

## **Medizinhistorische Kurzexpertise zur Einordnung der Komplementärmedizin (Auftragsnr. 13.005156)**

### Ausgangslage

Wie im Auftrag vom 9. Juli 2013 beschrieben, sind die Schweizer Bundesbehörden seit nunmehr vier Jahren gemäß Verfassung verpflichtet, die Komplementärmedizin zu fördern. Für die Erstattung von Leistungen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gilt jedoch weiterhin, dass die Voraussetzungen der Wirksamkeit, der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit gegeben sein müssen. Das Problem besteht darin, dass für zahlreiche komplementärmedizinische Verfahren ein Wirksamkeitsnachweis nach den Grundsätzen des Health Technology Assessments (HTA), von RCTs sowie systematischen Reviews (Metaanalysen) nicht oder nur unvollkommen möglich ist.<sup>1</sup> Deshalb stellt sich die Frage, die im Zentrum der folgenden Kurzexpertise steht, ob sich nämlich die Komplementärmedizin von der konventionellen Medizin derart unterscheidet, dass unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe der Wirksamkeit – auch unter Beachtung des „Gleichbehandlungsgebots“ – gerechtfertigt sind.

Im Folgenden soll auf diese Frage eine Antwort aus medizin- und wissenschaftshistorischer Perspektive gegeben werden. Diese kann dazu beitragen, einen gangbaren Weg aus der „Sackgasse“ der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion über die Umsetzung des Willens der Schweizer Bevölkerung finden.

Dazu ist zunächst eine begriffliche Vorklärung nötig, denn auch für die Medizin gilt, dass Sprachregelungen oder sprachliche Konventionen soziale Realitäten schaffen, indem beispielsweise wichtige Diskursfelder semantisch besetzt und auch emotional aufgeladen werden. Sprachwissenschaftlich nennt man diesen Prozess „conceptual engineering“.<sup>2</sup> Insbesondere in der unübersichtlichen und oft erbitterten Auseinandersetzung unter Ärzten und anderen Heilberufen über das „richtige“ therapeutische Konzept oder die „wirksamste“ Therapie besteht seit jeher ein großer Bedarf an Definitionen „wissenschaftlicher Tatsachen“ (Ludwik Fleck). Entsprechend wirkmächtig ist die sprachliche Kreativität, die

Mediziner, aber auch Laien auf diesem Feld entfalten. Für die Begriffe, mit denen unterschiedliche medizinische Richtungen oder Ansätze bezeichnet werden, gilt somit, was der deutsche Chirurg Alfred Cassebaum<sup>3</sup> einmal in einem anderen Zusammenhang über die Sprachregelungen in der Gesundheitspolitik gesagt hat, dass nämlich die dort benutzten Begriffe, Schlagworte oder Worthülsen nicht unbefangen verwendet werden können und dass ihr bloßer Gebrauch bereits die ihnen zugrundeliegende Ideologie festigen hilft.

Die zahlreichen standes- und gesundheitspolitischen Konflikte der Vergangenheit und Gegenwart müssen also zunächst im Kontext ihrer damaligen wie heutigen begrifflichen Abgrenzung und im Selbstverständnis des jeweiligen Sprachgebrauchs der beteiligten Gruppen analysiert werden. So ist vorab die Klärung einschlägiger Begriffe wie „Komplementärmedizin“ oder „Alternative Medizin“ unabdingbar, wenn man den bis heute andauernden Konflikt zwischen der herrschenden Richtung und den zahlreichen unorthodoxen therapeutischen Ansätzen in der Medizin, bei dem es auch um die Frage der Wissenschaftlichkeit geht, deuten und verstehen will.

#### Komplementäre, alternative oder integrative Medizin – eine Begriffsklärung

Ende der 1990er Jahre erklärte ein Biologe auf einer Sitzung der englischen Royal Pharmaceutical Society, dass es durchaus ein Fortschritt sei, wenn man inzwischen statt vom medizinischen Außenseitertum („fringe medicine“) von Komplementärmedizin spreche.<sup>4</sup>

#### *Komplementärmedizin*

Der Begriff „Komplementärmedizin“ bringt die Bemühungen um die Integration einst verfehmter Behandlungsmethoden in das allgemeine therapeutische Spektrum zum Ausdruck. Diese Bezeichnung kam zwar erst in den 1980er Jahren über England nach Deutschland,<sup>5</sup> doch reichen ihre deutschen Wurzeln bis in das Jahr 1951 zurück. Damals schrieb der bekannte Naturarzt Louis R. Grote in einem Artikel für die Zeitschrift *Hippokrates*, dass die „notwendig rationale, rechnende und messende Wissenschaft“ der „polaren Ergänzung durch die intuitive Naturheilkunde“<sup>6</sup> bedürfe. Das Wort „komplementär“ lag also damals gleichsam schon in der Luft, denn es war in der Theoretischen Physik bereits längst bekannt. Niels Bohr hatte es erstmals 1928 verwendet, um die bei der Quantentheorie auftretenden Probleme zu beschreiben. Der zunächst auf die theoretische Physik beschränkte Gedanke der Komplementarität lässt sich nach Bohr auch auf andere Bereiche übertragen. So seien z. B. die physikalisch-chemische Betrachtungsweise der biologischen Systeme und die biologische Betrachtungsweise zueinander komplementär.<sup>7</sup> Diese Gedanken fielen bereits in den 1930er Jahren bei deutschen Ärzten, die um eine Synthese von Schulmedizin und Naturheilkunde bemüht waren, auf fruchtbaren Boden.<sup>8</sup> Auch in der Gegenwart berufen sich einige Vertreter der Komplementärmedizin ausdrücklich auf Bohrs erkenntnistheoretische Annahmen. So schreibt Jürgen Hansel in seinem Buch *Komplementäre Medizin: die Heilkunst offener System* (1988 erschienen) unter Bezug auf die

Diskussion in der Quantenphysik: „In gleicher Weise müssen sich in der Medizin die Fragen am jeweiligen Problem orientieren und dabei in der Regel beide komplementäre Aspekte: Leib und Seele, Materie und (Lebens-)Energie, berücksichtigen. Dazu brauchen wir sowohl das kartesisch-mechanische als auch das kybernetische Weltbild. Das eine erfaßt mehr den materiellen Teilchenaspekt, die Maschine Mensch mit ihren Bauelementen und Schaltungen, das andere mehr den energetischen Wellen-Aspekt, die Lebenskraft und den Geist, der die Maschine bewegt.“<sup>9</sup> Für die medizinische Praxis ergibt sich nach Hansel aus dieser Erkenntnis die Schlussfolgerung, dass die naturwissenschaftliche Medizin sich vor allem bei der Therapie schwerkranker, meist hospitalisierter Patienten (Stichwort Intensivmedizin) bewährt, und dass die Komplementärmedizin vor allem Erfolge bei chronischen oder psychosomatischen Krankheiten sowie bei funktionellen Störungen erzielt.

Der Begriff „Komplementärmedizin“ lässt sich im deutschen Sprachraum erst seit Ende der 1980er Jahre nachweisen. Um ihn populär zu machen, bedurfte es nicht nur der Initiative aus dem Kreis der Vertreter unkonventioneller Therapien. Auch die Vertreter der konventionellen Medizin mussten nach der in den ersten drei Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg zu beobachtenden Euphorie über neue Behandlungsmethoden (Antibiotika, Transplantationsmedizin etc.) erst wieder dazu gebracht werden, sich in Bescheidenheit zu üben und zu erkennen, dass der naturwissenschaftlichen Medizin trotz aller Erfolge Grenzen gesetzt sind.<sup>10</sup> Als eine wichtige Wegmarke in diesem langen Prozess darf ein Artikel gelten, der 1989 in der *Münchener Medizinischen Monatsschrift* erschien und als Signal zum Umdenken zu verstehen ist. Bereits der Titel dieses Aufsatzes ist Programm: „Braucht die Medizin eine Erweiterung oder Ergänzung?“<sup>11</sup> fragte der Chefarzt am Klinikum Nürnberg, Prof. Dr. med. Walter Michael Gallmeier und machte bereits gleich zu Beginn seiner Ausführungen deutlich, dass es sich hierbei um eine rhetorische Frage handelt.

