprechend dem christlichen Gebot der Barmherzigkeit und Nächstenliebe Unterkunft und Pflege fanden. So entstand eine Art Mischanstalt; vermutet wird, dass die genannte Anstalt wahrscheinlich die erste war, die zur medizinischen Versorgung ausgebildete Ärzte bereithielt. Zahlreiche Hospize oder Hospitäler entstanden speziell für Pilger. Sie wurden von der Kirche oder von Mönchen entlang der Pilgerwege und an den Zielorten der Pilger im östlichen Mittelmeerraum und in Nordafrika erbaut.

Das Hospital war ursprünglich – im Unterschied zum modernen Krankenhaus – ein Schutzraum für verschiedene Gruppen von schwachen, bedürftigen und obdachlosen Menschen, in dem vor allem arme Kranke Zuflucht fanden.

Das Wort Hospital (lat. hospes = Gast), Gastfreund oder Fremder verweist auf das Hospitium (lat. Herberge), von dem sich die französischen Bezeichnungen „hôpital“ und „hôtel“ ableiten. Das Hôtel-Dieu bezieht sich, wie etwa in Paris, auf ein Hospital des Bischofs an Kathedralen. [1]

Um 500 wurde der Benediktinerorden durch Benedikt von Nursia gegründet. Der Orden setzte sich für die hippokratisch-galenische Medizin ein. Gleichzeitig entwickelten sich mit den Klöstern auch Behandlungsstätten für Mönche, Wanderer und Arme. Später wurden Klostergärten mit Heil-Pflanzen angelegt, so in St.Gallen sowie Fulda, Hersfeld und Reichenau.

Die Klostermedizin, die auch als monastische oder Mönchsmedizin bezeichnet wird, breitete sich nach dem Zusammenbruch des Römischen Weltreiches vom 6. bis zum 12. Jahrhundert im lateinischen Abendland aus. Sie ist grundsätzlich abzugrenzen von der arabischen und der byzantinischen Medizin, die – im Unterschied zur Klostermedizin – die wissenschaftliche Tradition der Antike systematisch aufnahmen und weiterführten.

Die Mönchsmedizin begann mit der Klostergründung auf dem Monte Cassino durch Benedikt von Nursia um 529. Die Benediktinerregel macht die Krankenpflege für die Mönche zur christlichen Pflicht. Zur Unterbringung der Armen, Kranken und Fremden gab es in den Klöstern verschiedene Formen der Herbergen:

das Haus für Arme und Pilger (Hospitale pauperum),
das Gästehaus für reiche Pilger (Hospitium),
und das Krankenhaus für Mönche (Infirmarium).

Medizin und Medizinnähes entwickelten sich selbstverständlich unabhängig von der Glaubenskultur.

Im nichtchristlichen Damaskus (Syrien) wurde (um etwa 700) europäische Medizingeschichte geschrieben mit einem Hospital, in dem 4 verschiedenen Abteilungen bestanden.

Im christlichen Mailand wurde die erste Findelanstalt 780 von dem Erzbischof Datheus gegründet und als Krankenanstalt geführt.

Im 8. Jh. erfolgte die Trennung von Heilmittel-Verordnung und Heilmittel-Zubereitung. Damit war die Schaffung der "Apotheke" verbunden.

981 öffnete das Krankenhaus von Bagdad. Darin wurde vorwiegend die Behandlung von chirurgisch Kranken und von Augenkrankheiten vorgenommen. Der Krankenhausleiter Rhazes und der persische Arzt Avicenna publizieren in Schriften auch Kinderkrankheiten.

Die Medizin des arabisch-islamischen Mittelalters war der im Abendland geübten zeitgenössischen Heilkunst voraus. Aufbauend auf dem umfangreichen medizinischen Wissen der Inder, Perser, Griechen, des alten Orients und früh-arabischer Heilkunde der Wüste überlieferten und entwickelten die Araber in der kulturellen und wissenschaftlichen Blütezeit der islamischen Hochkultur zwischen dem 8. und 12. Jahrhundert fundierte medizinische Kenntnisse, die seinerzeit beispiellos blieben. Abendländische Mönche, die Übersetzerschulen in Toledo (Spanien) und die Medizinschule in Salerno (Sizilien) machten die arabische Medizin im Abendland bekannt, bis sie als eine wichtige Grundlage der modernen europäischen Medizin im heutigen Sinne europaweit Bedeutung erlangte.

Neben einer bereits ausgeklügelten Anamnese-Erhebung und einem enormen Heilpflanzenwissen kannten die arabischen Ärzte bereits das Prinzip der „Visite“ im heutigen Sinne und moderne Krankenhäuser mit verschiedenen nach Fachrichtungen geteilten Stationen. Der Einsatz einer Vielzahl von Pflanzen zur Heilung von Kranken spielte eine zentrale Rolle. Kaffee als Herzmittel, in einer Pulverform gegen Mandelentzündung, Ruhr und schwer heilende Wunden, Kampfer zur Herzbelebung oder auch Sennesblätter, Tamarinden, Cassia, Aloe oder Rhabarber als milde eröffnende (abführende) Mittel sind als nutritive Mittel bekannt, die verabreicht wurden. Bei Operationen wurde mit einem Schwamm, der mit einer Mixtur aus Haschisch, Bilsenkraut und Mandragora getränkt war, eine frühe Form der Allgemein-Narkose herbeigeführt, die dann später bis in die europäische Neuzeit hinein über Jahrhunderte vollständig in Vergessenheit geriet.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Ansätze stand immer die Einheit von Körper und Geist. So ist es überliefert, dass Musik als therapeutisches Mittel zur besseren Genesung der Patienten eingesetzt wurde. In jedem Krankenhaus des 10. Jahrhunderts zwischen Himalaya und den Pyrenäen – das arabische Reich hatte seine größte Ausdehnung erreicht – war die ärztliche Visite in den verschiedenen Abteilungen eines Krankenhauses zentraler Ausgangspunkt für jede Diagnose. Der Patient wurde, fast im Sinne moderner ganzheitlicher Methoden, nicht nur nach seinem körperlichen, sondern immer auch nach seinem geistigen Wohlbefinden befragt. Darauf basierend wurde dann die individuelle Behandlung und Diät vom Visite führenden Arzt festgelegt. Der berühmteste unter ihnen, der Arztphilosoph Ibn Sina, ist unter dem Namen Avicenna weit über seine Heimat Persien hinaus auch im Abendland bekannt geworden.

Um 1025 erfolgte dessen Veröffentlichung mit dem Titel "Kanon der Heilkunde". Er fasste darin das damalige Wissen der Heilkunde zusammen und gab es an das mittelalterliche Europa weiter (z.B. Psychotherapie durch Musik, Heilschlaf durch Opiate, Herzwirksamkeit von Kaffee u.a.).

Zwischen dem 11. und 13. Jh. liegt übrigens der Ursprung aller medizinischen Schulen Europas (Montpellier, Paris, Bologna, Padua).

Der "Orden der Lazarus-Ritter" widmete sich im 11 Jh. in Jerusalem der Pflege der Aussätzigen. Nur ein mit Lepra Behafteter konnte Ordens-Großmeister werden (vermutlich geht der Begriff "Lazarett" auf diesen Ordensnamen zurück).

Klosterhospitäler ähneln zum großen Teil Gotteshäusern (Kirchenschiff mit Altar); die Krankenpflege folgte hier eher der Idee eines Gottesdienstes als einem medizinisch begründeten Hilfsprogramm. Die Ära der Klostermedizin ging im 12. Jahrhundert zu Ende. Das Konzil von Clermont sprach 1130 ein Praxisverbot für Geistliche aus. Im Vergleich zum Abendland, wo das Hospital aus religiösen Motiven weitgehend getrennt von der Medizin betrieben wurde, kam es im Orient relativ früh zu einem medizinischen Krankenhaus:

Der Kalif Harun ar-Raschid ließ um 800 eines der ersten islamischen Krankenhäuser errichten. Die Gründung von Krankenpflegeanstalten ist bei den Muslimen religiös begründet; Fürsorge für die Armen und Bedürftigen ist eine Pflicht. Das gesetzliche Almosen (arab. Zakat) ist die Dritte der „Fünf Säulen des Islam“. So war die Behandlung der Kranken kostenlos und mit der christlichen Barmherzigkeit zu vergleichen.

Es gab in diesen Krankenanstalten, Apotheken, Bibliotheken und fließendes Wasser; ferner fanden hier erstmals in der Medizingeschichte ärztliche Ausbildungen in Theorie und Praxis statt.

Laien übernehmen die Krankenpflege. [1]

Nach dem Wiederaufbau eines Pflege-Krankenhauses, welches im 11. Jh. durch die Türken zerstört wurde, übergab man die Krankenanstalt dem Benediktinerorden und Jahrzehnte später dem Johanniterorden, welcher aus der Bruderschaft junger Edelleute aus dem Heer der Kreuzritter zu Ehren Johannes des Täufer sich entwickelt hatte. Das Hospital hatte 5 Ärzte und 3 Chirurgen und konnte 2000 ‚Pflegerlinge‘ aufnehmen. Der Orden wurde 1187 aus Jerusalem und 1291 aus dem Heiligen Land vertrieben. Er verlegte seinen Sitz nach Rhodos, baut dort ein neues Hospital; er wich erneut dem türkischen Druck und ließ sich in Malta nieder (Malteserritter). Er wurde 1798 durch Napoleon aufgelöst.

Um 1150 wurde Hildegard von Bingen Äbtissin und erste deutsche "Heilkundige" von Rang. Sie schrieb über Krankheiten und ihre Heilung sowie über Naturkunde. Ihre medizinischen Vorstellungen basierten auf Volksüberlieferungen und Klostermedizin. Die Klöster waren seit Benedikt von Nursia auch Zentren der Heilkunde und antiker Textüberlieferung.

1190 erfolgte die Gründung des Deutschen Ritterordens in Jerusalem durch Kaufleute aus Bremen und Lübeck, der sich anfänglich der Krankenpflege widmete. Nach Verlust des Heiligen Landes verlegte man allerdings den Hochmeistersitz über Venedig auf die Marienburg in Westpreußen.

Außer dem Klosterhospital und den Hospitälern der Ritterorden entwickeln sich im 12. Jh. die Häuser zum Heiligen Geist, dessen Mitglieder sich der Krankenpflege widmeten. Das erste deutsche Heilig Geist Spital entstand 1204 in Brandenburg. Die Spitäler standen anfänglich unter geistlicher Leitung, gingen aber bald in die Verwaltung der weltlichen Behörden über.

Dem Bautyp des Hospitals im Mittelalter lag die Idee zugrunde, die Unterkunftsräume der Insassen in eine gute Verbindung mit der Kapelle zu bringen. Diese Hospitäler dienten damit sowohl dem Heil der Seele als auch dem des Leibes. Es gab vorwiegend den sogenannten Hallentyp, aber auch Anlagen mit Einzelzellen.

Die Städte eröffneten zur Bekämpfung von Seuchen, vorwiegend Lepra (Leprosenheime-Gutleute-Haus), Blattern (Pocken) und Pest (Schwarzer Tod) eigene, außerhalb der Stadt liegende "Isolierhäuser".

Die Sorge um das Wohl der Mitmenschen wurde den Tertiariern, dem sogenannten "dritten Orden" des heiligen Franz von Assisi (1182-1226) aufgetragen. Diese waren weltliche Mitglieder, die eine verminderte Anzahl von Gelübden abgelegt hatten und nicht in Klöstern, sondern in ihrer bisherigen Umgebung lebten. Eine solche Tertiariern war Elisabeth von Thüringen (1207-1231), nach der sich fünf verschiedene Kongregationen der Elisabetherinnen benennen.

In der Geschichte der Medizin und der Krankenhäuser spielt die Seuchenzeit eine große Rolle. Um 1280 berichtete man vom Baubeginn des Lübecker Heilig-Geist-Hospitals, eine der ältesten Sozialeinrichtungen, zugleich Seuchenstation. Die Notwendigkeit dazu ergab sich aus den ankommenden Seuchen. Innerhalb von wenigen Jahren starben in der Pestepidemie 1350/52 fünfundzwanzig Millionen Menschen am "schwarzen Tod". Es wurden wichtige hygienische Maßnahmen gegen die Pest entwickelt, wozu "Pestospitäler" gehörten, Grenzsperrn, Anzeigepflicht und Verbrennung von Gegenständen aus der Umgebung, die nicht abzustreifen waren.

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts musste mit dem Ausbruch neuer Epidemien gerechnet werden. Weitere Seuchen waren Lepra, Typhus und Syphilis sowie später Cholera. Andere wichtige Krankheiten des Mittelalters waren Pocken, Scabies, Tuberkulose und Durchfallerkrankungen verschiedener Ätiologie. Zur Abtrennung ansteckender Krankheiten entstanden Quarantäne- (quaranta = 40 Tage) Stationen, zuerst auf Inseln, später auf dem Festland (isola - isolieren!).

1500 brach in Italien die Syphilis in Zusammenhang mit der Belagerung und Eroberung Neapels aus. Parallel dazu nahmen die Verantwortlichen in Padua den Klinischen Unterricht von Pflegenden und Helfenden am Krankenbett auf.

Im 17. Jahrhundert brachte der französische Absolutismus einen neuen Hospitaltyp hervor, der in anderen Staaten zum Vorbild genommen wurde. In Paris wurde das Hôpital général für Männer und Frauen gegründet in denen sich eigene Irrenabteilungen befanden. Zu den frühesten deutschen Anstalten gehörte das Zucht- und Tollhaus in Celle. Damit waren Einrichtungen von Sanatorien verbunden.

Als Sanatorien werden Heilstätten, Kur- und Genesungsheime bezeichnet. Der Begriff ist abgeleitet von lat. [sanare] = heilen, eine Wortschöpfung des 19. Jahrhunderts. Die heute so bezeichneten Einrichtungen befinden sich zumeist in privater Trägerschaft.

In der Nähe des südfranzösischen Klosters von Cluny fanden sich am Ende des 11. Jahrhunderts, Männer und Frauen zusammen, die um ihres Seelenheils Kranke pflegen wollten. Der Ursprung lag in der klösterlichen Reformbewegung des 10. Jahrhunderts ausgehend von dem Kloster der Stadt Cluny. Daraus folgte, dass die Pflege von Kranken innerhalb der Klostermauern als Störung des Klosterfriedens angesehen wurde. Zahlreiche europäische Klöster überließen deshalb ihre Spitäler Laienhelfern, aus denen teilweise weltliche Orden hervorgingen. Weitere Verbürgerlichung der Krankenpflege und ihren Übergang in städtische Regie leiteten die geistlichen Ritterorden (Johanniterorden und Deutscher Orden) in Folge der Kreuzzüge ein. Im 13. Jahrhundert gründeten die Bürger bzw. der Stadtrat in Lübeck das noch heute bestehende „Heilig – Geist – Hospital“.

Im Jahre 1538 erschien die "Große Wundarznei", eines der großen Werke von Theophrastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493-1541). Er bekämpfte das scholastische Denken in der Medizin und verlangte empirische Behandlung. Er ist durch die Worte: „Allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist" bekannt.

