

NADJA KLAFKE

Eine ethnomedizinische
Untersuchung über die
Arzt-Patienten-
Beziehung – Westliche
Medizin und Tibetische
Medizin im Vergleich

2008

Abschlussarbeit

**zur Erlangung der Magistra Artium
im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften**

**der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Institut für Grundlagen der Gesellschaftswissenschaften (III)
Soziologie und psychoanalytische Sozialpsychologie**

Thema:

**Eine ethnomedizinische Untersuchung über die Arzt-Patienten-
Beziehung**

-

Westliche Medizin und Tibetische Medizin im Vergleich

1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl

2. Gutachter: Prof. Dr. Tilman Allert

vorgelegt von:

**Nadja Klafke
geb. am 10. Januar 1983
in Essen**

Einreichungsdatum:

Frankfurt, den 17. Juni 2008

INHALTSVERZEICHNIS:

1. Einleitung	1
1.1. Begriffsdefinitionen.....	3
1.2. Die Unzufriedenheit mit der westlichen Medizin.....	6
1.2.1. ... und die Unzufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung	10
2. Zielsetzung und Fragestellung	11
2.1. Analysemodell.....	13
2.2. Methode: Literaturrecherche und Hermeneutik	14
2.3. Vorgehensweise.....	15
3. Sozialwissenschaftliche Theorien über die Arzt-Patienten-Beziehung	18
3.1. Funktionalistische Sicht.....	19
3.2. Marxistische und Feministische Sicht	23
3.3. Foucaultsche Sicht.....	26
3.4. Sozialkonstruktivistische Sicht.....	29
3.5. Zusammenfassung	32
4. Medical Anthropology = Ethnomedizin	33
4.1. Zentrale Aussagen der Ethnomedizin.....	33
4.2. Heißt es Ethnomedizin, Medizinethnologie oder Medizinanthropologie?	36
5. Clinically Applied Medical Anthropology	37
5.1. Health Care Systems.....	40
5.1.1. Three Sectors of Health Care	42
5.2. Core Clinical Functions of Health Care Systems	45
5.2.1. Unterscheidung von Disease und Illness	46
5.2.2. Explanatory Models	49
5.2.3. Curing the Disease / Healing the Illness.....	52
6. Weitere Methoden der Medical Anthropology	53
6.1. Methoden für ethnomedizinische Studien.....	53
6.1.1. Ethnographie	53
6.1.2. Qualitative, quantitative und neue Methoden.....	54
6.2. Methoden zur klinischen Anwendung in der Arzt-Patienten-Beziehung	55
6.2.1. Explanatory Models	56
6.2.2. Illness Narratives.....	57
6.3. Methodische Vorgehensweise für diese Arbeit	58
7. Ethnomedizinische Untersuchung der Westlichen Medizin	59
7.1. Die Arzt-Patienten-Beziehung in der westlichen Medizingeschichte (social reality)	59
7.1.1. Antike (1200 v. Chr. – 600 n. Chr.)	60
7.1.2. Mittelalter (500 n. Chr. – 1500 n. Chr.).....	64
7.1.3. Renaissance (1400 – 1600).....	65
7.1.4. Frühe Neuzeit (1600 – 1750).....	66
7.1.5. Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert (1790 – 1850)	68
7.1.6. Zeitalter der Moderne (ab 1900)	70
7.1.7. Gegenbewegungen zur Biomedizin (1850 – 1960)	70
7.2. Konzept und Struktur der Westlichen Medizin (clinical reality).....	73
7.2.1. Philosophie und Körperbild	75
7.2.2. Pathogenese.....	76
7.2.3. Diagnostik in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung.....	78
7.2.3.1. Anamnese	78
7.2.3.2. Körperliche Untersuchung.....	79
7.2.3.3. Medizinische Technologie.....	79
7.2.4. Krankheitsbehandlung in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung	80