Mit dem Konzept einer „Komplementärmedizin“, die sich in Selbstbescheidung als „Ergänzungstherapie“ (Hans Ritter) und nicht als Alternative verstand, konnten sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr Ärztinnen und Ärzte anfreunden. Das zeigen viele Umfragen.<sup>12</sup> Dass die Komplementärmedizin inzwischen mehr und mehr Zulauf und Anerkennung in der Ärzteschaft findet, hängt nicht nur mit finanziellen Anreizen (private Abrechnungsmöglichkeiten) und dem Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen um junge und gutverdienende Mitglieder zusammen. Was lange Zeit eine Gegenbewegung gegen die traditionelle Schulmedizin war und oft von Außenseitern des medizinischen Establishments propagiert wurde, ist inzwischen – bis auf einige Ausnahmen (z. B. spirituelles Heilen) – weitgehend „salonfähig“ geworden. Dazu hat zum einen der Gesetzgeber beigetragen. So sind z. B. in Deutschland immerhin drei unkonventionelle Heilweisen als „besondere Therapierichtungen“ (Homöopathie, Anthroposophie und Phytotherapie) durch die Aufnahme in das Sozialbuch privilegiert und damit legitimiert. Sie haben zum Beispiel eigene Arzneimittelkommissionen, die über Zulassungen

entscheiden. Zum anderen ist auch den einstigen Außenseiter inzwischen bewusst, dass sie angeblich nur eine Überlebenschance haben, indem sie die Strukturen des Wissenschaftsbetriebs teilweise übernehmen. Dazu gehört das Bemühen, Wirksamkeitsbeweise auf möglichst hohem Evidenzstandard zu produzieren und sich gleichzeitig zu professionalisieren – ein Prozess, der für die Homöopathie<sup>13</sup> und Teile der Naturheilkunde bereits im 19. Jahrhundert zu beobachten ist.

### *Besondere Therapierichtungen*

Der Begriff „Besondere Therapierichtungen“ ist lediglich in der Bundesrepublik Deutschland geläufig und bezeichnet die drei Heilweisen (Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Phytotherapie), die 1976 im Arzneimittelgesetz privilegiert wurden, indem sie von einem Wirksamkeitsnachweis auf streng naturwissenschaftlich-statistischer Basis ausgenommen wurden. Wichtig ist in unserem Zusammenhang die Begründung des zuständigen Ausschusses: „Nach einmütiger Auffassung des Ausschusses kann und darf es nicht die Aufgabe des Gesetzgebers sein, durch die einseitige Festlegung bestimmter Methoden für den Nachweis der Wirksamkeit eines Arzneimittels eine der miteinander konkurrierenden Therapierichtungen in den Rang eines allgemein verbindlichen ‚Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse‘ und damit zum ausschließlichen Maßstab für die Zulassung eines Arzneimittels zu erheben.“<sup>14</sup> Der Form nach war damit einer EWG-Richtlinie Rechnung getragen, die einen Wirksamkeitsnachweis für die Zulassung von Arzneimitteln verlangte. Nicht zugelassen werden konnte künftig ein Arzneimittel nur dann, wenn es „nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis“<sup>15</sup> nicht wirksam war. Entscheidend ist hier das Wörtchen „jeweils“, denn es sichert die Pluralität des erforderlichen wissenschaftlichen Nachweises. „Auf diese Weise“, so der Medizin- und Wissenschaftshistoriker Nicholas Eschenbruch, „wurde zwar der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis offizielles Kriterium der Arzneimittelzulassung in Deutschland. Die Definition von Wissenschaftlichkeit und damit Wirksamkeit wurde aber gleichzeitig bewusst so offen gehalten, dass jede medizinische Gruppe eine eigene Wissenschaftlichkeit für sich in Anspruch nehmen konnte.“<sup>16</sup> Gegen diese angebliche „Verwässerung“ des Wissenschaftsbegriffs“ liefen in der Folgezeit Vertreter der konventionellen Medizin Sturm, ohne aber mit ihrer Kritik die einmal vom Gesetzgeber eingenommene Haltung nachhaltig verändern zu können. So argumentierte der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in einem Memorandum, das inzwischen als überholt gilt und deshalb auch nicht überarbeitet werden soll: „Kein Verfahren der besonderen Therapierichtungen ist in dem Sinne wissenschaftlich, daß bei seiner Anwendung mit ausreichender Wahrscheinlichkeit das therapeutische Ziel erreicht wird. Wäre dies der Fall, dann würden solche Verfahren sofort in das Behandlungsrepertoire der wissenschaftlichen Medizin aufgenommen werden [...]“<sup>17</sup>

Halten wir also fest: Der Begriff „Besondere Therapierichtungen“ hat sich zwar auf breiter Basis nicht durchsetzen können, zumal er nur drei unkonventionelle medizinische Richtungen abdeckt, macht aber am ehesten deutlich, worum es

in der Auseinandersetzung geht, dass es nämlich keine Einheit in der Medizin gibt, sondern eine inhaltliche, konzeptionelle und methodische Vielfalt, die sich nicht unter einen Wissenschaftsbegriff fassen lässt.

### *Alternative Medizin*

Der Begriff taucht erstmals im englischsprachigen Raum Ende der 1940er Jahre vereinzelt auf, wird aber in den 1980er Jahren auch in Deutschland zu einer Sammelbezeichnung für unterschiedliche unkonventionelle Strömungen in der Medizin. Was sind nun die charakteristischen Merkmale einer „alternativen“ Medizin sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart? Um den Begriff „alternativ“ nicht nach Belieben zu verwenden und um zu vermeiden, dass seine Bedeutung allzu vage bleibt, sei hier zunächst der Versuch einer medizinhistorisch und wissenschaftsgeschichtlichen brauchbaren Definition gewagt. Als „alternativ“ werden im folgenden Heilweisen bezeichnet, die in einer bestimmten medikalen Kultur, die selbst wiederum einem historischen Wandlungsprozess unterworfen ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen längeren Zeitraum von der herrschenden medizinischen Richtung mehr oder weniger stark abgelehnt werden, weil sie die Therapieformen der herrschenden medizinischen Richtung teilweise oder völlig in Frage stellen bzw. auf eine unmittelbare und grundlegende Änderung des medizinischen Systems abzielen.<sup>18</sup> Alternativ bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass diese Therapierichtungen von sozialen Bewegungen oder bestimmten gesellschaftlichen Gruppen getragen werden. Der Heiler, der seine eigene Heilmethode mit wenig Erfolg propagiert und über einen begrenzten Patientenkreis oder Wirkungsbereich hinaus kaum auf positive oder negative Resonanz in der breiten Öffentlichkeit stößt, ist in diesem Sinne nicht oder nur begrenzt alternativ.

Mit dieser Definition des „Alternativen“ in der Medizin bzw. in der Medizingeschichte lassen sich zunächst die heute bekannten unkonventionellen Heilverfahren, hinter denen oft eine medizinkritische Massenbewegung steht, charakterisieren und von der sogenannten „Schulmedizin“ oder der vorherrschenden medizinischen Richtung abgrenzen. Neben der anthroposophischen Medizin sind hier vor allem die Homöopathie und die traditionelle Naturheilkunde zu nennen – allesamt medizinische Strömungen mit langer Tradition, die inzwischen eine gut organisierte Anhängerschaft unter Ärzten und Patienten haben. Ähnliches gilt für Heilverfahren, die in anderen, zum größten Teil nicht-europäischen Kulturen entstanden sind und dort weitgehend gleichberechtigt neben der aus dem Westen übernommenen naturwissenschaftlichen Medizin existieren. Sie stehen zum Teil immer noch in dem Ruf, Außenseitermethoden zu sein. Das trifft z. B. auf die ursprünglich aus den USA stammende Osteopathie zu, die inzwischen auch auf den europäischen Gesundheitsmarkt drängt.<sup>19</sup> In der Schweiz ist eine verwandte Heilweise, die Chiropraktik nach einem langen Kampf um Zulassung bereits seit vielen Jahrzehnten im Leistungskatalog der Grundversicherung. Nicht die Traditionelle Chinesische Medizin als Ganzes, aber ein wichtiger Teilbereich, die Akupunktur, ist nicht nur in Deutschland auf dem Weg von einer Alternativen Medizin zu einer in die Konventionelle Medizin

integrierten Standardtherapie zu werden,<sup>20</sup> nachdem die Forschung dazu in den letzten Jahren intensiviert wurde und so der Nutzen für bestimmte Indikationen eindeutig nachgewiesen werden konnte.

Eher auf Skepsis unter Ärzten – zumindest außerhalb Indiens - stößt dagegen immer noch „Ayurveda“, wenngleich es inzwischen auch in Europa und den USA zahlreiche Kliniken und Ärztegesellschaften gibt, die sich auf diese altindische, mit westlichen Elementen vermischte Heilweise spezialisiert haben.<sup>21</sup>

Was wir heute unter Alternativer Medizin verstehen, beginnt also nicht erst mit der sogenannten „Alternativbewegung“ der 1970er und 1980er Jahre. Sozial- und wissenschaftsgeschichtlich betrachtet ist die Alternative Medizin der Gegenwart lediglich eine neue und weitere Erscheinungsform der medizinischen Reform- und Erneuerungsbewegungen, die seit dem Ende des 18. und dem Beginn des 19. Jahrhunderts den unaufhaltsam scheinenden Aufstieg der (natur-)wissenschaftlichen Medizin begleiteten. Was sich jeweils ändert, sind die zeittypischen Inhalte und Ziele, die Anlässe der Aktualisierung, die beteiligten Alters-, Sozial- und Berufsgruppen und die laienmedizinischen Beteiligungsformen. Offenbar wird dieses kritische Bewusstsein nicht durch die jeweils aktuellen Problemlagen (z. B. die immer wiederkehrenden „Krisen der Medizin“) hervorgerufen, sondern bildet einen ständigen Gegenpol zum jeweiligen Medizinsystem. Auch deswegen ziehen es Medizin- und Wissenschaftshistoriker vor, nicht von Komplementärmedizin, sondern von Alternativer Medizin zu sprechen, weil dadurch deutlich wird, dass sich die Richtungen in ihren Herangehensweisen, ihren Konzepten und „Denkstilen“, vor allem aber in ihrem Menschenbild unterscheiden, worauf noch im einzelnen einzugehen sein wird.