Diese Zeit war der medizinischen Wissenschaft nicht unbedingt gewogen. 1553 In dem Werk "Christianismi restitutio" veröffentlichte der in Spanien geborene Miguel Servetus 1553 anonym die Entdeckung des kleinen Kreislaufes. Wegen unorthodoxer theologischer Ansichten wurde er auf dem Scheiterhaufen verbrannt.

Die Historie der Krankenanstalten entwickelte sich weiter. Die kranken Bürger wurden zur damaligen Zeit – und vermutlich noch bis in das 19. Jh. – in ihren Wohnungen, Arme, Alleinstehende und Fremde in Hospitälern, betreut. Nach dem Vorbild des Ospedale Maggiore in Mailand wurden in vielen Städten neue Krankenhäuser gebaut. Es handelte sich um eine Bauweise in Kreuzform mit getrennten Abteilungen für Männer und Frauen, einen verbindenden Hof und einer daran anschließenden Kirche. Da ein Bett meist mit zwei Kranken, Gebrechlichen oder Obdachlosen belegt war, waren die Hospitäler für heutige Begriffe überfüllt.

Das Jahr 1658 steht in der Medizingeschichte für die Entdeckung der menschlichen Erythrozyten. Sie wurden von Marcello Malpighi (1628-1694) beschrieben; er gilt heute noch als wesentlicher Begründer der mikroskopischen Anatomie. Er beschrieb auch die kapillaren Endstrombereiche.

1722 Der Schweizer Arzt Theodor Zwinger (1658-1724) prägte nach seinen empirischen Forschungen und Entwicklungen des Arzttums den Begriff Pädiatrie. [2]

Im 18. Jahrhundert kamen die ersten modernen Krankenhäuser auf. So wurde im Jahre 1710 die Charité als Pestkrankenhaus gegründet, jedoch erst 1727 zum "Lazareth und Hospital" für das 1724 gegründete, staatliche "Collegium medico-chirurgicum". 1717 wurde in Halle an der Saale das Krankenhaus der Franckeschen Stiftungen für den klinischen Unterricht (Collegium clinicum Halense) genutzt.

Mit der Eröffnung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien setzte 1784 Kaiser Joseph II. Maßstäbe bei Großkrankenhäusern in Mitteleuropa. Die 2000 Betten fassende Einrichtung entstand durch Umbau des Großen Armenhauses. Ungewohnt sind die weiten Baum-bewachsenen Höfe und Gärten. Die 111 Krankenzimmer mit durchschnittlich 20 Betten waren geräumig. Anders als etwa in Paris, wo sich drei bis vier Kranke ein Bett teilten, bekam hier jeder ein eigenes Bett ! Zusammen mit der gepriesenen Reinlichkeit führte dies zu einer deutlich niedrigeren Sterblichkeit.

Im letzten Hof wurde ein fünfstöckiger festungsähnlicher Rundbau mit schlitzartigen Fenstern für 200 bis 250 Geisteskranke erbaut, der Narrenturm. Jede Zelle hatte starke Gittertüren und Ringe zur Ankettung unbändiger Insassen. Zehn Jahre später galt der Turm infolge der Neuerungen in der Therapie von Geisteskranken bereits als völlig überholt. [3]

Ab 1836 arbeiteten, nach der Idee des evangelischen Theologen *Theodor Fliedner*, zivil gekleidete Diakonissen, die eine Krankenpflegeschule mit moderner Unterrichtsform besuchten, in Krankenhäusern.

Neben wissenschaftlich-medizinischen Umwälzungen brachten auch Erfahrungen in Kriegen wie zum Beispiel den Befreiungskriege gegen Napoleon (1813-15) und dem Krimkrieg (1853/1854-56) besondere Neuerungen in pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser. [1, 2, 3]

b) Merksätze der Salutogenese

Der Medizinsoziologe *Aaron Antonovsky* führte im Jahre 1970 eine Untersuchung über die Adaption von Frauen verschiedener ethnischer Gruppen in Israel an das Klimakterium durch. Eine dieser Gruppen war in Mitteleuropa geboren und zur Zeit des nationalsozialistischen Regimes im Jugend- und frühen Erwachsenenalter. *Antonovsky* befragte diese, ob sie im Konzentrationslager gewesen seien. Er fand heraus, dass 29% der Frauen, die das Konzentrationslager überlebt hatten, trotz des Gräuels des Lagers über eine gute psychische Gesundheit verfügten. Diese Erfahrung brachte ihn dazu, das salutogenetische Modell zu formulieren. [4]

Neubetrachtung von Gesundheit und Krankheit

Die allgemeinen und fachdisziplinären Medizinen, darunter auch die Medizinsoziologie, haben sich den Prinzipienordnungen der Pathogenese verschrieben.

Während sich die Medizin also der Frage widmet, warum Menschen krank werden, warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen, setzt *Antonovsky* mit dem Neologismus "Salutogenese" einen völlig anderen Schwerpunkt. Das Hauptkennzeichen der Salutogenese ist die direkte Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit (salus: lat.: Unverletztheit, Heil, Glück; genesis: griech.: Entstehung). Ihre Grundfragen lauten folglich: Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl von Krankheit erregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund? Warum befinden sie sich auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu?

Hieran wird deutlich, dass Gesundheit und Krankheit aus salutogenetischem Blickwinkel nicht als einander ausschließende Zustände gesehen werden sondern als Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. Die beiden Pole völlige Gesundheit und völlige Krankheit sind für den Menschen nicht zu erreichen. Jeder Mensch hat auch kranke Anteile, auch wenn er sich selbst als überwiegend gesund erlebt. Weiterhin lässt sich sagen, dass solange Menschen am Leben sind, Teile von ihnen noch gesund sein müssen. Deshalb muss man danach fragen, wie nahe bzw. weit entfernt der Mensch von den Endpunkten Gesundheit/Krankheit ist. [5]

Ein weiterer Aspekt des salutogenetischen Ansatzes ist, dass das Grundprinzip menschlicher Existenz nicht auf einem Gleichgewichtszustand und Gesundheit beruht, sondern auf Ungleichgewicht und Krankheit. *Antonovsky* prägt hierfür den Begriff der Entropie und meint damit die Tendenz menschlicher Organismen, ihre organisierten Strukturen zu verlieren, wobei negative Entropie die Ordnung wieder aufbauen vermag. Überträgt man dies nun auf den Gesundheitszustand, bedeutet dies, dass Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss und der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist.

Im Unterschied zur pathogenen Orientierung, die sich an schädigenden Lebensbedingungen und krankmachenden Faktoren (Risikofaktoren) "festmacht", also davon ausgeht, dass Krankheiten durch Erreger ausgelöst werden, konzentriert sich die salutogenetische Forschung immer auf die abweichenden Fälle (z. B. Welche Raucher bekommen keinen Lungenkrebs?). Erkrankung wird eher unspezifisch gesehen. Im Zentrum der Betrachtung stehen die Faktoren, die zu einer Bewegung in Richtung auf das positive Ende des Kontinuums beitragen (Gesundheitsfaktoren). Indem danach gefragt wird, warum Menschen gesund bleiben, eröffnet dies, den ganzen Menschen mit seinen Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten, also seiner Geschichte, zu sehen, statt sein Augenmerk ausschließlich auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit zu richten. [6]

Medizinnah kritische Sicht: Das Kohärenzgefühl (sense of coherence <SOC>)

Die Antwort auf die salutogenetische Frage liefert das Kohärenzgefühl. *Antonovsky* definiert dieses als "eine globale Orientierung [...], die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann". Das SOC ist als Hauptdeterminante dafür zu verstehen, welche Position eine Person auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält und dass sie sich in Richtung des gesunden Pols bewegt. Je ausgeprägter das SOC einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben.

Diese Grundeinstellung zum Leben, nämlich die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, wird fortwährend mit neuen Lebenserfahrungen konfrontiert und von diesen beeinflusst. Die Ausprägung des SOC wiederum beeinflusst die Art der Lebenserfahrungen. Diese sind Angelpunkt für die Öffnung der Sichtweisen innerhalb der stationären Medizin und Pflege.

Dies führt letztendlich dazu, dass die Lebenserfahrungen in der Regel die Grundhaltung bestätigen und diese folglich stabil und überdauernd wird. Aufgrund dessen bezeichnet *Antonovsky* diese Grundhaltung auch als dispositionale Orientierung.

Um die Welt als zusammenhängend und sinnvoll erleben zu können, bedarf es des Zusammenwirkens von folgenden drei Komponenten:

Das Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)

Diese Komponente drückt das Ausmaß aus, in welchem man Stimuli (auch unbekannte) als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen verarbeiten kann und sie nicht als Rauschen wahrnimmt chaotisch, willkürlich, zufällig und unerklärlich.

Nun stellt sich die Frage, wie es sich mit unerwünschten Stimuli verhält. Hierzu lässt sich sagen, dass Versagen, Tod und Krieg eintreten können, aber auch, ob solch eine Person dies erkennend nachvollziehen kann.

Der sense of comprehensibility ist also ein kognitives Verarbeitungsmuster.

Das Gefühl von Handhabbarkeit (sense of manageability)

Diese Komponente beschreibt das Ausmaß, in dem man wahr nimmt, dass man geeignete Ressourcen zu Verfügung hat, um Anforderungen, die von Stimuli ausgehen, zu begegnen. Vereinfacht ausgedrückt, ist damit die Überzeugung eines Menschen gemeint, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Diesbezüglich ist auch der Glaube an eine höhere Macht oder an die Unterstützung anderer Menschen bei der Überwindung von Problemen mit eingeschlossen.

Dieses Gefühl stellt für *Antonovsky* ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster dar.

Das Gefühl von Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Diese Komponente nun bezieht sich auf das "Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre".

Dieses Gefühl repräsentiert das motivationale Element. *Antonovsky* erachtet sie als die wichtigste Komponente. Um die drei Komponenten des SOC voneinander abzugrenzen, definiert *Antonovsky* das SOC wie folgt: "Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;
- die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen die Anstrengung und Engagement lohnen".

Zunächst einmal ist herauszustellen, dass alle drei Komponenten für eine erfolgreiche „Bewältigungsstrategie“ (das so genannte „Coping“) wichtig sind. Dennoch wird der motivationalen Komponente der Bedeutsamkeit die größte Wichtigkeit beigemessen, denn ohne sie ist ein hohes Maß an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit eher von kurzer Dauer. Eine Person, die sich anstrengt und engagiert, hat nämlich die Möglichkeit, Verständnis und Ressourcen zu gewinnen. Dadurch dass ein hohes Maß an Handhabbarkeit vom Verstehen abhängt, steht die Komponente der Verstehbarkeit in der Reihenfolge der Wichtigkeit an nächster Stelle.

Interessant zu hinterfragen ist, ob es vonnöten ist, das Gefühl zu haben, dass das gesamte Leben verstehbar, handhabbar und bedeutsam ist, um ein starkes SOC zu haben. *Antonovsky* verneint dies und weist darauf hin, dass es vielmehr entscheidend sei, ob es bestimmte Lebensbereiche gibt, die von subjektiver empfindlicher Bedeutung für die Person sind. [7]

Wir haben aus anderer Veranlassung zu dieser Frage durch metaanalytischen Ansatz Stellung genommen. Diskussionskonzentrat war eine herkömmliche Auffassung, nach der eine ‚Heilung‘ nach Gesundheitsstörung überhaupt möglich ist. Die Folge der Diskussion, ‚Heilung finde zuhause statt‘ haben wir beantwortet mit der Subjektivierung der Gesundheit, aber deren Stufen-weises Empfinden. Deshalb sprechen wir in diesem Zusammenhang nur von ‚Gesundung‘ und niemals von ‚Heilung‘. Eine solche Heilung müsste nämlich den ‚Ausgangszustand‘ körperlicher Integrität wieder erreichen, was hinlänglich unwahrscheinlich ist. [8]

Zwei weitere und wichtige Elemente führt die Salutogenese mit sich. Sie sind beide sehr geeignet, um im stationären Bereich medizinnaher Leistungen gut anzusetzen:

Wirksamkeit und Widerstände gegen Stressoren

Antonovsky diskutiert den Widerstand gegen Stressoren, die zu generalisierten Widerstandsdefiziten (generalized resistance deficits GRD) führen und stellt ihnen daraufhin die generalisierten Widerstandsressourcen (generalized resistance resources GRR) entgegen.

In der Stressforschung werden Stressoren als Stimuli bezeichnet, die Stress erzeugen.

Antonovsky hingegen postuliert, dass Stressoren einen Spannungszustand erzeugen, der darauf zurückzuführen ist, dass Menschen nicht wissen, wie sie in einer Situation reagieren sollen. Weiterhin definiert *Antonovsky* Stressoren als ein Merkmal, das Entropie in ein System bringt; es handelt sich folglich um Lebenserfahrungen, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen gekennzeichnet sind.

Nun stellt sich die Frage, durch welche Einflüsse/Faktoren die erzeugte Anspannung erleichtert bewältigt werden kann. An dieser Stelle kommen die generalisierten Widerstandsressourcen ins Spiel.

Die Spannweite der GRR reicht von individuellen Faktoren (Kohärenzgefühl; körperliche Faktoren: Immunpotentiale des Körpers gegen Stressoren und Krankheitserreger; Intelligenz und Flexibilität, um sich an Lebensbedingungen anpassen zu können bzw. sie zu verändern) über soziale Faktoren (soziale Unterstützung, Integration) bis hin zu kulturellen Faktoren (Eingebundenheit in stabile Kulturen).

Die GRR haben die Aufgabe, die Lebenserfahrungen eines Menschen zu prägen und ihm zu ermöglichen, kohärente Lebenserfahrungen zu machen, die wiederum das SOC formen. Außerdem wirken sie als Potential, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist.

Antonovsky weist weiter darauf hin, dass die generalisierten Widerstandsressourcen negative Entropie in das System Mensch bringen, also die durch Stressoren ausgelöste Entropie abfedern. Sind nun ausreichend Widerstandsressourcen vorhanden, können Menschen ein starkes SOC ausbilden.

c) Aufenthalt der Patienten in der Kontaktsphäre „Station“

Die Zahl der in deutschen Krankenhäusern behandelten Patienten hat 2010 erstmals die 18-Millionen-Marke überschritten. Gegenüber dem Jahr 2009 sei dies ein Anstieg von 1,2 Prozent, teilte das Statistische Bundesamt auf der Grundlage vorläufiger Ergebnisse der Krankenhausstatistik mit. Demnach verfügten die 2 065 Krankenhäuser in Deutschland im vergangenen Jahr über etwa 503 000 Betten. Die Auslastung aller Betten lag mit 77,4 Prozent leicht unter Vorjahresniveau. Im Schnitt lagen die Patienten 7,9 Tage in der Klinik, das ist etwas weniger als im Vorjahr.

Um die Betreuung der Patienten kümmerten sich den Angaben zufolge circa 827 000 Vollkräfte. 134 000 davon zählten zum ärztlichen Dienst, was ein Plus von 2,1 Prozent gegenüber 2009 bedeutet.