#### *Complementary and Alternative Medicine*

Die Begriffe „Komplementär-“ und „Alternative Medizin“ scheinen sich zu widersprechen. Die eine Richtung betont die weitgehende therapeutische Eigenständigkeit, die andere sieht sich lediglich als „Ergänzungstherapie“ zum Wohl des Patienten. In den USA löste man dieses Problem recht pragmatisch. Als 1992 Dr. Wayne Jonas die Leitung des US-amerikanischen Office of Alternative Medicine übernahm, plädierte er dafür, beide Begriffe unter einem Akronym (CAM) zu vereinen, um Befürwortern und Gegnern der beiden umstrittenen Begriffe das Gefühl zu geben, an einem Strang bei der Durchsetzung ihrer Ziele zu ziehen.<sup>22</sup> 1995 wurde die genannte Forschungseinrichtung, die mittlerweile über einen Etat von mehr als 120 Millionen US-Dollar verfügt, in „National Center of Complementary and Alternative Medicine“ umbenannt. Die neue Bezeichnung, die als Kompromiss gedacht war, setzte sich international rasch durch. Auch das englische Oberhaus zieht diesen Begriff in seinem sechsten Report seines Science and Technology Committees aus dem Jahr 2000 aus folgenden Gründen vor: „[...] CAM is currently the term used most often, and hence we adopted it in our Report. CAM embraces those therapies that may either be provided alongside conventional medicine (complementary) or which may, in the view of their

practitioners, act as substitute for it.”<sup>23</sup> Aus den gleichen Gründen verwendet heute ein von der EU finanzierter länderübergreifender Forschungsverbund (CAMbrella) diesen Sammelbegriff.<sup>24</sup>

### *Integrative Medizin*

Während der Begriff CAM die Frage eines einheitlichen Wissenschaftsbegriffs offenlässt und einem Methodenpluralismus zwar nicht das Wort redet, aber ihn auch nicht ausschließt, zielt die Bezeichnung „Integrative Medizin“, die inzwischen von vielen Ärztinnen und Ärzten, insbesondere in den USA, favorisiert wird, auf einen gemeinsamen wissenschaftlichen Standard ab. Etwas kann nämlich nur dann integriert werden, wenn es sich dem vorherrschenden System anpasst, also damit konform geht. So ist der neue Begriff, der aus dem Amerikanischen ins Deutsche entlehnt wurde, als ein Versuch zu verstehen, den medizinischen Richtungsstreit zu entideologisieren – oder wie es ein deutsches Autorenteam, das eine Befragung unter Medizinern über die von ihnen bevorzugten Sammelbezeichnungen für unkonventionelle Methoden durchgeführt hat, auf den Punkt brachte: „Rather than viewing I[n]tegrative M[edicine] as a dogmatic field focused on narrow concepts of evidence, it could be argued that it is a transitional term that can aid in removing barriers and opening up medical practice and research towards new visionary health care delivery.”<sup>25</sup> Andere Experten auf dem Gebiet der unkonventionellen medizinischen Richtungen sehen dagegen in dieser Begriffsbildung einen „Kolonialisierungsversuch“. Wenn von „Integrativer Medizin“ gesprochen werde, so ist damit nach Harald Walach üblicherweise gemeint, „dass man Methoden aus der Komplementärmedizin übernimmt, aber den paradigmatischen Rahmen der konventionellen Medizin selbstredend unverändert lässt. CAM ist auch paradigmatisches Anderssein, theoretische Provokation, Hinweis auf Unzulänglichkeit des Geltenden.“<sup>26</sup> Dem widerspricht z. B. Gustav Dobos, der für die „Integrative Medizin“ ein eigenes Paradigma geltend macht, das sich von CAM und Konventioneller Medizin unterscheidet, weil es auch den Patienten aktiv einbezieht.<sup>27</sup> Doch auch er kann sich eine „Integrative Medizin“ nur vorstellen, wenn die eine Seite – sprich die Komplementärmedizin – die Notwendigkeit erkennt, ihre Methoden mit wissenschaftlicher Evidenz („scientific evidence“) zu untermauern.

### Distinktionsmerkmale zwischen Komplementärmedizin und konventioneller Medizin

#### *Unterschiedliche Paradigmen*

Seit dem Zeitalter der Aufklärung bezeichnet das aus dem Griechischen stammende Wort „Paradigma“ eine bestimmte wissenschaftliche Denkweise oder eine bestimmte Art der Weltanschauung. Heute verbindet man mit diesem Begriff zumeist ein wissenschaftstheoretisches Modell, das Anfang der 1960er Jahre von Thomas S. Kuhn (1922–1996) am Beispiel der Physik in seinem Buch *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* definiert wurde. Als Paradigmen bezeichnet er die in einer bestimmten Zeit vorherrschenden Denkmuster.<sup>28</sup> Diese spiegeln seiner Meinung nach einen gewissen allgemein anerkannten Konsens über Annahmen und Vorstellungen wider, die es ermöglichen, für eine Vielzahl von wissenschaftlichen Fragestellungen

Lösungen zu bieten.

Sich vom Ansatz Karl Poppers bewusst abgrenzend behauptet Kuhn, dass Paradigmen nicht nur deshalb aufgegeben werden, weil sie falsifiziert wurden.<sup>29</sup> Erst wenn es ein Paradigma durch ein anderes ersetzt werden könne, werde dieses aufgegeben; denn andernfalls sei eine weitere wissenschaftliche Tätigkeit unmöglich. Ebenso wenig könne eine wie auch immer geartete Evidenz zwischen zwei um die Vorherrschaft konkurrierende Theorien entscheiden. Als Beispiel führt Kuhn an, dass es zur Zeit der Erfindung des Kopernikanischen Systems keine Evidenz gegeben habe, die dieses System über das damals etablierte Ptolemäische System erhoben hätte. An dieses Argument knüpfte später der aus den Niederlanden stammende Wissenschaftstheoretiker Bas van Fraassen, der Begründer des sogenannten Konstruktiven Empirismus, an. Dieser vertritt dezidiert die Meinung: „Wissenschaft zielt darauf ab, uns Theorien zur Verfügung zu stellen, die empirisch adäquat sind; und die Anerkennung einer Theorie beinhaltet nur die Überzeugung ihrer empirischen Adäquatheit. Diese anti-realistische Position nenne ich konstruktiven Empirismus.“<sup>30</sup>

Doch zurück zum Paradigmenbegriff. Wichtig ist in diesem Zusammenhang der von Kuhn eingeführte Begriff der „Normalwissenschaft“. Dazu gehören beispielweise Tätigkeiten wie die Bestimmung universeller physikalischer Konstanten, die Aufstellung quantitativer Gesetze oder die Inkorporierung neuer Phänomene in das Paradigma. Die Normalwissenschaft ziele nicht auf fundamentale Neuerungen ab, die das Weltbild umstürzen könnten, sondern habe allein die schrittweise Verbesserung von Theorien im Rahmen des gegebenen Paradigmas im Auge. Im Gegensatz zur von Karl Popper vorgeschlagenen Falsifizierbarkeit hält Kuhn die Möglichkeit, Normalwissenschaft zu treiben, für das entscheidende Abgrenzungskriterium zu vorwissenschaftlichen oder pseudowissenschaftlichen Theorien.<sup>31</sup>

Welche unterschiedlichen Denkansätze sind nun für die Komplementärmedizin und die Konventionelle Medizin paradigmatisch?<sup>32</sup>

	<b>Konventionelle Medizin</b>	<b>Komplementärmedizin</b>
Krankheitslehre	ätiologisch-analytisch	phänomenologisch-synthetisch
Therapeutische Forschung	quantitativ, experimentell	qualitativ, hermeneutisch
Therapie	antagonistisch	regulativ
Denkstil	kausal	analog
Ansatz	weitgehende Trennung zwischen Körper und Geist trotz psychosomatischer Erkenntnisse	ganzheitlicher Ansatz
Biologisches Modell	physiologisch, zellbiologisch	synergetisch, vitalistisch („Lebenskraft“)
Relevanz der Erkenntnis	operative Kontrolle	Integrative Bedeutung
Soziale Integration	professionalisierte Medizin (Expertenkultur)	partizipatorische Medizin (Bedeutung des Laiensystems)



Vergleicht man nun diese beiden Paradigmata miteinander, so wird man feststellen, dass die Grundannahmen der Komplementärmedizin und der Konventionellen Medizin weitgehend inkommensurabel sind, weil in beiden Theorien verwendete zentrale Begriffe, wie z.B. Energie, unterschiedliche Bedeutungen haben (physikalische Größe bzw. *Qi* oder Fluidum). Während in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) das auf den Daoismus zurückgehende Konzept des *Qi* – zu verstehen als eine Art feinstoffliche Energie – zentral für die therapeutische Herangehensweise ist, wird dieses Modell von naturwissenschaftlich geprägten Medizinern zumeist mit Kopfschütteln betrachtet, da die Existenz einer solchen Energieform naturwissenschaftlich nicht belegt ist. Verkompliziert wird dieses Phänomen noch dadurch, dass die vielbeachteten und methodisch sauber durchgeführten klinischen Studien zur Akupunktur (z. B. GERAC) gezeigt haben, dass auch die Scheinakupunktur wirkt und z. T. besser als die echte Akupunktur oder auch als die Standardtherapie ist. Durch die westliche Medizin geprägte Anwender von TCM-Methoden (z. B. Akupunkteure) passen aus gutem Grund häufig die ihnen fremde Vorstellung chinesischer Autoren ihren angelernten Denkmustern an, indem sie *Qi* keine physikalische Realität zuschreiben, sondern darin lediglich eine phänomenologische Beschreibung der Realität sehen, die dann nicht mehr völlig im Widerspruch zu naturwissenschaftlichen Erkenntnissen steht.<sup>33</sup>

Ähnliches gilt für Therapierichtungen mit europäischen Wurzeln. Vitalistisches Gedankengut bildet beispielsweise bis in die Gegenwart die theoretische Grundlage der Homöopathie. Die Vorstellung einer „Lebenskraft“ als Wirkprinzip ist mit heutigen naturwissenschaftlichen Vorstellungen nicht vereinbar.<sup>34</sup> Auch das in der Homöopathie so bedeutsame Ähnlichkeitsprinzip entspricht eher analogem als kausalem Denken.

Ähnlich wie die Newtonsche Physik auch nicht als Annäherung an die spezielle Relativitätstheorie für Geschwindigkeiten, die gering gegenüber der Lichtgeschwindigkeit sind, angesehen werden kann, ist, wenn man das Kuhnsche Postulat der Inkommensurabilität ernst nimmt, ein „sanfter“ Übergang der Alternativen Medizin in die Konventionelle Medizin nicht möglich. Es gilt aber analog das Korrespondenzprinzip im Bohrschen Sinne, auch wenn ein begrifflicher Bruch zwischen beiden medizinischen Richtungen nicht zu leugnen ist. Insofern macht der Begriff der Komplementärmedizin tatsächlich Sinn, wenn darunter dieses epistemologische Problem und nicht eine bloße Ergänzung vorhandener Standardtherapien verstanden wird.

Die Hypothese der Inkommensurabilität verleiht zudem der Kuhnschen Auffassung der Entwicklung von Wissenschaften eine besondere Brisanz. Die Inkommensurabilitätsannahme ist nämlich gegen die Vorstellung gerichtet, dass der wissenschaftliche Fortschritt kumulativ zu verstehen sei: als eine Art fortlaufender Anhäufung wissenschaftlicher Erkenntnisse ohne wesentliche Rücknahmen und Brüche, wie das beispielsweise Karl Popper annahm. Das trifft in besonderem Maße auf die Medizin zu, die bekanntlich keine reine Naturwissenschaft, sondern eine Handlungswissenschaft ist, in der sich der

Fortschritt nicht einfach aus dem Austausch von veraltetem Wissen ergibt.

### Unterschiedliche medizinische Konzepte und Menschenbilder in der Komplementärmedizin und der Konventionellen Medizin

Wie der Heidelberger Arzt und Philosoph Wolfgang Wieland betont, gibt es kein naturwissenschaftliches Menschenbild; denn „jede Naturwissenschaft untersucht immer nur faktische Sachverhalte, wenn sie danach fragt, unter welchen Bedingungen in der realen Welt etwas der Fall oder nicht der Fall ist.“<sup>35</sup> Doch die Medizin ist bekanntlich nicht nur Naturwissenschaft, sondern eine „praktische Wissenschaft“ (Wolfgang Wieland), die deshalb auch ein Menschenbild aufweist, und sei es nur ein reduziertes, das sich lediglich „an statistischen Gesetzmäßigkeiten mit ihren relativen Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten“<sup>36</sup> orientiert. Ein erster Versuch, sich von diesem Reduktionismus abzugrenzen, der zudem aus dem Mainstream kam, war 1988 die Postulierung eines bio-psycho-sozialen Menschenbilds durch Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack. Als Vorläufer eines solchen Denkens in der modernen, naturwissenschaftlich geprägten Medizin wäre Victor von Weizsäcker zu nennen, der schon früh einen phänomenologisch-anthropologischen Ansatz in der Humanmedizin vertrat und sich für eine nichtmechanistische und nichtmerkantile Sicht auf den Patienten sowie für einen anderen Umgang mit ihm stark machte.

In der Schweizer Debatte über die Wissenschaftlichkeit der Komplementärmedizin wird immer wieder auf das ganzheitliche Weltbild als angebliches Unterscheidungsmerkmal zwischen konventionellen und unkonventionellen Richtungen in der Medizin verwiesen und dies je nach Lagerzugehörigkeit positiv oder negativ gedeutet.<sup>37</sup> Aber auch Vertreter der sogenannten „Schulmedizin“ haben immer wieder betont, dass die Trennung zwischen Körper und Geist nur eine künstliche ist und dass in der Praxis psychosomatische Ansätze, wie von Uexküll und Wesiack gefordert, immer mehr Beachtung finden. Dass es hier noch Defizite angesichts einer zunehmenden Spezialisierung gibt, steht auf einem anderen Blatt.<sup>38</sup>

Auch aus ideologiekritischer Sicht macht es Sinn, den Begriff „Ganzheitsmedizin“ für alternative Strömungen zu vermeiden, weil nach 1945 dieses Konzept im deutschen Sprachraum von ehemaligen Anhängern des nationalsozialistischen Regimes, das anfänglich auch die medizinischen Außenseiter bewusst förderte, propagiert wurde.<sup>39</sup>

Im Unterschied zur naturwissenschaftlich geprägten Medizin, die – wie bereits erwähnt – kein Menschenbild im eigentlichen Sinne oder zumindest kein spezifisches kennt, basiert die Mehrzahl der am weitesten verbreiteten komplementärmedizinischen Verfahren auf unterschiedlichen Menschenbildern<sup>40</sup>, ohne deren Verständnis sich man dieser Heilweise nicht annähern kann. Das soll im Folgenden an einigen wenigen ausgewählten Beispielen aufgezeigt werden.

### *Anthroposophische Medizin*

Bereits in seinem 1924 im niederländischen Arnheim gehaltenen Vortrag „Was kann die Heilkunst durch eine geisteswissenschaftliche Betrachtung gewinnen?“ hatte Steiner sich gegen Kritiker, die ihm Esoterik und Schwärmerei vorwarfen, zur Wehr gesetzt und betont, dass die Anthroposophie eine „ganz ernste, im wissenschaftlichen Sinne gehaltene Betrachtung der Welt“<sup>41</sup> sei. In der Einleitung zu dem gemeinsam mit der Ärztin Ita Wegman verfassten Buch heißt es deshalb auch ausdrücklich, dass die anthroposophische Medizin sich nicht als „eine Opposition gegen die mit den anerkannten wissenschaftlichen Methoden der Gegenwart arbeitende Medizin“ verstehe, sondern dass es ihr vielmehr darauf ankomme, aus einer „erweiterten Welt- und Menschenkenntnis auch für eine Erweiterung der ärztlichen Kunst zu arbeiten“<sup>42</sup>. Diese erweiterten Kenntnisse und Erkenntnisse können allerdings nur nach anderen als den üblichen wissenschaftlichen Methoden gewonnen werden. Dazu zählen nach der anthroposophischen Lehre neben der materiellen Erkenntnis die Imagination, die Inspiration und die Intuition. Mit Hilfe der genannten Erkenntnisstufen lassen sich nach Steiner vier verschiedene Wesensbereiche des Menschen wahrnehmen: der physische Leib, der Äther-Leib, der Astral-Leib und die Ich-Organisation. Diese stufenförmig gedachte ätherisch-lebendige Wesenheit des Menschen ist nach Steiner „etwas wesentlich anderes, als das unwissenschaftliche Behaupten einer ‚Lebenskraft‘, das noch bis zur Mitte des neunzehnten Jahrhunderts üblich war, um die lebendigen Körper zu erklären“<sup>43</sup>. Steiner grenzt sich hier also ausdrücklich von den vitalistischen Anschauungen des Begründers der Homöopathie, Samuel Hahnemann (1755-1843) ab.