Im nichtärztlichen Dienst waren mit 693 000 Menschen 2,4 Prozent mehr als im Jahr zuvor beschäftigt. Allein im Pflegedienst waren demnach etwa 305 000 Menschen tätig, das sind 1 000 mehr als 2009. Die Zahl der im Krankenhaus durchgeführten Operationen und medizinischen Prozeduren steigt. Demnach wurden 2009 bei stationären Patienten rund 45 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren vorgenommen, ein Plus von 7,7 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

„Damit entfielen auf einen stationären Patienten im Durchschnitt 2,6 Maßnahmen dieser Art“, so **Destatis**. Knapp ein Drittel der 2009 durchgeführten Maßnahmen waren der Statistik zufolge Operationen (14,4 Millionen). Danach folgten nichtoperative therapeutische Maßnahmen mit einem Anteil von 26,8 Prozent (12,1 Millionen) und diagnostische Maßnahmen mit 20,3 Prozent (9,1 Millionen). Der Rest verteilte sich auf die bildgebende Diagnostik (7,8 Millionen), ergänzende Maßnahmen wie Geburtsbegleitende Behandlungen (1,4 Millionen) sowie die Verabreichung von speziellen Medikamenten (0,3 Millionen).

Zu den häufigsten Operationen bei Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahren gehörten laut **Destatis** das Einschneiden des Trommelfells zur Eröffnung der Paukenhöhle sowie die Entfernung der Rachenmandeln.

Bei Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren standen Operationen im Vordergrund, die im Zusammenhang mit Entbindungen stehen. Bei Männern dieser Altersgruppe erfolgten in erster Linie operative Eingriffe an der unteren Nasenmuschel sowie arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken.

Die Gebärmutterentfernung sowie arthroskopische Operationen am Gelenkknorpel und an den Menisken spielten vor allem bei den 45- bis 64-jährigen Frauen eine große Rolle, so die Statistik. Bei den Männern in diesem Alter wurden neben arthroskopischen Operationen hauptsächlich Leistenbrüche behandelt.

Wie die Statistik weiter zeigt, hatten im Rahmen der operativen Eingriffe bei Frauen ab 65 Jahren die Implantation von Hüftgelenken sowie die endoskopischen Operationen an den Gallengängen eine

große Relevanz. Harnblasenoperationen und wiederum der Verschluss von Leistenbrüchen dominierten dagegen die Operationen der Männer gleichen Alters. [9]

d) Theoretischer Ansatz des Gesundheitsverständnisses

Aus dieser Sichtweise heraus ist der **medizinnahe Handlungsbedarf zu optimieren**.

Die Kompartimente der psycho-sozialen Attribute von Salutogenese sind leider infolge der **Unterbewertung biologischer Regulation überbewertet**. So kommt es, dass die ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufler viel häufiger, als in der Sache notwendig, mangelnder Zuwendung zum Klienten / Patienten beschuldigt werden. Tatsächlich handelt es sich um Aufgaben mit der Notwendigkeit rationaler Abfuhr, die noch stärkere Betonung der Regulationsphysiologie benötigen. Dabei spielt der partnerschaftliche Funktionsraum zwischen den Untersuchenden und Pflegenden einerseits und den Helfenden und Klienten andererseits die wichtigste Rolle.

Der zwischen den therapeutischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Designern der stationären Aufenthalte und deren Klienten und Patienten aufkommenden Funktionsräume ist zu optimieren.

1. Ein Kurzzeit-Aufenthalt ohne die Möglichkeit einer Exploration von Hindernissen der verfügbaren Widerstandsressourcen beinhaltet leider nur die Konzentration auf einflusslose Dokumentation Stress auslösender Fakten. Sie gibt dem medizinnahe pflegenden und helfenden Beruf kaum Möglichkeiten, eine begleitende Rolle zu spielen.
2. Der indikationsgerechte Vorbehalt von sinnreicher Leistung in begrenzter Zeit erlaubt dagegen schon, Ressourcen zu ermitteln, die spätere Einstellungen des Patienten modellieren. Damit erhalten Patient und Pflegende/r eine Möglichkeit, miteinander zu kommunizieren. Hier tritt dann die Begrifflichkeit der Übertragung auf die Gegenübertragung und wird zu Gewinn der Argumentationen für beide Seiten.
3. Ein Langzeitaufenthalt eines Patienten erbringt die Wahl zwischen zwei Typen von medizinnahe Leistungen. Eine Leistung ist die der **Erklärung** derjenigen Handlungen, die mit dem Patienten anstehen. Eine andere ist die Vorbereitung der **Führung in die Rehabilitation**.

Zur Erklärung von Handlungen ist zunächst nötig, dem Patienten das Vertrauen in die fachlichen Kenntnisse des Pflegenden und Helfenden zu vermitteln. In der Regel ist nämlich der Patient von immer neuen aufkeimenden Fragen gepeinigt, die das große WARUM beinhalten, aber auch die Fragen nach dem viel erwarteten WIE mit ausdrücken.

Gesundheitsstörungen haben eine oder mehrere Ätiologien. Darunter versteht man

- Ursachen (causae)
- Ursachen-Folge-Beziehungen (contributiones) und
- Zusammenhänge (correlationes).

Austin Bradford-Hill (1897-1991), Mitautor der British Doctors Study, hat folgende neun Merksätze geprägt, die für die Erfassung und Einschätzung vermuteter Ursache-Wirkungs-Beziehungen in der gesamten Medizin normativ sind:

1. **Stärke:** Eine Assoziation zwischen zwei gesundheitsschädigenden Phänomenen besagt nicht, dass keine Kausalität zwischen ihnen besteht. Das gilt beispielhaft für Infektions- und Widerstandsproblemen: Der Körper beherbergt Keime, die weder fakultativ, noch obligat krankmachend wirken.
2. **Folgerichtigkeit:** Übereinstimmende Beobachtungen verschiedener Wissenschaftler an diversen Risikopopulationen erhöhen die Wahrscheinlichkeit kausaler Beziehungen.
3. **Spezifität:** Kausale Beziehungen sind anzunehmen, wenn eine bestimmte Menge Menschen an einer Krankheit leidet, die bisher nicht erklärt werden konnte. Ausnahme davon sind bestimmte Krebskrankheiten, die aus vielen verschiedenen Auslösern stammen.
4. **Zeit:** Gesundheitsstörungen haben nach der Einwirkung der krankmachenden Aktionen zu erfolgen. Ausnahmen sind Effekte, die verzögerte Einwirkungen provozieren.

5. Biologischer Gradient: Stärkere Exposition führt zu einem verstärkten Auftreten von Erkrankungen.
6. Plausibilität: Ursache-Wirkungs-Gefüge sind abhängig vom derzeitigen Stand des Wissens.
7. Stimmigkeit: Übereinstimmung zwischen pathologischen Befunden und Relativen Risiken kann man auf andere Merkmale übertragen. Einatmen von Schadstoffen kann zu Lungen-Krankheiten führen. Der Raucher atmet bewusst ein. Das Ergebnis kann übereinstimmenden Schäden zeigen.
8. Experiment: Mit einer beobachteten und dokumentierten Senkung von Erkrankungszahlen nach der Abschaffung einer Risikoeinwirkung ist der Beitrag zur Kausalität erbracht.
9. Analogie: Ein Effekt Wirksubstanz / Risikofaktor ist Anlass zur Suche nach ähnlichen Ursachen und ihren Wirkungsweisen. [10]

Ursachen, Kontributionen und Korrelationen werden in diesem Schemata (1 – 9) eindrucksvoll geschildert. Dennoch fehlt ihnen das plausible Merkmal der Übertragung auf die Heilberufler-Praxis. Wir haben daher in Anlehnung an *Leiber et al.* [11] anders schematisiert:

Der Begriff der **Ätiologie** bezeichnet in Medizin, Psychologie und Epidemiologie die Ursachen für einen krankmachenden Zustand.

Homologe Ätiologien werden dann als **homolog** bezeichnet, wenn sie eindeutig zu identifizieren sind und damit auch kausal zu behandeln.

Damit ist nicht gesagt, dass nur eine einzige Ätiologie angenommen werden muss; auch plurale Ätiologien, von denen nicht unbedingt alle bekannt sein müssen, fallen darunter. Deshalb werden solche Gesundheitsstörungen auch als „Krankheiten erster Ordnung“ bezeichnet. Die Begrifflichkeit fußt auf den Darlegungen über die autogene Vakzination bei therapieresistenten bakteriellen Infektionen. Sie ist durch die Nutzung von autogenen Vakzinen, den alternativen Behandlungsoptionen vor Einführung der modernen Antibiotika, Goldstandard der Therapie in Zeiten zunehmender antimikrobieller Resistenzproblematik. [12] Der Autor hat abgeleitet, dass das Rezidivrisiko rezidivierender Furunkulose nach Spaltung ohne Antibiose (n=250) bei 30% liegen würde, in Verbindung mit Autovakzinen aber lediglich 15%.

Heterologe Ätiologien kommen aus mehreren homologen und auch gänzlich unbekanntem.

Sie zeichnen sich dadurch aus, dass ausschließlich das Charakteristikum ihres Störmomentes bekannt oder mindestens beobachtbar ist. Sie werden als „Krankheiten zweiter Ordnung“ klassifiziert. Epidemiologisches Paradebeispiel ist das Auftreten von Fieberschüben in definierbaren Kurven, die allein durch die Ähnlichkeit ihrer Darstellung auf einen wahrscheinlichen Ablauf schließen lassen. Auf diese Weise konnten die deutschen Gesundheitsämter nach 1945 bereits nach dem ersten Auftreten von Polio-typischen Fiebererkrankungen bei Kindern in Großstädten mit Vakzination eingreifen. Dieser Beweis gelang mehrfach. Nachdem die Polio-Fieberkurve von Hamburg und 1947 in Berlin bekannt wurde, ist die Poliomyelitis-Epidemie des Jahres 1948 noch um 40% gesteigert worden, wobei Wiesbaden am meisten („Groß-Epidemie“) betroffen war. Mit 99 Fällen betrug die Jahresmorbidity über 4,5 auf 10000 Einwohner. [13]

Im Rahmen der Veterinärmedizin ist eine ähnliche Situation beim epidemischen Auftreten der Maul- und Klauenseuche bekannt. Die betroffene Population konnte bereits bei Beginn einer Ausbreitung aufgefangen werden. Mit den biochemischen Diagnostika und Methoden elisa und polimerase chain reaction sind die Impfstrategien nachhaltig zu formulieren. [14] *Frau Brehm* zeigt fernerhin die Überlegenheit der Methodologie auf, die sich von der Einzelfalbeobachtung abkehrt.

Bei der semiotischen und semantischen Übertragung der heterologen Ätiologien auf die Beurteilung der salutogenetischen Standpunkte bietet sich an, zugleich mit der Erkenntnis der Heterologität das Vorgehen der heilberuflichen Intervention festzulegen: Heterologes übersetzt den (bekannten) Ablauf einer Erkrankung bzw. einer Gesundung. Daher ist der Zeitrahmen für die Intervention recht klein zu halten.

Die nötigen Maßnahmen dienen mithin dem „Ausbremsen“ einer erkannten Zustandsänderung.

In früheren Zeiten wissenschaftlicher Literatur der Medizin sind andere, als Symptomenkomplexe („**Syndrome**“) bezeichnete Zustandsbilder, zunächst von homologen und heterologen Entwicklungen getrennt worden, weil sie nahezu ausschließlich der Deskription zugänglich waren.

Komplexe Ätiologien beschreiben ein Muster von zugleich auftretenden Gesundungen oder Krankheits-Symptomen. Die klinischen Syndrome sind detailliert beschreibbare Zustandsbilder, deren Eigenheiten sowohl auf Seiten der Genetik, als auch auf Seiten der erworbenen Schäden zu finden sind. Sie werden in der Regel mit dem Namen ihres Erstbeschreibers korreliert und systematisiert. Betrachtet man hingegen die Fülle der potentiellen Ätiologien, fällt auf, dass ihre Komplexe in Schachbrettmuster einzuordnen sind.

So kommt es zu der Möglichkeit einer Trennung von Einzelfakten in homologe und heterologe und damit zur Lösung bisher nur als komplex bezeichneter Zusammenstellungen. Folge einer solchen Vorgehensweise ist, dass einzelne als homolog oder heterolog anerkannte Symptome aus den Symptomenkomplex ausgespart werden und einzeln angegangen werden können. In dieser Weise entfallen Symptomenkomplexe aus dem Muster. Daraus folgt, dass die resultierenden Symptome einen neuen, bisher nicht anerkannten Symptomenkomplex bilden.

Das ist ein Resultat, das einfordert, die erfassbaren Symptome solange aus dem Komplex herauszulösen, bis ein neuer Komplex entstanden ist. Er ist deutlich kleiner als vorher und eröffnet somit die Möglichkeit, „mit ihm zu leben“.

Dies ist eine Forderung, die wir später im Rahmen der Besprechung des bio-, psycho- sozialen Konzeptes als realisierbar anerkennen werden.

In der medizinischen Salutogenese beschreibt diese Trias (Homologes, Heterologes und Komplexes) verschiedene Gesundheitsbestrebungen. Darin sind sowohl biologische, als auch psychologische und soziale Aspekte berücksichtigt.

e) Aspekte der Integration medizinnaher Leistungen

Denken ist immer an Modelle gebunden. Zuerst müssen Worte, also abstrakte Begriffe gefunden werden, welche die beobachteten Elemente oder Beziehungen symbolisch repräsentieren. Sie benötigen ein Begreifen. Dann gilt es die Beziehungen und Zusammenhänge zwischen den symbolisch dargestellten Elementen zu erkennen und zu verstehen. Aus unterschiedlichem Sprachgebrauch sowie unterschiedlichen Modellen entstehen enorme Verständigungsprobleme. Soll unterschiedliches Wissen gegenseitig verständlich werden, so muss es in die andere "Sprache" übersetzt werden, auf Grund des Denkmodells des Gesprächspartners formuliert werden. In derartigen kulturellen Übersetzungen (Modelltransformationen) besteht die Hauptleistung der Entwicklungszusammenarbeit.

Diese verlangt also zusätzlich zu Begreifen und Verstehen die Befähigung, verständlich zu machen, also die didaktische und rhetorische Fähigkeit, Verstandenes auch verständlich weiter vermitteln zu können.

Es wäre allerdings zu einfach, diese Spannung auf ein didaktisches Problem reduzieren zu wollen. Es steht auch ein Machtproblem dahinter.

Für einen offenen Dialog darf keine hierarchische Abhängigkeit bestehen, wie sie zwischen Lehrer und Schüler, Therapeut und Patient, Spender und Unterstütztem meist der Fall ist. "Mein Modell", Diagnose und Empfehlungen des Analytikers, Beraters, Entwicklungshelfers, muss für den Dialog neben, nicht über das eigene Modell, das Selbstbild, der Beratenen gestellt werden.

Von Kultur war erstmals die Rede, als Menschen in der Agri-Kultur begannen, den Boden zu bearbeiten. In der Philosophie ist Kultur die moralische Setzung und Nutzung seiner Zwecke durch den Menschen. Kultur umfasst heute die ganze Pflege des Geistes, also Sprache, Religion, Ethik, Institutionen (Familie, Staat, Wirtschaft ...), Recht, Technik, Kunst, Musik, Philosophie und Wissenschaft. Kultur dient als Orientierung und Motivation für unser Handeln. Kultur basiert auf Werten, auf das Ausmaß der Identifikationen der handelnden Personen mit deren Organisationen, auf Engagement und Verpflichtung.

Deduktive und induktive Problemlösungen

Kommunikation lebt von der Anstrengung, anscheinliche oder nur scheinbare Probleme lösen zu helfen. Das ist die Basis der Arbeit im Dialog zwischen Partnern. Jedes Gespräch macht Behauptungen auf, die verständlich akzeptiert werden sollten. Alles Mentale führt zu neuerlichen Fragestellungen, die auf den Rückschluss warten.

Induktives Schließen, also das Ableiten von Schlussfolgerungen aus vorgegebenen Fakten, tritt als zentrale Komponente des Denkens dann in den Vordergrund, wenn es darum geht, Hypothesen aufzustellen und zu überprüfen, Bedingungsbeziehungen aufzuspüren, Voraussagen zu machen oder für das Auftreten bestimmter Ereignisse Wahrscheinlichkeiten festzulegen.

Induktion bedeutet in der Logik das Verfahren, vom besonderen Einzelfall auf das Allgemeine, Gesetzmäßige zu schließen, im Gegensatz zum umgekehrten Vorgang, der Deduktion. Der Induktion liegt die Annahme zugrunde, dass, wenn sich etwas bei einer Reihe von beobachteten Ereignissen als wahr erweist, es sich bei allen gleichartigen Ereignissen als wahr erweisen wird. Die Wahrscheinlichkeit der Richtigkeit hängt dabei von der Anzahl der beobachteten Ereignisse ab. Eines der einfachsten Beispiele für ein induktives Vorgehen ist die Auswertung von Meinungsumfragen, bei denen die Antworten eines relativ geringen Prozentsatzes der Gesamtbevölkerung auf diese hochgerechnet werden. Diese Gegenüberstellung von Induktion und Deduktion geht auf den Begriff der "epagoge" bei Aristoteles zurück. Man unterscheidet bei der Analyse von Induktionen aufzählende Induktionen (auch: Induktion durch einfache Aufzählung, unvollendete Induktion, lat.: *inductio per enumerationem simplicem*) von ausscheidenden Induktionen. Die aufzählende Induktion wurde von Aristoteles beschrieben.

Bei der aufzählenden Induktion werden möglichst viele Einzeltatsachen angesammelt, um einen allgemeinen Satz, aus dem die diesen einzelnen Tatsachen entsprechenden Einzelaussagen folgen, einleuchtender zu gestalten. Das traditionelle Beispiel für diese Form der Induktion ist die Hypothese, dass alle Schwäne weiß seien. Es hat sich gezeigt, dass diese These durch zahllose Einzelbeobachtungen gestützt wird. Es hat sich aber auch gezeigt, dass diese Form der Induktion besonders anfechtbar ist, da eine einzelne Tatsache sie bereits widerlegen kann. Als in Australien schwarze Schwäne beobachtet wurden, waren die zahllosen Einzelfakten, die für die weiße Farbe aller Schwäne sprachen, wertlos.

Induktion liegt vor, wenn man von Einzelfällen auf generelle Sätze schließt. Induktion beschreibt den Weg von Basissätzen (über Hypothesenhierarchien) zu Theorien. Die Verbindung Induktion zu Schlussfolgerung ist formallogisch nicht zulässig, d.h. Induktion lässt sich logisch nicht begründen. Bereits die klassischen Empiristen versuchten, menschliches Wissen durch Induktion zu erklären: Man gelangt durch induktive Verallgemeinerung von wahrgenommenen Gegebenheiten zur Erkenntnis von Gesetzmäßigkeiten. Nach Ansicht der logischen Empiristen kann dagegen das Wissen nicht mit theoriefreier Sinneserfahrung oder Beobachtungen beginnen, sondern es sind schon theoretische Konzeptionen (Annahmen, Begriffe etc.) vorauszusetzen. Das Induktionsprinzip wird von den logischen Empiristen daher nur zur Begründung und nicht zur Herleitung von Erkenntnissen eingesetzt.

Der kritische Rationalismus behauptet, dass es keine Induktion gibt, weil allgemeine Theorien nicht aus singulären Sätzen ableitbar sind. Sie können aber durch singuläre Sätze widerlegt werden, wenn sie mit Beschreibungen von beobachtbaren Sachverhalten kollidieren. Daraus ergibt sich das Prinzip der Falsifikation, das als Abgrenzungskriterium zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Aussagen benutzt wird. Einige Philosophen vertreten eine rein deduktive Logik: Von vorgegebenen allgemeinen Aussagen wird mithilfe logischer Ableitungsregeln auf spezifischere Aussagen (Konklusionen) geschlossen, ohne dass der Informationsgehalt der Konklusion über die Prämisse hinausgeht. Auf diese Weise kommt es nicht zu problematischen Erweiterungsschlüssen. [15]

Ähnlich ergeht es den kommunizierenden Klienten mit den Heilberuflern: Die große Weite des Diagnosenbegriffes bringt im Medizinnahen und in Gesprächen mit Klienten und Patienten Unklarheiten mit sich. Davon ist auch eine gezielte Diagnostik in der Praxis nicht verschont. Es ist daher in der Folge vordringlich, den Diagnosenbegriff für den Zweck berufstheoretischer und praktischer Abhandlungen schärfer zu formen.

Leider muss man akzeptieren, dass die diagnostische Zuordnung wäre durch ein Sektionsergebnis und durch die feingeweblichen und kulturellen postmortalen Untersuchungen gestützt werden. Beides wünscht man nicht seinem Klienten und Patienten. Hier bedeutet „Diagnose“ tatsächlich - im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauches - „das richtige Erkennen und Benennen einer Krankheit“. In einem solchen Falle könnte man also von einer *diagnosis*, d. h. von einem Durchschauen bis auf den Grund, sprechen. Zu einer akzeptierten Diagnose gehören zahlreiche Konklusionen und Exklusionen.

Mit welchem Recht nennt aber der Arzt gewisse Fälle, beispielsweise „Grippepneumonien“? Er sichert doch weder stets hinreichend die Existenz eines Infiltrates, noch schließt er sämtliche anderen Pneumonieformen routinemäßig aus - von einer exakten Grippediagnose ganz zu schweigen! In solchen Fällen kann von einem „Sehen bis auf den Grund“ überhaupt keine Rede sein. Damit hat der Arzt oder nicht-ärztliche Heilberufler aber auch gar nicht das Recht, sich hier eines wissenschaftlich festgelegten Krankheitsbegriffes zu bedienen. Sein diagnostisches Resultat ist etwas anderes als die überzeugende Identifizierung eines Verlaufes mit einem solchen Begriff. Die diagnostischen Rahmenbegriffe entwickelt der Heilberufler unbewusst, nach Maßgabe seiner schöpferischen Fähigkeiten, aus der eigenen Erfahrung heraus. Es sind persönliche Kompromisse angesichts der Unmöglichkeit, in der Praxis stets exakte Diagnosen zu stellen und darauf aufzubauen. Die allgemeine Tendenz geht naturgemäß dahin, diese persönlichen Diagnosenbegriffe umfassend zu gestalten. Es soll ja möglichst kein „Fall“ übersehen werden! Die Ausdehnung - gegenüber einer pathologisch gesicherten wissenschaftlichen Diagnose - wird also dort am augenscheinlichsten sein, wo ein „abwendbar gefährlicher Verlauf“ und eine sehr wirksame, relativ harmlose Therapie gegeben sind.

Ziehen wir aus dem Gesagten die Konsequenzen, dann werden wir also (für berufstheoretische Zwecke) den Ausdruck „Diagnose“ denjenigen Fällen vorbehalten müssen, in denen tatsächlich eine Krankheit richtig erkannt und benannt worden war. Alles Andere gehört in den „Befund“ und seine „Befundbesonderheiten“ („o.B. = ohne Besonderheiten“).

Von der Diagnose sollte man nur bei wissenschaftlich überzeugender Klärung einer kollegial abgestimmten Beratungsursache sprechen. Anderweitige diagnostische Ergebnisse müssten als Klassifizierungen (von typischen Verlaufs- und Zustandsbegriffen usw.) gekennzeichnet werden. Nicht namhaft gemachte Begriffe gehören auch nicht in die Kommunikation mit Betroffenen.

Für den Bedarf der medizinnahen Berufe ist die **Beschreibung von Befunden** obligat. Deren **Besonderheiten** sind im Vokabular der Medizin (s.o. „o.B.“) enthalten und disponieren nicht zu Verwechslungen.

Urteilsbegründete Entscheidungen

Jeder Beschreibung einer Befundbesonderheit, jeder Erklärung eines Befundes, jeder Abstrahierung zur Diagnose, jeder Therapieplan und jeder Zustand nach Therapie, unterliegt für alle medizinnahen Berichterstattungen und Kommunikationen sowohl Entscheidungen, als auch deren Begründungen. Sie entsprechen der Jurisdiktion und sind vergleichbar mit detailliertem Urteil.

Dafür gilt aber, dass in der Kommunikation nur über syntaktische Wege Rückführungen möglich sind. **Ein über Diagnostik und Therapie gesprochenes Wort kann man nicht ohne lange und umständliche, wenig glaubhafte Erläuterungen zwischen medizinnahen Berufsausübenden und Klienten/Patienten „zurücknehmen“.**

Grundsätzlich sind alle Urteile mit Entscheidungsgründen zu versehen. Die Entscheidungsbegründungen haben drei gänzlich unterschiedliche Grundlagen:

1. Jede Entscheidung dient als Leiter für Argumentationstauglichkeit formaler Arbeiten in Befunderhebung, Therapieplanung und ihrer Verfechtung gegenüber dem Klienten, Patienten, Heilberufler und der Institution, für die der Heilberufler leistet.
2. Jede Entscheidung ist im Zwiegespräch mit den Partnern Heilberufler – Patient zur Sicherheit der Argumentation im Ritualraum mit den Betroffenen. Sie festigt die Glaubwürdigkeit. Daher darf sie auch nicht zurück genommen werden, ohne dies zu begründen. Daher muss sie dokumentiert werden und zur Erinnerung bereit stehen.
3. Jede Entscheidung hat Wurzeln in Anamnese, Befund und Katamnese. Sie ist Merkmal für alle Folgen, die eine Rekonstruktion erbringen muss. Sie ist daher eine rechtliche Grundlage.

Ausnahmen gelten im Medizinnahen nur dort, wo Verantwortungen übernommen sind (z.B. im Kindschaftsverhältnis, in dem das Selbstbestimmungsrecht von den Eltern mit begleitet wird). [16]

Aus den letztlich hier gemachten Feststellungen ergibt sich die zwingende Notwendigkeit, Befundbesonderheiten zu beschreiben, um zu kommunizieren. Kurz gefasste „Diagnosen“ allein erfüllen nicht den Bedarf an exakter Information!

Entscheidungen unter Bewusstseinszwängen

Eines der obersten Gebote der Kommunikation im Medizinnahen ist das Verständnissgerechte. Es gibt reichlich Mittel und Wege, um Erklärungen zu verdeutlichen. Dazu gehören

- Das Eingehen auf den Verständigungsgrad, zu dem beide Partner bereit sind,
- Visuelle Hilfsmittel, die auditiv verstärkt werden können,
- Planbeispiele, die die Betroffenen nicht berühren dürfen, sondern erklärend wirken,
- Vergleiche aus populistischen Darstellungen, die niemals abgewertet werden,
- **Vor allem aber** Bezüge zu eigenem Verhalten und eigenen Erlebnissen.

Die Vertraulichkeit bleibt die persönliche Sicherheit der Kommunikationspartner.

Es geht um Wissen. Bei didaktisch und methodisch angemessener Vermittlung ist ethische Kompetenz das Resultat solcher Ausbildungsprozesse.

Ethische Kompetenz verharrt auf der unverbindlich bleibenden Ebene des Spiels des bloßen Verstehens; sie ist als Reflexion ein Probehandeln unter einfachem Gesichtspunkt. Ihre Denkergebnisse können jederzeit wieder aufgelöst und neu geordnet werden, ohne Folgen für die Praxis. Diese ethische Kompetenz führt jedoch nicht notwendigerweise zu moralischer Kompetenz.

Moralische Kompetenz beweist sich im Handeln. Sie ereignet sich auf der Ebene des Ernstes mit verbindlichen, nicht reversiblen Konsequenzen.

Ethische Kompetenz versteht, was sein soll („Kopf“). Moralische Kompetenz anerkennt das Verstandene („Herz“) und befolgt es („Hand“). Moralische Kompetenz ist letztlich Bewährung im Tun.

Zwischen Heilberufler und Patienten entsteht ein nützlicher Verbund, sich einzubringen, zu vollbringen, Engagement und Einfluss zu nehmen und sich gegenseitig zu beeindrucken. Letzteres zwingt dem Heilberufler besondere Disziplin auf, weil sein funktioneller Druck sehr fein mit dem Können abgestimmt sein muss.

Die Tatsache, dass der Helfende nur seines Zieles gerecht werden kann, wenn er bestimmte Formen der Empathie wirken lassen kann, muss ihn emotionalisieren. Er öffnet sich den Ansprüchen des Klienten und Patienten, indem er versteht und intelligent interpretiert. Der intellektuelle Zusammenhang zwischen Verstehen und Erklären (in Form des Verständnissgerechten) findet auf der Ebene der Persönlichkeitsmerkmale von Heilberufler und Patienten statt. Der Therapeut hat seine Wirkung vorauszusagen, seine Führung mit Helferwillen, mit Wärme, Anteilnahme bis zur Suggestion zu übernehmen.

Dabei berührt der Heilberufler die „aura curae“ mit ‚caring effects‘ und psychosomatischen Effekten so stark, dass der Patient eine für ihn hilfreiche Beziehung entdecken kann. Diese Beziehung ähnelt einem therapeutischen Mythos. Der Patient ist auf unbedingte Glaubwürdigkeit und Sinnzusammenhänge hin zu führen, um damit seine Bereitschaft zur Gesundung zu beweisen.

Für ihn gilt auch unbedingte Motivation zur Annahme von Hilfe und Zuwendungsmerkmalen. Die „aura curae“ ist nicht nur mit der Person des Heilberuflers erschöpfend erklärt. Der Eintritt des Patienten in die Klientel des Therapeuten, der Wille, untersucht und behandelt zu werden, die institutionelle Akzeptanz der Räumlichkeit und die Übernahme von Verantwortung für rehabilitative Maßnahmen gehören dazu.