### *Homöopathie*

Bereits die Zeitgenossen Hahnemanns sprachen in Hinblick auf Hahnemanns neue Heilkunst von einem in sich geschlossenen „System“.<sup>44</sup> Diesen Systemcharakter hat die Homöopathie bis heute nicht verloren. Dazu tragen nicht zuletzt die gleichgebliebene Terminologie und die beibehaltenen Axiome (z. B. Simile-Prinzip<sup>45</sup>) bei. Noch immer gebrauchen Homöopathen altertümliche Begriffe wie „Lebenskraft“ oder „Miasma“, die man sonst nur noch in medizingeschichtlichen Darstellungen über die Medizin vor 1850 findet. Doch täuscht die tradierte Begrifflichkeit, in der sich das Menschenbild dieser Heilweise spiegelt, gelegentlich darüber hinweg, dass sich in der Homöopathie neben Tendenzen der Beharrung auch ein Wandel vollzogen hat, der es verbietet, von einer einheitlichen Lehre zu sprechen. Das zeigt sich besonders deutlich an einem Begriff wie „Miasma“, der im Laufe der letzten 200 Jahre zeit- und wissenschaftsgeschichtlich bedingt unterschiedlich verstanden wurde.<sup>46</sup> Hahnemann verstand darunter die auf eine Infektion zurückzuführenden Manifestationen einer chronischen Krankheit. Nach James Tyler Kent, dem nach Constantin Hering zweifellos bedeutendsten amerikanischen Homöopathen des 19. Jahrhunderts, sind Miasmen eher metaphysische und konstitutionelle Phänomene, die den Verlauf einer chronischen Krankheit bestimmen. Alfons Stiegele, einer der profiliertesten Vertreter der klinischen Homöopathie im frühen 20. Jahrhundert, hielt dagegen diesen Begriff für überholt und setzte an seine Stelle die Lehre von der

konstitutionellen Verursachung der Krankheit, die Eduard von Grauvogl bereits in den 1860er Jahren in die Homöopathie eingeführt hatte. Ein heute nicht nur in Deutschland, sondern weltweit anerkannter Praktiker und Theoretiker unter den Homöopathen, George Vithoukcas, fasst dagegen die Miasmen als vererbare Erkrankungsstendenzen verschiedenster Art auf.

Tatsache bleibt, dass ein naturwissenschaftlich geprägter Mediziner mit solchen Begriffen, die das Menschenbild der Homöopathie ausmachen, nichts anfangen kann, da sie in der modernen Krankheitslehre keine wirklichen Entsprechungen haben.

#### *Traditionelle Chinesische Medizin*

Nach Auffassung einiger Autoren sind die konzeptionellen Unterschiede zwischen der traditionellen chinesischen und der westlichen Medizin in Wirklichkeit weitaus geringer, als es manche Vertreter einer Alternativen Medizin normalerweise wahrhaben wollen.<sup>47</sup> Ein solches Konstrukt ist beispielsweise die in diesem Zusammenhang immer wieder betonte Ganzheitlichkeit des Denkens, wie man sie angeblich in der Traditionellen Chinesischen Medizin im Unterschied zur westlichen, d. h. naturwissenschaftlich geprägten Medizin von Anfang an antrifft. Dabei übersieht man, dass auch die Traditionelle Chinesische Medizin eine Art „Schulmedizin“ ist, die psychosomatische Störungen in der Regel auf körperliche Ursachen zurückführt und entsprechend (z. B. durch Akupunktur) therapiert. Auch andere Gegensätze (kurativ – prophylaktisch, Kampf gegen Krankheitserreger – Wiederherstellung von Harmonie), die von westlichen Anhängern der chinesischen Medizin beim Vergleich beider Medizinsysteme konstruiert werden, erweisen sich bei näherer Betrachtung oft als Projektion eigenen Wunschdenkens. Das gilt ebenfalls für die weitverbreitete Annahme, dass die Traditionelle Chinesische Medizin eine Art Naturheilkunde sei. Die meisten Anhänger dieser Vorstellung verkennen dabei, dass der Naturbegriff in beiden Kulturen durchaus unterschiedlich ist und dass es in der chinesischen Heilkunde in erster Linie darum geht, die Natur zu beherrschen, wobei auch nicht-naturgemäße Heilmittel durchaus recht sind, wenn sie ihren Zweck erfüllen.<sup>48</sup> Auch gilt, dass die TCM, wie sie heute weltweit praktiziert wird, gar nicht so traditionell ist, wie es ihre Anhänger gern behaupten. So lassen sich beispielsweise westliche Einflüsse (wie z. B. die Ohrakupunktur) nachweisen.

Allerdings gibt es durchaus einige Unterschiede im konzeptionellen Denken zwischen der westlichen und der Traditionellen Chinesischen Medizin. Deshalb wird in fast jeder Einführung in die Akupunkturtechnik auf die Notwendigkeit verwiesen, sich vorher mit den philosophisch-theoretischen Grundlagen der chinesischen Medizin vertraut zu machen. Dazu gehören beispielsweise das Yin-Yang-Prinzip, die Lehre von den fünf Wandlungsphasen oder Elementen sowie das System der Meridian-Punkte. So ist beispielsweise die Vorstellung zweier polarer Kräfte (Yin/Yang), die sich sowohl im Makrokosmos als auch im Mikrokosmos im ständigen Kampf befinden, ein wichtiger Bestandteil der taoistischen Naturphilosophie. Yin steht dabei für das Passive, Weibliche, die Kälte oder die Finsternis, während Yang das Positive, das Männliche, die

Wärme oder das Licht verkörpert. Ist der Mensch gesund, so befinden sich beide polaren Kräfte in einer Art Gleichgewichtszustand, den es im Krankheitsfall wiederherzustellen gilt. Zur Gesundheit gehört ebenfalls ein ausgewogenes Verhältnis der fünf Elemente (Feuer, Wasser, Erde, Metall und Holz), denen wiederum fünf biologische Entwicklungsstufen (Geburt, Wachstum, Pubertät, Reifen und Speicherung) und bestimmte Körper- und Sinnesorgane entsprechen.

### *Osteopathie*

Wie jedes andere philosophische Gedankengebäude lassen sich die konzeptionellen Annahmen der Osteopathie nicht naturwissenschaftlich, beispielsweise im Sinne der Evidenzbeurteilung, untersuchen. Auch hier haben wir es mit einem eigenständigen Menschenbild zu tun, das sich in einem anderen Kulturkreis, den Vereinigten Staaten von Amerika, gegen Ende des 19. Jahrhunderts herausgebildet hat.<sup>49</sup> Andrew Taylor Still, der Begründer der Osteopathie, nahm unter anderem an, dass der Körper eine Funktionseinheit ist und die Fähigkeit zur Selbstregulierung besitzt. Nach seiner Auffassung hängen alle Körperfunktionen von der Ver- und Entsorgung durch das Gefäß- und das Nervensystem ab. Treten Störungen auf, so werde der Körper versuchen, diese zu beseitigen bzw. zu kompensieren. Nach Auffassung Stills heilt sich der Körper bei Störungen grundsätzlich selbst und es ist nicht möglich, ihn ausschließlich von außen zu heilen. Die Osteopathie soll die Selbstheilungskräfte aktivieren und fördern. Dieses Konzept ähnelt in gewisser Hinsicht komplementärmedizinischen Verfahren, die man unter dem Etikett „Regulationsmedizin“ zusammenfassen kann. Auf einer abstrakten Ebene sind einige dieser Annahmen (Bewegung, Fluss und Ganzheitlichkeit) durchaus mit unserem heutigen naturwissenschaftlich-ärztlichen Denken kompatibel. So sind Aspekte wie Bewegung und Ganzheitlichkeit essentieller Bestandteil verschiedener medizinischer Fachdisziplinen. Als Beispiel seien hier die Ganzheitlichkeit des Ansatzes in der Rehabilitation oder Allgemeinmedizin sowie die zügige funktionelle Mobilisierung unter Vermeidung einer längeren Immobilisation nach chirurgischen Eingriffen erwähnt. Unter Ausklammerung des historischen Kontextes sind die Grundgedanken der Osteopathie eher als allgemeine Grundprinzipien und nicht als ein philosophisches Gedankengebäude im engeren Sinne zu verstehen. Dies unterscheidet beispielsweise die Osteopathie von der Anthroposophischen Medizin, aber auch von der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Hinsichtlich der Wissenschaft bedeutet dies nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer gleichwohl, dass man sich hinsichtlich „der philosophischen Grundlagen der ‚Osteopathie‘ auf dem Gebiet der Weltanschauung, für die es keine Evidenz im naturwissenschaftlichen Sinne geben kann, [bewegt]. Auf einer abstrakten Ebene sind aber einige dieser Annahmen (Bewegung, Fluss und Ganzheitlichkeit) durchaus mit unserem heutigen naturwissenschaftlich-ärztlichen Denken kompatibel. So sind Aspekte wie Bewegung und Ganzheitlichkeit essentieller Bestandteil verschiedener medizinischer Fachdisziplinen (z. B. Allgemeinmedizin, Rehabilitation).“<sup>50</sup>

### Unterschiedliche Wissenschaftsbegriffe

Nach dem Schweizer Bundesgesetz über die Krankenversicherung ist eine der Voraussetzungen für die Kostenübernahme einer medizinischen Leistung der Nachweis der Wirksamkeit „nach wissenschaftlichen Methoden“ (Art. 32, 1). Doch welche Methoden sind „wissenschaftlich“? Gibt es auch „unwissenschaftliche“ Methoden? Der Hinweis auf die allgemein akzeptierten Standards der evidenzbasierten Medizin reicht nicht aus, weil es durchaus konkurrierende Standards, wie z. B. den Ansatz der Cognition based Medicine gibt.<sup>51</sup> In diesem Zusammenhang spielt auch der angebliche Gegensatz von Wissenschaft und Pseudo- bzw. Parawissenschaft eine Rolle, auf den im Folgenden kurz einzugehen sein wird.