Aus diesen Voraussetzungen ergibt sich die Abstimmung mit der Individualität von Helfendem und Patienten. Gender-spezifische Merkmale müssen berücksichtigt werden, ebenso wie altersabhängige. Das ist der Praxis vorbehalten. Diese stellt sich mit spezieller Wirkungsorientierung im Ritualraum.

f) Übertragung - Gegenübertragung

Das partnerschaftliche Verhältnis von Heilberuflern und ihren Patienten ähneln denen zwischen Psychologen und deren Klienten. In der Kommunikation gibt es vielfältige Resonanzen, die von beiden Handelnden ausgestanden werden müssen. Kein Wort, kein Satz und keine Aussage bleibt ohne ein Mitschwingen der Partner.

Heilberufler müssen Informationen und Meinungen übertragen.

Ursprünglich wurde "Gegenübertragung" vom Therapeuten zum Klienten als etwas angesehen, das den Therapieverlauf stört und negativ beeinflusst. Infolgedessen war die Vermeidung von emotionalen Reaktionen gängige Lehrmeinung.

Dem Therapeuten wurde die Funktion eines "leeren Spiegels" zugeschrieben - in dem sich die verzerrten (weil übertragenen) Gefühle des Klienten abzeichneten - und er hatte peinlichst genau darauf zu achten, jede emotionale Reaktion in sich auszumerzen. Hätte er emotional reagiert, so hätte er im Verdacht gestanden, auf die Übertragungen des Klienten unbewusst reagiert zu haben. Und das wurde als Fehler gewertet.

Das Modell von "Übertragung und Gegenübertragung" impliziert eine in starkem Maße sezierend-kontrollierende Haltung des Therapeuten und gibt Aufschluss auf eine spezifische, eher fehler- und pathologie-orientierte Sicht der therapeutischen Beziehung. Das Modell gründet zudem in einer Zeit, in der man davon ausging, dass der Therapeut eine objektive, eine von außen beobachtende, abtinent neutrale Position einzunehmen hat.

Heute und nicht zuletzt aufgrund der Erkenntnisse und der Konstruktivisten geht man von anderen Prämissen aus. Man weiß, dass ein Therapeut immer auch Teil des Therapiekontextes bzw. des therapeutischen Systems ist. Der Therapeut ist mit seiner eigenen Biographie, mit all seinen Erfahrungen, seinen Gedanken, Gefühlen und mit seinen Erkenntnismöglichkeiten anwesend.

Die Annahme, dass es eine objektive Wirklichkeit gibt, die von außen zu beobachten wäre, ist philosophisch und wissenschaftlich nicht haltbar. Gerade in sozialen Kontexten schafft die persönliche Bewertung und Bedeutungsumgebung eine subjektive Wirklichkeit. Insofern ist der Therapeut selbstverständlich aktiv an den "Konstruktionen der Wirklichkeit" beteiligt.

Die in jeder Beziehung Beteiligten tragen auch die Verantwortung für das Tun, das nach der Kommunikation erfolgt. Darum ist dieser Teil Schlüssel für die Leistungen. Allerdings muss man voraussetzen, dass beide in gegenseitigem Verständnis operieren und sich dessen auch bewusst sind.

Sehr viele populistische Einstellungen verneinen dies indirekt, indem sie dem Heilberufler die Wertigkeiten des „im weißen Kittel“ handelnden andichten. Das führt hinlänglich zu Diskrepanzen in beiderseitigem Auffassungsgrad. Deswegen haben viele Autoren den Begriff der „aura curae“ weiter als üblich gefasst:

g) Funktionsraum zwischen Heilberuflern und Gesunden

Ein Funktionsraum im herkömmlichen Sinne definiert sich in der Klinischen Medizin als ein veritabler Untersuchungsraum, in dem ambulant diabetologische und endokrinologische Funktionsteste, wie zum Beispiel oraler Glukosetoleranztest, Hypoglykämietest, Kochsalzbelastungstest, Lasix-Renin-Test, LH-FSH-Profile, hGH-Profile und viele weitere durchgeführt werden.

Daneben nutzt der Funktionsraum den poliklinischen und klinischen psychosomatisch/psychotherapeutischen Konsiliardienst, um Beratungstermine umzusetzen. In der Regel handelt es sich um Räumlichkeiten, die eine Abschottung des Klienten oder Patienten mit ihren Ärzten und wenigen Helfern gestatten. Coping-Gruppen für chronische Schmerzranke werden vorher auf Einzeltermine aufgeteilt. Symptombezogene Anamnese, sowie Verhaltensanalyse (z.B. Ess-, Trink- und Bewegungsverhalten), biografische, Familien- und Sozialanamnese, werden besprochen und dokumentiert.

Es erfolgt eine Klärung von Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) und operationalisierte psychologisch-psychometrische Diagnostik. Die Räumlichkeit bietet für die Partnerschaft zwischen Heilberufler und Klient vor allem aber die Klärung der Behandlungsmotivation und -fähigkeit (Indikation für ambulante oder stationäre Therapie).

Auf diese Weise wird ein Raum zur deutlichen Grenze für andere Heilberufler, Klienten und Patienten, und gestattet diejenigen Kontakte, die in der klassizistischen Aufgabenstellung der Ärzte ihnen vorbehalten war. Die Initiative zur Zuwendung findet dabei die bereitwillige Übertragung der Probleme, die der Klient spürt.

Es ist bedauerlich, aber doch alltäglich, dass das zuwendende Gespräch des Arztes mit dem des Priesters verglichen wird. Die Wurzeln dieses Missverständnis liegen in der Auffassung der Priester-Ärzte in Ägypten und anderen klassischen Kulturen, z.B. Perú. Initiativläsion der Argumente ist dort, wo das Kranksein als eine Strafe empfunden und beklagt wurde. Solche Schäden verlangen nach Sühne. Unsere Kulturen ersetzen dies durch die Beichte.

Alternativ zur Beichte im Beichtstuhl bieten Priester das so genannte Beichtgespräch an. Es findet meist in einem Nebenraum der Kirche oder im Pfarrhaus statt. Während des persönlichen Gesprächs bekennt der Beichtende seine Sünden und zeigt seine Reue. Der Priester spricht die Worte der Vergebung und legt dem Gläubigen die Hände auf. Da die Bürger unserer Nationen in der Regel mit den Religionen in Berührung gekommen sind, drängt diese Art der Kommunikation – wenn auch zunächst nicht bewusst – sowohl den Gesundheits-geschwächten, als auch den schwer-Leidenden zur Verständnis-Insolvenz, was er denn getan habe. Hier wird das geprüfte Sinnbild der rationalen Abfuhr von Problemen durch wissenschaftliche Kenntnis vernichtet.

Diese verwechselnden Tatsachen sind auch historisch belegbar. Jeder Gläubige (angefangen vom Steinzeitmenschen, der Elemente vergöttern musste, bis zum fanatischen Naturalisten unserer Zeit) sucht intuitiv das „Geheimnis, woher Du kommst“ und setzt, weil dieses Wissen fehlt, eine Gestaltung an diese Stelle (Gott). Dagegen wird der moderne Wissenserwerb zentripetal gestaltet. „Was ist heute welche Sache, woraus begründet sie sich naheliegend?“ geht von einer völlig anders liegenden Determinante aus (ständig in Zweifeln bestimmte Wissenschaft). Medizin ist logisch gebaut, weil sie nahe liegende Begründungen benötigt. Deshalb setzt der Heilberufler auf die Anamnese und nicht auf den Zweifel an der Kausalität.

Beide – Priester und Heilberufler – haben hingegen das Problem, mit den Berichten Anderer fertig zu werden und zu helfen. Daraus erwachsen Beichtgeheimnis und Schweigepflicht.

Das Beichtgeheimnis ist jedoch eng verbunden mit der Erwartung des Gläubigen, dass ihm danach alle Sünden vergeben werden.

Das ärztliche Gespräch mit der Erwartung der Zuwendung und der Hilfe ist dagegen zunächst im Ergebnis offen. Der Klient benötigt verstärkende Faktoren, um seine Zukunft mit Hilfe der heilberuflichen Zuwendung optimistischer zu sehen.

An diese Stelle der Partnerschaftlichkeit gehört die Sinngebung der Rituale um die Hilfe.

Das war nicht nur heutige Auffassung, sondern auch der Grund, warum die ägyptischen Priester zugleich als Ärzte tätig wurden. Dabei wird von allen Patienten, denen der Priester-Ärzte und denen der Schamanen, eine „Compliance“ erwartet oder sogar verlangt. Geheimnis und Schweigepflicht versichern den Fragenden.

Bekannt ein Christ im Sakrament der Beichte seine Sünden, ist der Priester zur völligen Geheimhaltung verpflichtet. Egal wie schwerwiegend mögliche Argumente sein können, der Priester kann vom Beichtgeheimnis nicht entbunden werden. Vor Gericht kann er das Zeugnis-Verweigerungsrecht geltend machen. Verletzt ein Priester das Beichtgeheimnis, begeht er eine schwere Sünde. Er verliert die Beichtvollmacht sowie all seine Ämter und Würde. Nach der Beichte darf der Beichtvater übrigens nur mit ausdrücklicher und freiwilliger Erlaubnis mit dem Beichtkind über seine Sünden sprechen.

Wer zufällig etwas aus einer Beichte erfährt, ist ebenfalls zum Schweigen verpflichtet. Die Beichte bei einem Priester ist die sakramentale und persönlichste Form der Sündenvergebung. Hier erfährt der Gläubige (z.B. bei schwerer eigener Schuld) die unmittelbare Zusage der Vergebung Gottes durch den Priester.

Die Schweigepflicht der Heilberufler bedeutet nichts Anderes. Der Patient muss sich darauf verlassen können, dass Pflegenden und Helfenden nur in seinem Sinne ihre interne Kommunikation nutzen, um seine Vermutungen und Hoffnungen weiter in ihren eigenen Bereich zu tragen.

h) Ritualisierung

Eine gesunde Dosis von Ritualen verringert erfolgreich Angst und Stress, haben Forscher aus Tel Aviv und Washington erkannt. Die Wissenschaftler um *David Eilam* fanden heraus, dass Rituale beruhigen und helfen, Stress zu bewältigen. Wiederholendes Verhalten im Alltag kommt nicht nur beim Menschen, sondern auch in der Tierwelt vor, beispielsweise beim Balzverhalten. [17]

Die Forscher teilten eine Handlung in drei verschiedene Phasen ein. Die erste dient der Vorbereitung, die zweite der eigentlichen Aktion und die dritte der Bekräftigung. Die erste und die dritte Phase sind für die eigentliche Tätigkeit oft gar nicht nötig, finden aber trotzdem statt.

Ein Basketball-Spieler vor dem Freiwurf etwa dribbelt den Ball. Für den Wurf selber ist das unnötig, nimmt ihm aber Unsicherheit, da es für ihn ein gewohntes Vorbereitungsritual darstellt. „Die Routine im Moment vor dem Ballwurf hilft den Spielern, sich zu konzentrieren und zu kontrollieren“, erklären *Eilam et al.*

Die Aufteilung der Handlung in drei Phasen ist auch im Hinblick auf Menschen mit Zwangsstörungen interessant. Die Patienten einer Zwangsstörung betonen oftmals die Phase der Bekräftigung sehr stark. Sie sehen zum Beispiel dreimal nach, ob sie den Herd abgestellt haben, weil sie sich nicht sicher sind, dass die Handlung auch wirklich abgeschlossen ist. Und darin liegt der Unterschied zu „alltäglichen“ Ritualen, hier sind sich die Menschen über das Ende durchaus bewusst. Da die Betonung der verschiedenen Phasen bei jedem Menschen sehr variiert, sind Rituale für *Eilam* „wie Fingerabdrücke: einzigartig“. [17]

Um hingegen Ritualisierungen zu verstehen, ist es nötig, diese in Verhaltensmustern vieler Tierarten zu beobachten und in das Menschliche zu übersetzen.

Ethologen haben die Veränderungen, die im Einzelnen bei der Ritualisierung eines Verhaltensmusters auftreten, sowohl auf der Seite der Signifikanten als auch auf der Seite der Signifikate zusammengestellt und sind zu den im Folgenden zusammengefassten Ergebnissen gekommen.

Auf der **Signifikatenseite** ist klar: Es erfolgt eine Umfunktionierung von einem physischen Zweck zu einer Mitteilung:

- Modifiziertes Füttern und Nestbauen wird zum Mittel von Flirt und Balz (Vögel).
- Modifizierte Hautpflege wird zum Mittel des Grüßens (Lemuren)
- Modifiziertes Zähne-Blecken und Beißen wird zum Mittel von gemeinsamer Entspannung und Spiel (Säugetiere).
- Modifizierter Gebrauch der Sexualorgane wird zum Mittel der Beschwichtigung (Paviane).

Auf der **Signifikantenseite** unterscheiden sich ritualisierte Bewegungsmuster von den Ausgangsbewegungen durch folgende Modifikationen:

1. Übertreibung: Der Bewegungsverlauf wird in Amplitude und Frequenz gesteigert und dadurch prägnanter gemacht.
2. Vereinfachung: Der Bewegungsverlauf wird auf wesentliche Komponenten reduziert. Auch das fördert die Prägnanz.
3. Stereotypisierung: Die Kontextabhängigkeit des Bewegungsverlaufs wird eingeschränkt, so dass er in allen Situationen gleich erscheint.
4. Vereinheitlichung: Die teilweise entgegen gesetzten Bewegungsparameter (langsam / schnell, nach vorn / nach hinten usw.) werden harmonisiert, so dass der Bewegungsverlauf eher als eine Einheit erscheint. (Ein Beispiel ist der Zickzack-Tanz des Stichlingsmännchens im Gegensatz zum ungeschlüssigen Hin-und-her-Laufen des verwirrten Liebhabers.)

5. Iterierung: Die rhythmisierte Wiederholung des ganzen Bewegungsmusters oder einzelner seiner Teile verstärkt die Aufmerksamkeit des Adressaten auf die Bewegung als Zeichenträger.
6. Haltungsänderung: Die Körperhaltung wird im Hinblick auf den Adressaten geändert. Meist kommt es zu deutlicher Zuwendung; in einigen Fällen (etwa beim Aufwiegeln der Enten) handelt es sich um vorgebliche Zuwendung zu einem Dritten (dem fiktiven Störenfried).
7. Intensivierung: Im Vergleich zum vorherigen und nachfolgenden Verhalten wird die ritualisierte Bewegung mit höherer Intensität (d.h. vor allem besonderer Sorgfalt der Artikulation, verstärkter Aufmerksamkeit und spezieller Zuwendung zum Adressaten) durchgeführt, so dass sie sich deutlich vom übrigen Verhalten abhebt.

Menschliches Verhalten ist vielfältiger als tierisches und meist weniger direkt auf klare Zwecke im Sinne der Arterhaltung zurückzuführen. Doch ist es beim Menschen ebenso wie bei den Tieren möglich, Handeln mit einem physischen Zweck von Handeln mit einem kommunikativen Zweck zu unterscheiden. Diese ist nun, dass die menschlichen Alltagsgesten, soweit sie nicht auf der Modifikation von angeborenen Reflexen beruhen wie das Gähnen, Lachen oder Weinen, aus Handlungen mit einem physischen Zweck entstanden sind, die zunächst mit der Anzeige dieses Zwecks kombiniert wurden und dann den ursprünglichen Zweck zugunsten der reinen Anzeige verloren haben.

Das gilt für die Phylogenese des Gestenverhaltens und seine historische Weiterentwicklung ebenso wie für die Ontogenese des Gestenverhaltens, d.h. das Erlernen der in einer Kultur üblichen Gesten durch jeden in dieser Kultur aufwachsenden Menschen.

Anders als bei vielen Bewegungsmustern der Tiere handelt es sich bei den Alltagsgesten des Menschen kaum um angeborene, sondern meist um erlernte Bewegungsmuster. Im Medizinnahen werden nur emblematische Alltagsgesten betrachtet, d.h. konventionelle Bewegungsmuster mit feststehenden Bedeutungen, die zu kommunikativen Zwecken produziert werden. [18]

Die **Intensivierung** ist das typische Verhaltensmuster des Heilberufers, der Zuwendung im rituellen Raum bezeugt.

Diese Intensivierung kann durch verschiedene Medien erfolgen. Das in der Medizin Übliche ist das der pharmazeutischen Unterstützung.

j) Kommunikationsmodelle in der Anwendung bio-medizinischer Placebos

Einer der semiotisch höchst unterschiedlich genutzten Begriffe ist der des PLACEBOs. Auf- und Abwertungen des Begriffes haben nicht allein semantische Bedeutungen, sondern strahlen aus mehreren Facetten vom Fachlichen hinein bis in das Umgangssprachliche.

Klinisch-pharmakologische Studien sind wichtig, um Forschung und Entwicklung der Medizin in die Praxis zu übersetzen. Sie werden in der Regel als Teil einer Qualitätssicherung für Klienten und Patienten der ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufers verstanden. Ihre Aussagen sollen als Deckung von Einzelfall-Beobachtungen und summarischen Publikationen dienen. Wirkstoffe, die als Medikamente benutzt werden, sollen systematisch und mit allen ihren Begleitstoffen geprüft sein mit dem Nachweis, ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit als getestet erklären zu dürfen.

Der Wirksamkeitsnachweis wird unter anderen Maßgaben mit **Placebo-kontrollierten Studien** gegen dem Verum ähnlich erscheinende, medikationsfreie ‚Leer‘-Präparate erstellt. Dieser Begriff wird benutzt, um herauszustellen, dass im Einnahme-kontrollierten Präparat der Wirkstoff-frei ‚verblindet‘, also nur scheinbar, aber mit derselben äußeren Form eingesetzt worden ist.

Andere Details sind durch das deutsche **Arzneimittelrecht** geregelt.

Die Wirkstoffe unterliegen **vor ihrer ‚Zulassung‘** einer strengen **Kontrolle**. Für diese sind in den Staaten der Europäischen Union mittlerweile zwei einheitliche Verfahrensregeln in Kraft. Hierbei hat der Pharmaunternehmer die Auswahl zwischen der zentralen und der dezentralen Zulassungsprozedur sowie dem Verfahren der gegenseitigen Anerkennung.

Bei der zentralen **Zulassungsprozedur**, die für bestimmte Arzneimittel, darunter gentechnisch hergestellte, verpflichtend ist, wird das Dossier direkt bei der Europäischen Arzneimittelagentur eingereicht. Nach erfolgreicher Prüfung und Konsultation der Mitgliedsstaaten erteilt die EU-Kommission eine europaweite Zulassung.

Beim Verfahren der gegenseitigen Anerkennung wird der Zulassungsantrag in einem einzelnen Referenzstaat eingereicht. Bei erfolgter Zulassung in diesem Staat kann diese nationale Zulassung in einem zwischen den nationalen Arzneimittelbehörden koordinierten Verfahren auf weitere Mitgliedsstaaten ausgeweitet werden.

Ähnlich verhält es sich mit der **Kommunikation über Medizinprodukte**. Diese Produkte sind Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Software, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenstände **mit medizinischer Zweckbestimmung**, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen bestimmt sind. Anders als bei Arzneimitteln, die pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch wirken, wird die bestimmungsgemäße Hauptwirkung bei Medizinprodukten primär auf physikalischem Weg erreicht. Medizinprodukte sind zum Beispiel Verbandstoffe, Infusionsgeräte, Katheter, Herzschrittmacher, Sehhilfen, Röntgengeräte, ärztliche Instrumente und Labordiagnostika. Sie sind zulassungspflichtig und werden in Deutschland mit dem CE-Zeichen gekennzeichnet. Die wirtschaftliche Bedeutung der Medizinprodukte ist gewaltig. Der Umsatz der deutschen Medizinprodukteunternehmen liegt im Jahr bei etwa 20 Milliarden Euro. Die Branche beschäftigt etwa 175.000 Personen. Deutschland ist weltweit nach den USA und Japan der drittgrößte Markt für Medizinprodukte.

Klinisch-katamnestische Studien gelten bestimmter Behandlungsformen oder medizinischer Interventionen auf ihre Wirksamkeit und Sicherheit. Sie gelten als Bestätigungen des jeweiligen Erkenntnis- und Wissensstandes in Relation zum medizinnahen Stand der Akzeptanz unter Berücksichtigung aller vorhandenen Literatur. Um äußerliche Störeinflüsse zu minimieren, werden derartige Studien in einem kontrollierten Umfeld durchgeführt. Nachbeurteilungen müssen ermöglicht werden.

Zwei wesentliche Begriffsinhalte bestimmen die so entstehenden **Kreuzgutachten**:

- **Der eine ist die Evidenz, ebM (evidenz based medicine),**
- **evidence elected empirical medicine** sowie
- **non evidence medicine,**

der andere die Beurteilung durch ebenbürtige Fachkundige aus den betreffenden Wissensgebieten. Das **Peer Review** beinhaltet Korrekturen, die zu befolgen sind.

Nicht in jedem Fall ist infolge des Anfalles kleiner Datenmengen eine statistische Signifikanzanalyse vorsehbar. Deshalb bleibt die Einzelbeobachtung, also der Deskriptions-Bericht über die Fälle von „Nicht kontrollierten therapiebezogenen Beobachtungen“ ein Mittel der Wissenschaftlichkeit. [19]

In derartigen Fällen von Fallbeschreibungen wird sowohl auf „Prognose mit Therapie“ und „Prognose ohne Therapie“, auf der Begleitung der **Placebowirkung**, abgestützt.

Die allgemein für Untersuchungsberichte für Publikationen gewählte grobe Unterscheidung erfolgt in Einzelfall-Berichte und **Metaanalysen**. Metaanalysen stützen sich auf viele bereits publizierte Ergebnisse, die gewichtet werden, damit die auszuwertenden Datenmengen groß sind.

Ein Beispiel sind die Inhalte der Metastudien innerhalb der Homöopathie.

Aus der kühlen Wissenschaftlichkeit kam im Monat August 2005 eine bemerkenswerte Schlussfolgerung, die sich „Tendenz“ nennt, aber mit der Homöopathie hart ins Gericht geht: „Biases are present in placebo-controlled trials of both homoeopathy and conventional medicine. When account was taken for these biases in the analysis, there was weak evidence for a specific effect of homoeopathic remedies, but strong evidence for specific effects of conventional interventions. This finding is compatible with the notion that the clinical effects of homoeopathy are placebo effects.“ (Shang *et al.*) [20]

Auf die große Mehrheit der Ärzte wirkt das Prinzip "Ähnliches mit Ähnlichem zu bekämpfen" als eine Alternative, die dem Arzt-Patienten-Verständnis Anziehungskraft schenkt. Der Einwand von Naturwissenschaftlern, in homöopathischen Präparaten hoher "Potenz" sei rechnerisch mitunter kaum noch ein Molekül des Wirkstoffes zu finden und ein Effekt somit illusorisch, konnte daran nichts ändern. Der Homöopathie wurde schon längst eine Berechtigung im Medizinbetrieb eingeräumt.

Dazu kommt, dass dem Wasser auf physiko-chemischer Grundlage ein gewisses Maß an Informationsvermittlung zugestanden wird, das dem Wirkungspotential der Homöopathie zugerechnet ist.

Der bekannte Publizist *Reinhard Wandtner* berichtet in der FAZ vom 31.08.2005: Für Gegner der Hahnemannschen Heillehre mag es ein Triumph sein, wenn sie einen Kommentar in der aktuellen Ausgabe der international renommierten Medizinzeitschrift "The Lancet" lesen. Denn er verkündet das, was sie ersehnen: das Ende der Homöopathie.

Was den Kommentator der Zeitschrift zu dieser vollmundigen Aussage bewogen hat, ist die erwähnte Metaanalyse zur Wirksamkeit homöopathischer Behandlungen. *Shang et al.* sind der Frage nachgegangen, ob es sich bei den immer wieder berichteten klinischen Wirkungen der Homöopathie um „Placebo-Effekte“ handelt. Dazu wertete die schweizerisch-britische Forschergruppe insgesamt 220 Studien aus. In der Hälfte davon ging es um homöopathische Behandlungen, in der anderen Hälfte um allopathische, also so genannte schulmedizinische Therapien. Untersucht wurde die Wirkung bei den verschiedensten Erkrankungen, etwa Atemwegsinfekten, Pollenallergie und neurologischen Leiden. In all diesen Studien war immer auch eine Scheinbehandlung vorgenommen worden, hat man doch gelernt, dass ohne Abzug des Placebo-Effekts der Erfolg einer Therapie stark überbewertet werden kann.

Die kühle Wissenschaftlichkeit der Arbeit von *Shang et al.* trägt allein durch diese Sammlung Fehler. Methodisch analysiert wurden ausschließlich placebokontrollierte randomisierte Therapiestudien, die Medikationswirkung erläutern, aber nicht das Ärztliche. *Lüdtke*, Statistiker der CARSTENS-STIFTUNG, zeigt dazu auf, dass die gewählte, moderne Analysemethodik der Meta-Regression wenig robust gegenüber geringen Abweichungen der Formulierung der statistischen Modelle ist. Damit stimmen also die Sicherheitsgrade der kritisierten Quell-Arbeiten und der Analyse nicht überein.

Aus dem Ergebnis aber, zu dem die Forscher bei ihrer ansonsten sorgfältigen Analyse gekommen sind, können „Schulmediziner“, hier sind die Vertreter einer strengen konventionsgestützten evidenzoptimierten Medizin gemeint, eine schlagwortartig knappe, für sie erfreuliche, aber auch eine schmerzlich in die Tiefe gehende Botschaft ableiten. Wir haben sie unter dem Mantel einer Neu-Formulierung der so genannten Placeboeffekte als **Sinngerichtete Zuwendung** betrachtet und strukturiert. [21]

Zur Sinngerichteten Zuwendung gehört in der stationären Hilfe und Pflege eine immerwährende personenspezifische Information. Dass diese in einer Art stattfindet, die dem Rezipienten (dem Klienten oder Patienten) verständnisgerecht sein muss, liegt auf der Hand. Fremdsprachliche Barrieren überwindet man selbstverständlich nicht durch Übersetzer, sondern hauptsächlich durch nicht-sprachliche Kommunikation. Dazu gehören neben der Körper-Haltung eine Mimik, eine Gestik und eine Sprache, die der Zuwendung angepasst sein sollte und den gesamten Raum füllen darf.

Diese Sinngerichtete Zuwendung kann durchaus therapeutischen Nutzen signalisieren.

Die Carstens-Stiftung gab in diesem Zusammenhang im Mai 2012 eine Aufsehen erregende und kommentierte Studie über ‚Placeboforschung‘ zur Kenntnis. Sie betrifft die Schutzmedikation in der Transplantationsmedizin. Dazu ist sachbezogen zu erläutern: Interferone und Interleukine sind Eiweiße, die wichtige Funktionen in der Immunabwehr des Körpers erfüllen. Ihre Konzentration kann durch das Chemotherapeutikum Cyclosporin herabgesenkt werden, was vor allem von Bedeutung ist, um Abstoßungsreaktionen transplanteder Organe zu vermeiden.

In der vorliegenden Studie bekamen Ratten und Menschen Cyclosporin verabreicht, um die Konzentration an Interferon-Gamma und Interleukin-2 abzusenken [22]. Vorab wurde ihnen ein übel schmeckendes Getränk verabreicht. Dieser Vorgang wurde an den nächsten beiden Tagen wiederholt. Anschließend konnte noch drei Tage später ohne weitere zwischenzeitliche Cyclosporin-Behandlungen eine ähnliche Immun-Unterdrückung erreicht werden, wenn das übel schmeckende Getränk alleine verabreicht wurde. Diese Art der Immunsystem-Programmierung im Sinne einer klassischen Konditionierung ist bereits bekannt gewesen [23].

In dieser neuen Studie konnte allerdings zum ersten Mal gezeigt werden, dass die Immun-Unterdrückung auch noch 11 Tage nach der letzten Cyclosporin-Gabe abrufbar war, wenn das Getränk alleine verabreicht wurde. Die Unterschiede waren in den Rattenversuchen zu allen Zeiten signifikant.

Die **Einschätzung dieser Arbeit im Rahmen der Placeboforschung** fällt in mehrerer Hinsicht eine besondere Bedeutung zu, beschreibt sie doch die intensive und anhaltende Kommunikation zwischen zentralem Nervensystem und peripherem Immunsystem (und zwar in beide Richtungen). Das spätere **Abrufen der Immunreaktion allein mittels des Placebos** kann möglicherweise zur Therapie-Optimierung genutzt werden, in dem Sinne, dass beispielsweise Cyclosporinkonzentrationen verringert werden können, wenn gleichzeitig das Placebo verabreicht wird.

Vertrauen ist das größte Kapital der Medizin. Zum Vertrauen gehört das Gefühl des Betroffenen, geborgen zu sein. Ohne Vertrauen ist jede Therapie schon deswegen wertlos, weil der Patient die Ratschläge seiner Helfer und seiner Pfleger nicht lange befolgt. Je besser die medizinnahen Heilberufler es verstehen, Zuversicht zu wecken, umso schneller und mit umso weniger Schmerzen werden ihre Patienten gesünder. Wie bekannt, erzeugt schon die Tonlage, in der ein Heilberufler mit dem Menschen in der Station spricht, einen Unterschied. Besonders erfolgreich sind diejenigen, die Einfühlungsvermögen mit klarer Information verbinden und dabei den Patienten Wahlmöglichkeiten geben.

Leider wird der Placeboeffekt in der Literatur sehr häufig unglücklich interpretiert. Diese Missinterpretation stammt meist aus der Pharmakologie und bezieht sich ausschließlich auf die so genannten Leerkontrollen, also wirkstofffreie Mittel.

Tatsächlich ist innerhalb der „aura curae“, der Begegnung von medizinnahen Berufen mit Patienten, ausschließlich bereits die Anwesenheit des nicht-ärztlichen Heilberufers verbunden mit Vertrauen bildender Maßnahme. Auch dieser Effekt setzt ausschließlich auf Vertrauen. Schöpft der Kranke Hoffnung, regt er seine Selbstheilungskräfte an - und sein Leiden wird besser erträglich. Die sinngerichtete Zuwendung ist eine Krücke. Sie funktioniert, weil sowohl die Heilberufler, als auch die Patienten an die Tatsache glauben, dass ihnen geholfen werden wird. Selbst die Erwartung eines Schmerzes verursacht aktive ZNS-Tätigkeit, die dann durch die ihr eigene Aktivität zur Schmerzerträglichkeit führt.