Nach Meinung des Wiener Wissenschaftshistorikers Mitchell Ash kann es „keine allgemeingültige, überzeitlich geltende Antwort auf die Frage [geben], wie Wissenschaft von Nicht- oder eben Parawissenschaft unterscheidbar sein soll. Denn es gibt keine Möglichkeit [...], dies ohne Berücksichtigung der intellektuellen und sozialen Ein- und Ausschlusskriterien der wissenschaftlichen Denk- und Handlungskollektive der jeweiligen Zeit zu tun.“<sup>52</sup> Die Kriterien<sup>53</sup> (Holismus, Esoterismus, metaphysische Spekulation, Subjektivismus), die z. B. Gerhard L. Eberlein für die Einordnung als Parawissenschaft anführt, sind zeit- und kulturgebunden. Die neuere Wissenschaftstheorie und mit ihr die Wissenschaftsgeschichte haben daher längst davon Abstand genommen, allgemeingültige Unterscheidungskriterien, wie es noch Mario Bunge 1984 versucht hat,<sup>54</sup> herauszuarbeiten. Diejenigen, die in der aktuellen Auseinandersetzung um die Wissenschaftlichkeit der Medizin, insbesondere in Hinblick auf unkonventionelle Verfahren meinen, weiterhin die Spreu vom Weizen methodisch scharf trennen zu können, denen sei in Erinnerung gerufen, was einer der führenden Wissenschaftshistoriker, der an der ETH Zürich lehrende Michael Hagner, 2008 den Anhängern solcher Vorstellungen ins Stammbuch schrieb: „Ob jemand wissenschaftlich oder pseudowissenschaftlich vorgegangen ist, lässt sich [...] immer nur im Nachhinein, also aus historischer Perspektive beurteilen, und das ist zwar für die Wissenschaftshistoriker schön, doch für Wissenschaftstheoretiker und Politiker, die Forschungsgelder zu vergeben haben, ist es keine besonders tröstliche Perspektive.“<sup>55</sup>

Was also tun? Das heißt nicht, dass man zukünftig einem „Anything goes“, wie es der Philosoph Paul Feyerabend in seinem vieldiskutierten Buch *Wider den Methodenzwang* (1976) postuliert hat, huldigt. Denn Feyerabend behauptet ja keineswegs, dass Wissenschaft keinerlei Methoden und Regeln benötigt. Regeln, die auf die Vernunft, die Objektivität oder die Rationalität abheben, können also in einem Fall angemessen sein, im anderen Fall nicht. Hier lässt sich ein Brückenschlag zu einem anderen Lösungsmodell finden, dem Systembegriff Niklas Luhmanns.<sup>56</sup> „In diesem Sinne darf die Medizin“, so der Luhmann-Schüler Werner Vogd, „hier keinesfalls als Unterabteilung des Wissenschaftssystems verstanden werden. Als eigenständiger Funktionsbezug gelten hier gerade nicht die strengen Wahrheitskriterien, etwa im Sinn einer epidemiologisch nachgewiesenen Wirksamkeit, sondern zunächst das Primat, im Angesicht von Krankheit Diagnose und Therapie anbieten zu können.“<sup>57</sup>

Nach Rudolf Stichweh, ebenfalls ein Luhmann-Schüler, der seit vielen Jahren in Luzern lehrt, gilt auch für die professionalisierte Medizin das „Primat des Handlungsbezuges“.<sup>58</sup> Das bedeutet „Medizin muss im Sinne seines funktionsspezifischen Leistungsvollzugs gegenüber dem ihm verpflichteten Patienten handeln, kann sich jedoch im Bezug auf die Begründung für sein Handeln nur mittelbar auf die kollektiv geteilte wissenschaftliche Basis berufen.“<sup>59</sup> Anders ausgedrückt: Der Nachweis der Wissenschaftlichkeit ist in Hinblick auf das Handlungsziel zweitrangig. Für den Patienten gilt, dass ihm therapeutische Handlungsoptionen zur Verfügung gestellt werden. Der Tübinger Medizinethiker und Vorsitzender der Ethikkommission an der Bundesärztekammer, Urban Wiesing, spricht in diesem Zusammenhang von einer ethisch begründbaren „zielorientierten Paradigmenvielfalt“<sup>60</sup>, die sich am Patienten und seinen Leiden orientiert.

Wichtiger als das Kriterium der Wissenschaftlichkeit ist somit zum Beispiel aus Sicht des Patienten das Kriterium der Seriosität. Und dieses muss Gültigkeit für alle therapeutischen Richtungen haben. Wie ein solcher Kriterienkatalog aussehen kann, hat vor einigen Jahren ein Artikel von Mitgliedern des Dialogforums Pluralismus in der Medizin im Deutschen Ärzteblatt gezeigt,<sup>61</sup> der neben Kritik auch viel Zuspruch gefunden hat.<sup>62</sup> Im Einzelnen sind das:

- gewissenhafte medizinische Arbeitsweise (etwa sorgfältige Anamnese und Befunderhebung), einschließlich Dokumentation
- kontinuierliches Bemühen um profundes medizinisches Wissen und Erkenntnisfortschritt
- Kenntnis der eigenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen; hierzu ist der Patient angemessen zu informieren
- Kenntnis der wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Alternativen und ihrer Möglichkeiten und Grenzen; hierzu wird der Patient ebenfalls angemessen informiert
- keine polemisch überzogenen Äußerungen gegenüber therapeutischen Alternativen
- Bereitschaft zur Offenlegung und Nennung der theoretischen und empirischen Grundlagen für die eigenen Ansichten
- Respekt gegenüber der autonomen, individuellen Erkenntnisperspektive, Prioritätensetzung und freien Entscheidungsmöglichkeit des Patienten
- keine unverhältnismäßigen finanziellen Forderungen
- keine Vorspiegelung falscher Erfolgsaussichten zum Zweck eines finanziellen Vorteils oder andersartigen Profits.

#### Aus der Geschichte lernen?

Der amerikanische Historiker und Schriftsteller Henry Adams (1838–1918) hat in seiner Autobiographie aus dem Jahre 1907 für sich den Schluss gezogen, dass keine Lehre mehr stimme, bis auf die eine: Die Geschichte lehre nicht, wie man zu handeln habe, sondern höchstens, wie zu reagieren.

Deshalb sei abschließend ein kurzer Blick in die Schweizer Geschichte gestattet. Es handelt sich um ein Geschehen, das sehr viel Ähnlichkeit mit der heutigen Kontroverse um die Wiedereinführung komplementärmedizinischer Verfahren in die Grundversicherung hat.

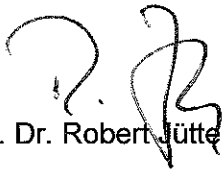
Im Juni 1936 reichte der Zürcher Verein zu gesetzlichen Anerkennung der Chiropraktik in der Schweiz ein entsprechendes Initiativbegehren ein.<sup>63</sup> Daraufhin setzte die Gesundheitsdirektion eine Expertenkommission ein, um die Bedeutung der Chiropraktik „gründlich und unvoreingenommen“ abzuklären. Die Kommission, in der zahlreiche namhafte Schulmediziner vertreten waren, kam in einem 199 Seiten umfassenden Gutachten zum Schluss, die Chiropraktik sei die willkürliche und unbewiesene Theorie eines amerikanischen Spezereihändlers. Sie werde in Amerika an sogenannten Hochschulen gelehrt, deren Programm nicht viel über dem einer schweizerischen Sekundarschule stehe. Die angeblichen Heilerfolge dieser Theorie hielten einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand. Dieses negative Urteil veranlasste den Regierungs- wie auch den Kantonsrat, das Begehren abzulehnen. Die Stimmbürger entschieden aber wider Erwarten anders. Ein Volksentscheid im Januar 1939 erbrachte eine klare Mehrheit für das Initiativbegehren. Der Ausgang der Volksabstimmung sollte gesamtschweizerisch Schule machen. So lehnten sich beispielsweise sämtliche Universitätskantone an das Vorbild von Zürich an. In Basel-Stadt wurde auch die Ausbildung gesetzlich geregelt, indem festgelegt wurde, dass unter chiropraktischer Tätigkeit das zu verstehen sei, was an den Chiropraktik-Instituten gelehrt und gelernt und von den Prüfungen in der Schweiz examiniert werde. Nach dem erfolgreichen Kampf um den Pluralismus in der Medizin, der zunächst auf Kantonsebene geführt wurde, gelang es schließlich mit massiver Unterstützung aus der Bevölkerung (Unterschriftenaktion, an der sich über 400.000 Schweizer beteiligten), die chiropraktische Tätigkeit in den Leistungsbereich zunächst der Kranken- und später auch in die Unfall- bzw. Militärversicherung einzubeziehen, und zwar im Rahmen der Revision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes/KUVG im Jahre 1963/1964. Der rechtliche Status des Chiropraktors ist heute sowohl in den kantonalen Gesundheitsgesetzen als auch in der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung geregelt. Der Luzerner Verein „Pro Chiropraktik“ (LVPC) besteht übrigens bis heute und legt Zeugnis davon ab, wie früh schon in der Schweiz Patienten für den Pluralismus in der Medizin eintraten und wie schwierig, letztendlich aber doch erfolgreich dieser Kampf war.