Wir bräuchten die psychische „Vorbereitung“ somatischer Befunde nicht, würden wir die Fähigkeit unseres Körpers, mit Krankheitssymptomen fertig zu werden, höher einschätzen und ihr vertrauen.

Von hoch entwickelter Medizin umsorgt, haben wir dieses Vertrauen verlernt. Und die Medizin hat verlernt, dass sie nicht nur die Wissenschaft vom Heilen ist, sondern auch Heilkunst.

Sinngerichtete Zuwendung kann und soll auch nicht Therapie ersetzen. Kein verantwortungsvoller ärztlicher und nicht-ärztlicher Heilberufler wird seinen Patienten den Schatz der modernen Medizin vorenthalten und sie mit Zuckerpillen und Kräuterkuren „abspeisen“. Vielmehr werden die Erkenntnisse über den Sinn gebenden Zuwendungseffekt helfen, die naturwissenschaftlich begründete Medizin weiterzuentwickeln. Denn Gesundung entsteht am ehesten beim Zusammenkommen von Wirkstoffen und Glauben an ihre therapeutische Wirkung.

Einer der Mitbegründer konstruktivistischer Ideen, *Heinz von Förster* (Professor für Informatik, Biophysik, Physiologie) hat 1974 treffend einfach formuliert: [24]

*„Es ist doch ein unglaubliches Wunder, das hier stattfindet.
Wenn man nur für einen Moment sagt:
Das bist du, der diese Sicht der Welt produziert, das ist nicht draußen, das ist nicht irgendeine sogenannte objektive Wirklichkeit, auf die man sich beziehen kann.
Man kann nicht mehr andere verantwortlich machen für das, was man sieht, denn man ist ja selbst derjenige, der diese Sicht konstruiert.
Die Menschen erhalten ihre Verantwortung in größtmöglichem Maße wieder zurück,
können sie nicht an irgendeine übergeordnete Instanz oder irgendwelche äußeren Umstände abschieben. Sie werden Beteiligte.“*

In diesem neuen Verständnis ist der Therapeut ein Beteiligter - und das hat nachhaltigen Einfluss auf die Art der Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

*Ich plädiere dafür, die therapeutische Beziehung als eine partnerschaftliche Kooperation zu sehen, bei der jede beteiligte Person eine spezifische Verantwortung trägt:
Der Klient trägt die Verantwortung für sich selbst und für sein Thema, mit dem er in Therapie gekommen ist.*

Der Therapeut trägt die Verantwortung für sich selbst und für seine Interventionsangebote und unterstützt den Klienten darin, eigenverantwortlich sinnvolle Lösungskonzepte zu entwickeln. Eine logische Konsequenz aus dieser Sicht ist, dass der Klient innerhalb einer kooperativen therapeutischen Beziehung lernt, mehr und mehr in eigene Kompetenzen zu vertrauen, sein Selbstbewusstsein und seinen Selbstwert weiter zu entwickeln und selbständig Lösungen zu entwickeln.“

[24]

Die in jeder Beziehung Beteiligten tragen auch die Verantwortung für das Tun, das während und nach der Kommunikation erfolgt. Darum ist dieser Teil Schlüssel für die Leistungen. Allerdings muss man voraussetzen, dass beide in gegenseitigem Verständnis kommunizieren und sich dessen auch bewusst sind. Dazu kommt, dass man nicht nur von den Betroffenen der partnerschaftlichen Kontakte (den Patienten / Klienten) eine Reihe von Einverständnissen erwartet, sondern selbstverständlich die Tragfähigkeit der Kontakte der pflegenden und helfenden Berufe im Medizinnahen stärken muss.

k) Grundsätze der Emotionalen Intelligenz

Mit dem Ausdruck des Neuen wird zur Zeit spekuliert, die bisherige Schau der Intelligenz durch die „**Klugheit der Gefühle**“ zu ersetzen. Selbst in Ländern, die nicht unbedingt der weiten Akademisierung huldigen, wird diese als tragender Faktor für den Erfolg im Wirtschaftlichen und der allgemeinen Kommunikation angesehen. Globale Fortschritte werden durch die Bewertung des Einsatzes von „E I“ als Kontrapunkt zum Intelligenz-Quotienten „I Q“ erwartet.

Vielfach sollen Führungskräfte erfolgreich vor allem über eine hohe Emotionale Intelligenz verfügen. Darunter versteht man die Fähigkeit, Emotionen in Bezug auf sich selbst und andere Menschen wahrzunehmen, auszudrücken, zu verstehen und sinnvoll zu handhaben. Spätestens seit der Veröffentlichung dieser Wertung Mitte der Neunziger Jahre ist Emotionale Intelligenz zu einem Standardbegriff geworden, dem in Wissenschaft und Öffentlichkeit hohe Aufmerksamkeit geschenkt wird, selbst wenn oft darüber kontrovers diskutiert wird.

Der Emotionale Intelligenz-Begriff erweiterte das bisherige Intelligenz-Konzept um die überlebensnotwendige Fähigkeit des Menschen, sich in Situationen und in andere Menschen einfühlen zu können. Die Feinheiten der Theorie vom „E I“ finden auch Kritiker, gleichwohl ist Emotionale Intelligenz inzwischen zu einer absolut wichtigen Anforderung im Personalbereich geworden. Dort zählt die Fähigkeit der Emotionalen Intelligenz zu den wesentlichen Wunschkriterien. Für die Besetzung einer leitenden Position soll der Grad an Emotionaler Intelligenz sogar weitaus bedeutender sein als der Intelligenzquotient. Das individuelle Fachwissen und der Intelligenzquotient fließen nur zu jeweils 25 Prozent in die Bewertung eines Bewerbers ein – die Emotionale Intelligenz hingegen zu 50 Prozent.

Je höher die Position in einem Unternehmen ist, desto stärker gewinnen fachübergreifende Kompetenzen an Bedeutung. Im modernen Arbeitsprozess koordinieren und fördern Führungskräfte die individuellen Ressourcen ihrer Mitarbeiter. Sie versammeln unterschiedliche Talente und Persönlichkeiten um sich, die den Erfolg des Unternehmens auf allen Ebenen gewährleisten. Der Führungskraft obliegt es, Verantwortlichkeiten festzulegen, unterschiedliche Energien zu bündeln und verbindliche Ziele zu entwickeln. Emotionale Intelligenz kann die Bewältigung dieser Aufgaben entscheidend fördern und besser voranbringen.

Emotionale Intelligenz ist kein Schicksalsgeschenk, sondern eine Kombination von Einzelfähigkeiten, die erlernbar sind. Sie umfasst alle Bereiche, die zur Verarbeitung von inter- und intrapersonellen Informationen notwendig sind. Der Einsatz von Emotionaler Intelligenz lässt sich fortwährend verfeinern und eröffnet Führungskräften und Mitarbeitern wertvolle Vorteile. [25]

Emotionale Intelligenz führe zu Erfolg im Leben und Beruf. Zu dessen Popularisierung hat insbesondere der US-amerikanische Journalist *Daniel Goleman* beigetragen. Nach *Goleman* setzt sich Emotionale Intelligenz aus fünf Kompetenzen zusammen: [26a]

1. Merkmale Emotionaler Intelligenz: Selbstwahrnehmung ist die Fähigkeit eines Menschen, seine Stimmungen, Gefühle und Bedürfnisse zu verstehen und zu akzeptieren. Die genaue Kenntnis der eigenen Persönlichkeit umfasst hierbei auch die Kompetenz, die Wirkung des eigenen Handelns auf andere objektiv einzuschätzen.
2. Merkmale Emotionaler Intelligenz: Selbstregulierung bedeutet das planvolle Handeln in Bezug auf betriebliche Faktoren wie Zeit und Ressourcen. Eigene Gefühle und Bedürfnisse werden der Situation angemessen gehandhabt und der konkreten Zielvorgabe untergeordnet.
3. Merkmale Emotionaler Intelligenz: Empathie erbringt die Fähigkeit, emotionale Befindlichkeiten anderer Menschen wahrzunehmen und adäquat zu reagieren. Im beruflichen Kontext gilt es, auch unausgesprochene Bedürfnisse von Mitarbeitern und Kunden zu befriedigen und entstehende Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu beheben.
4. Merkmale Emotionaler Intelligenz: Motivation soll die Fähigkeit beinhalten, sich selbst und andere für konkrete Aufgaben zu begeistern. Die genaue Kenntnis der eigenen Persönlichkeit und der Potenziale und Bedürfnisse der Mitarbeiter ermöglicht es, erfolgreiche Motivationsanreize zu schaffen.
5. Merkmale Emotionaler Intelligenz: Soziale Kompetenz soll vorhanden sein, um im beruflichen Kontext Kommunikationsstrukturen zu entwickeln, Kontakte zu knüpfen und tragfähige Beziehungen aufzubauen. Dies schließt das innerbetriebliche Beziehungsmanagement ebenso ein wie die Netzwerkpflege.

Diese fünf Punkte lassen sich tatsächlich auf den Anforderungskatalog der medizinischen Berufe zentrieren; dazu gehören Mitgefühl, Kommunikationsfähigkeit, Menschlichkeit, Takt, Höflichkeit u.ä. Johann Wolfgang von Goethe sprach von "Herzensbildung". [26b]

Die morphologischen Grundlagen entstammen der neuesten funktionellen Hirnforschung, die sich seit drei Jahrzehnten der neueren Kognition widmet. Dabei wurden Gehirnzellen mit dem Drang zur Imitation entdeckt, die man nun „Spiegelneuronen“ nennt, 1991 in einem Versuchslabor im italienischen Parma. Eigentlich wollte der Neurologe *Vittorio Gallese*, medico neurologo, è professore ordinario di Fisiologia Umana all'Università di Parma damals nur testen, wie das Gehirn eines Affen arbeitet, wenn das Tier nach einer Erdnuss greift. Mit Elektroden zapfte er einzelne Hirnzellen an und untersuchte ihre Reaktion. Zu *Galleses* Überraschung feuerten bestimmte Neuronen im Affenhirn nicht nur dann, wenn der Makake zugriff – sondern auch, als der Forscher die Hand nach der Erdnuss ausstreckte. [27]

Bis dato hatten die Wissenschaftler an eine strikte Arbeitsteilung der grauen Zellen geglaubt: Bestimmte Bereiche im Gehirn seien nur für das Sehen zuständig, andere steuerten ausschließlich das Muskelspiel, so die allgemeine Auffassung. Doch seit *Galleses* Entdeckung wird der Organisationsplan des Gehirns umgeschrieben.

Dabei ist auch die Grundlage der Kognition zu einem anderen Stellenwert gelangt. Es gibt nach dieser Auffassung nicht mehr lineare Fortleitung der kognitiven Elemente und Schaltungen. Vielmehr gehen die Wissenschaftler davon aus, dass das Gehirn einem Resonanzbereich ähnelt, in dem alle potentiellen Reize gesammelt und dann zu einem komplexen Muster geführt werden. Daraus ist abzuleiten, dass nicht nur die Sprache, sondern vor allem Gestik und Mimik des Handelnden auf den Rezipienten einwirken. Dieser erfasst mithin „ganzheitlich“.

Das ist von Nutzen für die Darstellung, zu der sich der Arzt, der nicht-ärztliche Heil- und Pflegeberufler und der Helfende bringt: Die „aura curae“ des Patienten wird uneingeschränkt beeinflusst, wenn den Handelnden dieser Ansatz gelingt. Mittel und Wege zu den dafür notwendigen Übungen geben die Neuro-lingualen Programme. Sie gehören damit zu den täglich gebrauchten Arbeits-Voraussetzungen der medizinischen Berufe.

Wo genau und in welchen Bereichen des Gehirns die Multitalente zu finden sind, ist noch immer unklar. Doch mit dem Fortschritt der bildgebenden Verfahren nimmt die neuronale Landkarte mehr und mehr Gestalt an. Noch vor wenigen Jahren mussten die Forscher mit ihren Elektroden jede Hirnzelle einzeln untersuchen, um in einem Zellhaufen ein Spiegelneuron aufzuspüren. Das dauerte oft tagelang. Heute liefern Kernspintomografen, die die Aktivität ganzer Hirnareale abbilden, in Minutenschnelle Hinweise auf ihren Aufenthaltsort.

So weiß man mittlerweile: Spiegelneuronen sitzen sowohl im Prämotorischen Kortex, der für Bewegungen zuständig ist, als auch im Insularen Kortex, wo Gefühle wie Ekel verarbeitet werden, und im Sekundären Somatosensorischen Kortex, der Berührungen registriert. Wahrscheinlich sind Spiegelneuronen auch in anderen Hirnregionen zu finden, glaubt *Christian Keysers*. Das hieße: Spiegelzellen sind in der Lage, die ganze Palette menschlicher Gefühle zu imitieren: Freude und Trauer, Furcht und Angst. „Tatsache ist: Wir haben ein ziemlich soziales Gehirn“, sagt *Keysers*. [28]

Und doch gibt es Menschen, die auch das grausamste Gemetzel kalt lässt. Während der ganze Kinosaal angesichts verstümmelter Leichenteile entsetzt aufschreit, lümmeln sie sich teilnahmslos im Sessel. Wie ist das zu erklären? Vielleicht, so vermuten die Forscher, sind bei diesen Menschen die Spiegelneuronen kaum aktiv. Oder sie liegen womöglich völlig lahm. Das sind bislang allerdings nicht mehr als Spekulationen.

Normalerweise machen sich die Imitationskünstler bereits im Gehirn von Säuglingen ans Werk. Sie feuern beim Anblick von Gesten und Gesichtsausdrücken – auch wenn die Kinder selbst noch gar nicht in der Lage sind, diese auszuführen. Das Aktivitätsmuster der Spiegelneuronen kann dabei gespeichert und bei Bedarf abgerufen werden. Das könnte erklären, warum mancher Dreikäsehoch, der zum ersten Mal aufs Fahrrad steigt, gleich gekonnt in die Pedale tritt.

Diese bedeutungsvollen Erkenntnisse stehen nicht im Widerspruch zu der ‚Hemisphärentheorie‘ von *Roger Wolcott Sperry*, der 1981 den Nobelpreis für Medizin erhielt. Sie stärken die Bereiche der emotionalen Aktivitäten der rechten Hemisphäre unseres Gehirns. Dieser vermutete Sitz der Emotionalen Intelligenz steht für komplexe, aber chaotische Ordnungsmuster. [29]

Heute ist die Hemisphärentheorie aber äußerst umstritten. Nach der Hemisphärentheorie ist unser Großhirn in zwei Hemisphären untergliedert. Der linken Hemisphäre kommt die Aufgabe des begrifflichen Denkens zu. Sie verarbeitet Informationen nacheinander und denkt logisch und final. Außerdem speichert die linke Hemisphäre Vorgänge, die regelmäßig ablaufen und sorgt dafür, dass alltägliche Handlungen (wie z. B. Essen, Waschen usw.) nicht immer wieder neu gelernt werden müssen. Das Modell selbst hat aber seine Bedeutung erhalten.

Die rechte Hemisphäre kümmert sich um das bildliche Denken. Sie verarbeitet Informationen gleichzeitig und ist analog. Die rechte Hemisphäre verhindert einen Schematismus in unseren Handlungen, indem sie dazu beiträgt, die Grenzen des Gewohnten zu durchbrechen. Diese Hirnhälfte hat besondere Funktionen, die mit der Komplexität aller emotional geprägter Verfahren verbunden sind. Komplexes bildet Muster. Diese Muster sind Verständnisinseln, die man mit immer neuen Wegen verbunden versteht. Ein einmal erwirktes Muster ist als ein Cluster zu verstehen. So sieht man das Clustering eingesetzt an, da es als Technik die rechte Hemisphäre mit in den Schreibprozess einbezieht, indem Ideen und Erinnerungen assoziativ freier Lauf gelassen wird, ohne durch die Forderung einer logischen Reihenfolge eingeschränkt zu sein. Folglich ermöglicht das Clustering die Koordination und das produktive Zusammenwirken sowohl innerhalb der rechten Hemisphäre, als auch der beiden Hirnhemisphären.

Lutz von Werder, der sich mit dem Hemisphärenmodell beschäftigte, deutet dies so: „Das Kind lebt weitgehend mit der rechten Gehirnhälfte (dem Unbewussten). Erst durch die Sozialisation baut sich die Macht der linken Gehirnhälfte auf (das Bewusstsein), die alle Spontaneität im Denken durch das Zensieren der Gefühle unterbindet.“

Das Clusterverfahren setzt freie Assoziationen gegen sterile Systematik, Bild gegen Begriff, Originalität gegen Konvention, Ganzheit gegen Detail und kindliche Originalität gegen erwachsene Routine.“ [30]

Für das Clustering mag die Herleitung aus der Hirnforschung als interessant erscheinen, aber sie ist kaum für Lehrende und Lernende notwendig und ergiebig. In der Lernforschung ist auch unabhängig einer Zuordnung von Gehirnhälften länger schon klar, dass unterschiedliche kognitive und emotionale Schemata mit- und gegeneinander wirken. Für eine naturalistische Ableitung von Lernerfahrungen aus Gehirnhälften gibt es bisher eher spekulative Belege, die sich nicht eindeutig rekonstruieren lassen. Eine energetische Reaktion im Gehirn erklärt ja noch keine Lernfunktion, sie hilft auch nicht, konkrete Lehr- und Lernmethoden zu entwickeln, sondern liefert zunächst nur Hinweise auf Hirnregionen und deren Aktivität. Je nach Beobachterstandpunkt zeigte sich in den letzten Jahrzehnten dabei immer wieder, dass eindeutige Lokalisierungen schwierig sind. Abgeleitete Funktionen sind noch problematischer. Deshalb sollten Techniken wie das Clustering in ihrem Lehr- und Lernerfolg weniger aus dem Gesichtspunkt der Hirnforschung, sondern des praktischen Kommunikationserfolges betrachtet werden. Und hier erscheint das Clustering erfolgreich und sinnvoll, weil es an Erfahrungen von Lernern anschließen kann. Die gebildeten Cluster helfen Sachverhalte oder Ereignisse kognitiv zu strukturieren und besser zu behalten.

Clusterforschung ist auch Inhalt einiger Ansätze, die zur Hirnforschung neuerer Art gehören. Dies geht bis hin zur Optimismus-Kennung. *William F. Fry* ist Professor an der Stanford University School of Medicine in Palo Alto und seit 1954 Mitarbeiter am dortigen "Mental Research Institute", der heute als Vater der Gelotologie (Humorforschung) gilt. Inzwischen ist die **Science of Pleasure** eine weltweit anerkannte Disziplin. *Fry* unternahm diverse Selbstversuche und stellte fest, dass die Aktivität der natürlichen Killerzellen während der Lachphase ansteigt. Seine Untersuchungen des Immunsystems erregten weltweit Aufsehen. Der Bezug zu Klienten und Patienten ist aus der menschlichen Entwicklung herzustellen: Im Alter zwischen vier und acht Wochen huscht das erste absichtliche Lächeln über das Säuglingsgesicht. Schon wenige Wochen nach der Geburt benutzt das Baby instinktiv sein Lächeln als Medium zum emotionalen Austausch mit der Mutter. Damit signalisiert es „Ich bin offen für Kontakt!“. Etwa ab dem vierten Lebensmonat setzt das Lachen ein. Es entsteht zunächst über Körperkontakt, z.B. wenn die Mutter das Baby liebevoll knuddelt und dabei lustige Geräusche macht. Erst mit einem Jahr kommt es zu Lachreaktionen auf komische Ereignisse, z.B. wenn der Vater aus Spaß die Zunge rausstreckt. Wenn Kinder beim Lachen, Kitzeln oder Kichern immer wieder „noch mal“ rufen, dann sehnen sie sich nach dem wohlwollenden Klima der Geborgen- und Zusammengehörigkeit. [31]

Funktionelle Hirnforschung hat also gezeigt, dass im ZNS befindliche Strukturen positive Übertragungsmechanismen gestatten. Der ärztliche und nicht-ärztliche Heilberufler sollte sich mithin seine eigene „aura curae“ durch die Summation von Erkennungssignalen verdichten. Dies scheint bedeutsam wichtiger, als das ausschließliche Übertragen von rationalen Informationen.

1) Das Geheimnis der Hilfe- und Pflegezuwendung

Werden aber medizinische, medizinnahe, pflegerische und helfende Interventionen mit ungewohnten Rhythmen ausgestattet, ist die korrigierbare Phase innerhalb der „aura curae“ gefährlich unterbrochen. Das ‚**timing**‘, also die Pünktlichkeit innerhalb der Partnerschaftlichkeit zwischen Heilberuflern und Betroffenen, ist die Quelle für das Ziel von sinngerichteter Zuwendung, der Akzeptanz und der Compliance. Timing ist keine Kenngröße, aber gehört zur erfolgreichen Zuwendung, wie die Pünktlichkeit als Höflichkeit.

Das zeigt eine Studie der University of Essex unter der Publikation von *Maria Iser Iacovou* und *Almudena Sevilla-Sanz*, University Oxford in 2010. Die Autorinnen untersuchten das timing im Rhythmus der Nahrungsgabe an Säuglingen und kamen anhand ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass der **beständige Rhythmus** des Stillens (nicht etwa der Unterschied zwischen Mutterbrust und Flasche) und der Pflege wesentlich förderlicher, sogar für die Entwicklung des IQ der Kinder sei, als ohne diesen festgelegten und gehaltenen Rhythmus. [32]

Dies zeigt die erhebliche Bedeutung von rhythmischer Stetigkeit in dem Umgang innerhalb der Partnerschaftlichkeit zwischen medizinischen Berufen und Patienten.

Verhaltenshöflichkeit gehört zu allen Dienstleistungen, so auch zum Heilberuf.
Darin ist Achtsamkeit vor dem Klienten und Patienten enthalten.
Gründlichkeit gehört in alle heilberuflichen Vorhaben
und Pünktlichkeit zu heilberuflichen Pflichten.

Der Bezug zu der Hilfeleistung und Pflege bei stationären Aufenthalten spiegelt deshalb die grundsätzlichen Forderungen an die Lebens-Höflichkeit wider:

Der Klient / Patient, der sich in stationärer Sorge befindet, hat ein reges Zeitempfinden und markiert auf diese Weise seine Erwartungen. Erwartungshoffnung und Erwartungsängste sind darin enthalten. Von beiden lebt der Klient / Patient in der stationären Gesundheitsförderung.

Schrifttum

- [1] Krankenhäuser <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus> [2012-03-26 letztmalig abgenommen]
- [2] Carol P (2010): Die Geschichte der Krankenpflege 500-1500. forum des Pflegeseitenverbund. www.Pflegenetz.de [2012-03-26 letztmalig abgenommen]
- [3] Rechtsauffassung <http://www.vpka-bw.de/cms/fileadmin/pdf/ambulant-oder-stationaer.pdf> [2012-04-26 letztmalig abgenommen, derzeit keine Aktualisierung]
- [4] Antonovsky A & Franke A (Hsgeb.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen. ISBN 3-87159-136-X
- [5] Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (II-2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. ISBN 3-933191-20-3.
- [6] Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R. (Hrsg.1998): Handbuch der Salutogenese. Ullstein Medical, Wiesbaden. ISBN 3-86126-167-7
- [7] Wydler H., Kolip P., Abel T. (Hrsg.2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl - Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes. Juventa, Weinheim/München. ISBN 3-7799-1414-X
- [8] Spranger H (2009): Stiftung Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin. Impulsreferat 18.11.2009 Zürich. Publikation in Spranger H & Hommel H R: Erster Projektbericht 2009 aus der Skizze „Gesundheit in Lebensentwurf, Lebensplanung und Lebensstil“. Grin Verlag München. ISBN 978-3-640-52223-1
- [9] Destat dapd (2011): Krankenhäuser – Erstmals mehr als 18 Millionen Patienten. Dtsch Ärzteblatt 108(34-35): A-1770
- [10] Hill A B (1937): Principles of Medical Statistics. London The Lancet. Stat Probe <http://statprob.com/encyclopedia/AustinBradfordHILL.html> [abgenommen 2011-08-20]
- [11] Leiber B & Olbrich G, Adler G (Hrsg.) [Neubearbeitung 8. Aufl. 1996]: Die klinischen Syndrome. Syndrome, Sequenzen und Symptomenkomplexe. Urban & Schwarzenberg. ISBN 3-541-01718-2 (Gesamtausgabe aus 2 Bänden)
- [12] Nolte O (2009): Autogene Vakzination bei therapieresistenten bakteriellen Infektionen. Chemotherapie Journal **18**(1): 18-23
- [13] Mangold G (1952): Betrachtungen zu epidemiologischen Untersuchungen über die Wiesbadener Poliomyelitis-Epidemie 1950. Zeitschrift Hygiene **134**: 430-461
- [14] Brehm K E G (2010): Homologe und heterologe Schutzwirkung von MKS-Serotyp-A-Vakzinen und Etablierung der fetalen Ziegenzungenzelle zur Isolation von MKSV. Veterinärmedizinische Inaugural-Diss. Freie Universität Berlin Journal Nr. 3410.
- [15] Stangl W (1989): Das neue Paradigma der Psychologie. Die Psychologie im Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Verlag Friedr Vieweg & Sohn. Braunschweig. ISBN 3-528-06342-4 Vgl. auch <http://www.stangl-taller.at/STANGL/WERNER/BERUF/PUBLIKATIONEN/PARADIGMA/086INDUKTIVISMUS>
- [16] Hahn-Hübner M (2011): Besprechung Rituale helfen, Stress zu vermeiden. Aus: Neuroscience and Behavior Sept. <http://www.fid-gesundheitswissen.de/rituale-helfen-stress-zu-vermeiden/102034903/> (zuletzt abgenommen 2011-10-03) und
- [17] Eilam D, Zor R, Hermish H, Szechtman H (2011): Rituals, Stereotypy. Journal of Clinical Psychology 44: 747-752
- [18] Posner R (2001): Alltagsgesten als Ergebnis der Ritualisierung. Forschungsbericht Inst Phonetik & Komm Univ. Mchn. FIPKM 37: 5-24
- [19] [Türp J C](#), [Sedivy R](#), [Schlaeppi M R](#), [Spranger H](#), [Eudler C](#). (2010): [Article in German] Limits and benefits of non-controlled therapy-related observations. [Forsch Komplementmed](#). 17(6):336-42. Epub 2010 Oct 7.
- [20] Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne J A, Pewsner D, Egger M. : Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. The Lancet 2005; 366:726-32

- [21] Hommel H, Penner Z & Spranger H (2005): Nachhaltigkeit der Gesundheitswissenschaften unter ärztlicher Behandlungsführung. *CO'MED* 11 (10): 64-71
- [22] Wirth T, Ober K, Prager G, Vogelsang M, Benson S, Witzke O, Kribben A, Engler H, Schedlowski M (2011): Repeated recall of learned immunosuppression: evidence from rats and men. *Brain Behav Immun.* 25(7):1444-1451. Epub 2011 May 27.
- [23] Exton M S, von Hörsten S, Schult M, Vöge J, Strubel T, Donath S, Steinmüller C, Seeliger H, Nagel E, Westermann J, Schedlowski M (1998): Behaviorally conditioned immunosuppression using cyclosporine A: central nervous system reduces IL-2 production via splenic innervation. *J Neuroimmunol.* 88(1-2):182-191.
- [24] Rössler W (2005): Die therapeutische Beziehung. Springer Medizin Verlag Heidelberg. ISBN 3-540-21670-7
- [25] Goleman D (2011): Übersetzung deutsch über DTV ISBN 978-3423195270 von: Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ Bantam Books, New York 1995.
- [26a] Savelsberg R (2011): <http://www.nlpt.de/kontakt.htm> (zuletzt abgenommen 2011-10-02)
- [26b] Liebertz Chr (2004): Das Schatzbuch der Herzensbildung. Grundlagen, Methoden und Spiele. Aufl 5. Don Bosco Verlag. ISBN 978-3769814460
- [27] Gallese V & Stamenoy M I (2002): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language. *Advances in Consciousness Research* Vol. 42. Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins. ISBN 80-272-5166-5 / 1-58811-242-X
- [28] Keysers C, Kaas J H, Gazzola V (2010): Somatosensation in social perception. *Nat Rev Neurosci* 11(10): 726 ci
- [29a] Miller J G (1994). "Roger Wolcott Sperry. Born August 20, 1913--died April 17, 1994". *Behavioral science* 39(4): 265–267. [PMID 7980367](#). [edit](#)
- [29b] Trevarthen, C. (1994). "Roger W. Sperry (1913–1994)". *Trends in Neurosciences* 17 (10): 402–404. [doi:10.1016/0166-2236\(94\)90012-4](#). [PMID 7530876](#). [edit](#)
- [30] von Werder L (2007): Lehrbuch des kreativen Schreibens. Marixverlag. ISBN 978-3865391483
- [31] Kataria M (2007): Lachen ohne Grund. Eine Erfahrung, die Ihr Leben verändern wird. Via Nova Verlag. ISBN 978-3928632935
- [32] Iacovou M I & Sevilla-Sanz A (2010): Feeding Infants to a Schedule Is Associated with Better Maternal Wellbeing but Poorer Cognitive Development: A Population-based Cohort Study. *Economics and Social Research Council. ESRC-grant RES-062-23-1693*, forthcoming in *The European Journal of Public Health*

Korrespondenzadresse

Dr.med.dent.(habil.) Dr.h.c. Heinz Spranger
Univ.-Prof. a.D. MAS MSc [Health]

mailto: Dres.Spranger@t-online.de
Mühlenstrasse 1 in D-26906 Dersum