### Fazit

Aus wissenschaftstheoretischer und wissenschaftsgeschichtlicher Sicht lässt sich die Frage, ob komplementärmedizinische und konventionelle medizinische Verfahren den Wirksamkeitsnachweis nach einheitlichem wissenschaftlichem Standard erbringen müssen, eindeutig verneinen. Wie der Begriff Komplementärmedizin (in seiner ursprünglichen Bedeutung) bereits zum Ausdruck bringt, geht es um Komplementarität in dem Sinne, dass in der Medizin, die eine Handlungs- und keine reine Naturwissenschaft ist, zwei oder mehrere konzeptionell völlig unterschiedliche Heilweisen nebeneinander



existieren können, wenn nicht fundamentalistische Tendenzen ein Nebeneinander unmöglich machen (wie man außerhalb der Medizin etwa am Beispiel der Auseinandersetzung zwischen Evolutionsbiologen und Anhängern des Kreationismus sehen kann). Deshalb hat der Gesetzgeber bewusst davon Abstand genommen, in den Wissenschaften die Richterrolle zu übernehmen. Das gilt sowohl für die Bundesrepublik als auch beispielsweise für das House of Lords in England. Dieses Prinzip hat der Stuttgarter Medizinrechtler, Prof. Dr. Rüdiger Zuck, wie folgt auf den Punkt gebracht: „Wenn wir akzeptieren, dass es inhaltliche Vielfalt bei therapeutischen Konzepten gibt, müssen wir auch akzeptieren, dass es methodische Vielfalt gibt.“<sup>64</sup>



Prof. Dr. Robert Jütte

Institutsleiter

- 
- <sup>1</sup> Vgl. dazu den Überblick von Helmut Kiene, Günter Ollenschläger, Stefan Willich (Hrsg.): Pluralismus in der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation? Themenheft der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99 (2005), Heft 4/5, S. 261-334.
- <sup>2</sup> Robert Jütte: Alternative Medicine and Medico-Historical Semantics. In: Robert Jütte, Motzi Eklöf, Marie C. Nelson (Hrsg.): Historical Concepts of Unconventional Medicine: Approaches, Concepts, Case Studies. Sheffield 2001, S. 11-26.
- <sup>3</sup> Alfred Cassebaum: Eine Rose ist eine Rose ist eine Rose. Über Sprachregelungen in der Gesundheitspolitik. In: Dr. med. Mabuse 10 (1985), Nr. 39, S. 24-25.
- <sup>4</sup> Margaret Cooper: Complementary Medicine in the Spotlight. In: Health & Homeopathy (summer 1997), S. 21f.
- <sup>5</sup> Vgl. dazu Sarah Cant/Ursula Sharma: A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state, London 1999, bes. S. 51ff., Edzard Ernst (Hrsg.): Complementary Medicine: an objective appraisal. London 1997, S. 1ff. Zur Begrifflichkeit im Deutschen vgl. u. a. M. Lindner: Komplementärmedizin. In: Christian Hentschel (Hrsg.): Naturheilverfahren, Homöopathie und Komplementärmedizin. Weinheim 1997, S. 335-374.
- <sup>6</sup> Louis R. Grote: Die Idee der Naturheilkunde im Aspekt der allgemeinen klinischen Krankheitslehre. In: Hippokrates 22 (1951), S. 522-529, hier: S. 528.
- <sup>7</sup> Niels Bohr: Atomtheorie und Naturbeschreibung. Berlin 1931.
- <sup>8</sup> Vgl. Heinrich Kies: Das Verhältnis von Naturheilkunde und Außenseitermethoden zur naturwissenschaftlichen Medizin (Schulmedizin) im Spiegel der Münchener Medizinischen Wochenschrift, der Medizinischen Klinik, der Medizinischen Welt, der Wiener Medizinischen Wochenschrift sowie der Medizinischen Zeitschrift in den Jahrgängen 1933 bis 1945. Med. Diss. Düsseldorf 1996, S. 39f.
- <sup>9</sup> Jürgen Hansel: Komplementäre Medizin. Die Heilkunst offener Systeme. Regensburg 1988, S. 124.
- <sup>10</sup> Vgl. dazu Robert Jütte: Therapie im Wandel. Krankheit und Gesundheit im interkulturellen Kontext. In: Neue Rundschau 108 (1997), S. 37-50.
- <sup>11</sup> Walter Michael Gallmeier: Braucht die Medizin eine Erweiterung oder Ergänzung. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 131 (1989), S. 499-502.
- <sup>12</sup> Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2012.
- <sup>13</sup> Michael E. Dean: The Trials of Homeopathy: Origins, Structure and Development. Essen 2004.
- <sup>14</sup> Deutscher Bundestag: Bericht des Ausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit zum Arzneimittelgesetz. Bundesdrucksache 7/5091 vom 28.4.1976.
- <sup>15</sup> AMG 1976, Artikel 1, 25 (2).
- <sup>16</sup> Nicholas Eschenbruch: Experteneinfluss und Patientenprotest: Arzneimittelregulierung als Herausforderung für die alternativen Heilweisen, 1965-1976. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 26 (2007), S. 53-74, Zitat S. 68.
- <sup>17</sup> Vorstand und Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (Hrsg.): Memorandum Arzneibehandlung im Rahmen „besonderer Therapierichtungen“, 2., überarb. Aufl. Köln 1993, S. 19f.
- <sup>18</sup> Vgl. Martin Dinges (Hrsg.): Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870- ca. 1933). Stuttgart 1996.
- <sup>19</sup> Bundesärztekammer (Hrsg.): Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. In: Deutsches Ärzteblatt 106 (2009), S. A 2325-2334.
- <sup>20</sup> Peter M. Hermanns, Gert Filler, Bärbel Rascher: Alternative Medizin: Abrechnung nach GOÄ und Hinweise zur Abrechnung bei der GKV. 3. Aufl. Landsberg/Lech 2008, S. 99.
- <sup>21</sup> Alfred Kyrer, Michael Alexander Populorum: Trends und Beschäftigungsfelder im Gesundheits- und Wellness-Tourismus. Wien 2008, S. 208f.
- <sup>22</sup> Vgl. W. B. Jonas, D. Eisenberg, C. Crawford: The evolution of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the USA over the last 20 years. In: Forschende Komplementärmedizin 20 (2013), S. 65-72.
- <sup>23</sup> <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12303.htm#a2> (letzter Zugriff 29.7.2013).
- <sup>24</sup> <http://www.cambrella.eu/home.php?il=67&f=deu> (letzter Zugriff 29.7.2013)

- 
- <sup>25</sup> Christine Holmberg, Benno Brinkhaus, Claudia Witt: Experts' opinions on terminology for complementary and integrative medicine – a qualitative study with leading experts. In: *BMC Complementary and Alternative Medicine* 12 (2012), S. 1-7, Zitat S. 7.
- <sup>26</sup> Harald Walach: „Integrative Medizin“ – die Kolonialisierung des Anderen und die Notwendigkeit des ganz Anderen. In: *Forschende Komplementärmedizin* 17 (2010), S. 4-8, Zitat S. 5.
- <sup>27</sup> Gustav Dobos: Integrative Medicine – Medicine of the future or ‚Old Wine in New Skins‘? In: *European Journal of Integrative Medicine* 1 (2009), S. 109-115, bes. S. 110.
- <sup>28</sup> Thomas S. Kuhn: *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. 2. Aufl. Frankfurt am Main 1976. Aus der Fülle der Sekundärliteratur siehe: K. Brad Wray: *Kuhn's Evolutionary Social Epistemology*. Cambridge 2011.
- <sup>29</sup> Vgl. dazu Steve Fuller: *Kuhn vs. Popper: the struggle for the soul of science*. Duxford 2003.
- <sup>30</sup> Baas van Fraassen: *The Scientific Image*. Oxford 1980, S. 12 (meine Übersetzung).
- <sup>31</sup> Uwe Rose: *Thomas S. Kuhn: Verständnis und Mißverständnis. Zur Geschichte seiner Rezeption*. Diss. Göttingen 2004, S. 152.
- <sup>32</sup> Das folgende Modell geht u. a. zurück auf: Karl-Heinz Gebhardt: *Der Paradigmenstreit um die Homöopathie*. In: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung* 3 (1984), S. 7-16. sowie auf Wolfgang van Daele: *Der Traum von der ‚alternativen‘ Wissenschaft*. In: *Zs. für Soziologie* 16 (1987), S. 403-418.
- <sup>33</sup> Gry Sagli: *Chinese Medical Concepts in Biomedical Culture: the Case of Acupuncture in Norway*. In: Robert Jütte, Motzi Eklöf, Marie C. Nelson (Hrsg.): *Historical Aspects of Unconventional Medicine. Approaches, Concepts, Case Studies*. Sheffield 2001, S. 211-226, bes. Tabelle 4, S. 218.
- <sup>34</sup> Zur These, dass Homöopathie und Schulmedizin verschiedenen Paradigmen angehören vgl. Matthias Wischner: *Ähnlichkeit in der Medizin. Über die Wissenschaftlichkeit von Homöopathie und Schulmedizin*. Essen 2004, S. 79ff. Zustimmung findet diese These auch unter einigen Schulmedizinern: Knut-Olaf Haustein et al.: *Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneitherapie*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), S. A800-805; Klaus Jork: *Ärztliche Aufgaben zwischen Individuum und Wissenschaft – zur Erkenntnistheorie der Medizin*. In: Derselbe (Hrsg.): *Alternativen in der Medizin. Behandlungsformen zwischen Wissenschaft und Empirie*. Stuttgart 1993; S. 9-19, bes. S. 10; Klaus Dietrich Bock: *Wissenschaftliche und Alternative Medizin, Paradigmen – Praxis – Perspektiven*. Heidelberg 1993.
- <sup>35</sup> Wolfgang Wieland: *Medizin als praktische Wissenschaft – die Frage nach ihrem Menschenbild*. In: Matthias Girke et al. (Hrsg.): *Medizin und Menschenbild. Das Verständnis des Menschen in Schul- und Komplementärmedizin dargestellt vom Dialogforum Pluralismus in der Medizin*. Köln 2006, S. 9-28, Zitat S. 11.
- <sup>36</sup> Wieland (wie Anm. 35), S. 26.
- <sup>37</sup> Vgl. u. a. Michael Ruegg: *Integrative Medizin und Pflege an öffentlichen Spitälern. Grenzen aus philosophischer Sicht*. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (2012), S. 826-829; Matthias Wiesmann: *Integrative Medizin aus ‚philosophischer Sicht‘*. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 93 (2012), S. 1400-1402.
- <sup>38</sup> Vgl. u. a. Peter Kaiser: *Arzt und Guru. Die Suche nach dem richtigen Therapeuten in der Postmoderne*. Marburg 2001, S. 49ff.
- <sup>39</sup> Vgl. dazu Robert Jütte: *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*. München 1996, S. 55ff.
- <sup>40</sup> Vgl. Annette Kerckhoff: *Warum krank? Wie heilen? Konzepte einer anderen Medizin*. Stuttgart 2010, S. 10.
- <sup>41</sup> Rudolf Steiner: *Die Kunst des Heilens*. Dornach 1980, S. 33.
- <sup>42</sup> Rudolf Steiner/Ita Wegman: *Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen*. 3. Aufl. Arlesheim 1953, S. 1.
- <sup>43</sup> Steiner/Wegman (wie Anm. 42), S. 7.
- <sup>44</sup> Vgl. u. a. Matthias Wischner: *Fortschritt oder Sackgasse? Die Konzeption der Homöopathie in Samuel Hahnemanns Spätwerk (1824-1842)*. Essen 2000.
- <sup>45</sup> Vgl. dazu speziell Birgit Lochbrunner: *Der Chinarindenversuch. Schlüsselexperiment für die Homöopathie?* Essen 2007; Robert Jütte: *200 Jahre Simile-Prinzip: Magie – Medizin – Metapher*. In: *Allgemeine Homöopathische Zeitung* 242 (1997), S. 3-15.

- <sup>46</sup> Roland Methner: Miasmen in der Homöopathie: eine kritische Analyse aller relevanten Miasmenkonzepte von Hahnemann bis heute. Pichsenstadt/Laub 2011.
- <sup>47</sup> Vgl. u. a. Thomas Ots: Aneignung durch Umdeutung – Zur Rezeption der traditionellen chinesischen Medizin in Deutschland. In: *Curare* 10 (1987), S. 169-195.
- <sup>48</sup> Vgl. dazu u.a. Paul U. Unschuld: Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst. München 2003; derselbe: Traditionelle Chinesische Medizin. München 2013; Iven F. Tao: Grundkonzepte der chinesischen Medizin. TCM im neuen Licht. Essen 2007.
- <sup>49</sup> Norman Gevitz: The DOs: osteopathic medicine in America. 2. Aufl. Baltimore 2004; Lothar Beyer et al.: Osteopathie als Bestandteil und Erweiterung der Manuellen Medizin. Position zur Osteopathie. In: *Manuelle Medizin* 45 (2007), S. 245-246.
- <sup>50</sup> Bundesärztekammer (Hrsg.): Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (2009), S. A 2325-2334, Zitat S. A 2332.
- <sup>51</sup> Heiner Raspe: Cognition-based Medizin aus der Sicht der Evidenz-basierten Medizin. In: Helmut Kiene et al. (Hrsg.): Pluralismus in der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation? In: *Zs. f. ärztl. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99 (2005), S. 295-300; Helmut Kiene: Was ist Cognition-based Medicine? In: *Zs. f. ärztl. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99 (2005), S. 3012-306.
- <sup>52</sup> Mitchell G. Ash: Pseudowissenschaft als historische Größe. In: Dirk Rupnow, Veronika Lipphardt, Jens Thiel, Christina Wessely (Hrsg.): Pseudowissenschaft. Frankfurt/M. 2008, S. 451-460, Zitat S. 452f.
- <sup>53</sup> Gerald E. Eberlein: Schulwissenschaft – Parawissenschaft – Pseudowissenschaft. In: Derselbe (Hrsg.): Schulwissenschaft, Parawissenschaft, Pseudowissenschaft. Stuttgart 1991, S. 109-118, Zitat S. 112.
- <sup>54</sup> Mario Bunge: What is Pseudoscience? Pseudoscience can be clearly distinguished from science only if a number of features are checked. In: *The Skeptical Inquirer* 9 (1984), S. 36-46.
- <sup>55</sup> Michael Hagner: Bye-bye science, welcome pseudo-science? Reflexionen über einen beschädigten Status. In: Dirk Rupnow, Veronika Lipphardt, Jens Thiel, Christina Wessely (Hrsg.): Pseudowissenschaft. Frankfurt/M. 2008, S. 21-50, Zitat S. 35.
- <sup>56</sup> Niklas Luhmann: Medizin und Gesellschaftstheorie. In: *Medizin Mensch Gesellschaft* 8 (1983), S. 168-175.
- <sup>57</sup> Werner Vogd: Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: *Soziale Systeme* 11 (2005), S. 236-270, Zitat S. 237.
- <sup>58</sup> Rudolf Stichweh: Professionen und Disziplinen – Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. In: Klaus Harney (Hrsg.): Professionalisierung der Erwachsenenbildung: Fallstudien, Materialien, Forschungsstrategien. Frankfurt/M. 1987, S. 210-275, Zitat S. 228.
- <sup>59</sup> Vogd (wie Anm. 57), S. 240.
- <sup>60</sup> Urban Wiesing: Pluralität in der Medizin. Ein Plädoyer für zielorientierte Paradigmenvielfalt aus ethischen Gründen. In: Susanne Michl, Thomas Potthas, Urban Wiesing (Hrsg.): Pluralität in der Medizin. Werte – Methoden – Theorien. Freiburg/Brsg. 2008, S. 459-470.
- <sup>61</sup> Helmut Kiene, Hermann Heimpel et al.: Was ist seriöses Therapieren? Medizinpluralismus und die Verpflichtung zu Wissenschaftlichkeit erscheinen nur auf den ersten Blick als ein Widerspruch. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (2010), S. A 548-550.
- <sup>62</sup> Vgl. die Leserbrief im *Deutschen Ärzteblatt* 107 (2010), S. A 1306-1308.
- <sup>63</sup> Vgl. dazu (mit Quellennachweisen): Robert Jütte: Alter und neuer Pluralismus in der Medizin. In *Schweizer Zeitschrift für Ganzheitsmedizin* 24 (2012), S. 169-175.
- <sup>64</sup> Rüdiger Zuck: Der verfassungsrechtliche Rahmen von Evaluation und Pluralismus. In: *Zs. f. ärztl. Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 99 (2005), S. 263-267, Zitat S. 265. Zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der unterschiedlichen Beurteilung von Schul- und Komplementärmedizin am Beispiel der „Besonderen Therapierichtungen“ vgl. u. a. Gabriele Klinger: Strafrechtliche Kontrolle medizinischer Außenseiter. Stuttgart 1995, bes. S. 18ff.; Peter Axer: Umfang und Inhalt des sozialrechtlichen Leistungsanspruchs nach dem sog. Nikolausbeschluss. In: Raymond Becker, Serkan Sertel, Isabel Strassen-Rapp, Ines Walburg (Hrsg.): „Neue“ Wege in der Medizin. Alternativmedizin – Fluch oder Segen? Heidelberg 2010, S. 321-341, bes. S. 324.