8. Ethnomedizinische Untersuchung der Tibetischen Medizin	81
8.1. Geschichte Tibets im Kontext der Medizingeschichte (social reality).....	82
8.1.1. Tibetische Königsherrschaft (617 – 842 n. Chr.)	83
8.1.1.1. Ayurvedische Medizin aus Indien	83
8.1.1.2. Chinesische Medizin.....	85
8.1.1.3. Buddhismus	86
8.1.2. Gyüshi	88
8.1.3. Mongolische und chinesische Herrschaft (ab 1249).....	89
8.1.4. Wiedervereinigung Tibets (1642)	90
8.1.4.1. Blauer Beryll und Chagpori.....	91
8.1.5. Tibet im Interesse der Großmächte (ab 1900)	92
8.1.5.1. Unabhängigkeit Tibets (1913)	92
8.1.5.2. Mentsikhang (Schule für Medizin und Astrologie)	93
8.1.6. Machtübernahme der Chinesen (ab 1950).....	93
8.1.7. Wiederbelebung der tibetischen Kultur und der tibetischen Medizin (ab 1976)	94
8.1.7.1. Men-Tsee-Khang	94
8.2. Konzept und Struktur der Tibetischen Medizin (clinical reality).....	95
8.2.1. Philosophie und Körperbild	95
8.2.2. Pathogenese.....	96
8.2.3. Diagnostik in der tibetischen Arzt-Patienten-Beziehung	99
8.2.3.1. Gespräch.....	99
8.2.3.2. Arzt und Patient	99
8.2.3.3. Pulsdiagnose	100
8.2.3.4. Zungenanalyse und Urinanalyse	102
8.2.4. Krankheitsbehandlung in der tibetischen Arzt-Patienten-Beziehung.....	102
9. Gegenüberstellung: Westliche Medizin und Tibetische Medizin.....	105
9.1. Historische Ereignisse und kulturelle Denkweise	106
9.2. Philosophie und Körperbild.....	106
9.3. Pathogenese	107
9.4. Diagnostik	107
9.5. Krankheitsbehandlung	108
9.6. Tabelle	109
10. Ethnomedizinische Fallbeispiele aus der Arzt-Patienten-Beziehung.....	110
10.1. Westliche Medizin (symbolic reality)	110
10.1.1. Sicht- und Denkweise eines westlichen Arztes	111
10.1.2. Wie kommunizieren Ärzte und Patienten?	115
10.2. Tibetische Medizin (symbolic reality).....	118
10.2.1. Sicht- und Denkweise von tibetischen Ärzten.....	119
10.2.2. Wie werden Patienten diagnostiziert und behandelt?	122
10.3. Zusammenfassung	124
11. Schlussfolgerungen.....	125
11.1. Tibetische Medizin als Komplementärmedizin?	126
11.2. Ein schwieriger Weg: Von der Randgruppe zum integralen Bestandteil des westlichen Medizinsystems	129
11.3. Ausblick.....	138
12. Zusammenfassende Ergebnisse.....	140
Literaturverzeichnis.....	146

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS:

Abbildung 1: Krankheitserfindung.....	8
Abbildung 2: Die drei Krankheitssektoren.....	43
Abbildung 3: Medizinische Technologie in der westlichen Medizin.....	80
Abbildung 4: Geographische Lage Tibets.....	82
Abbildung 5: Tibetische Nationalflagge	92
Abbildung 6: Rechte und linke Hand des tibetischen Arztes für die Pulsuntersuchung	101
Abbildung 7: Vor der medizinischen Untersuchung	110
Abbildung 8: Denkweise des westlichen Internisten.....	112
Abbildung 9: Geringer zwischenmenschlicher Arzt-Patienten-Kontakt	124
Tabelle 1: Das tibetische Medizinverständnis – Element, Körpersaft und Körperfunktion.....	98
Tabelle 2: Gegenüberstellung: westliche Medizin und tibetische Medizin.....	109
Tabelle 3: <i>Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin</i>	132
Tabelle 4: <i>Dachverband für asiatische Komplementärmedizin</i>	132
Tabelle 5: <i>Dachverband deutscher komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen</i>	133
Tabelle 6: <i>Dachverband für tibetische Medizin</i>	136

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:

AGEM	<i>Arbeitsgemeinschaft für Ethnomedizin e. V.</i>
EM	<i>explanatory model (Erklärungsmodell)</i>
IKME	<i>Interdisziplinäre Kommission für Medizinethnologie</i>
MAS	<i>Medical Anthropology Switzerland</i>
TCM	<i>Traditionelle Chinesische Medizin</i>
TMAI	<i>Tibetan Medical and Astrological Institute</i>
WHO	<i>Weltgesundheitsorganisation</i>

1. Einleitung

Es gab Zeiten im alten China, da wurden die Ärzte nur so lange bezahlt, wie die Menschen gesund blieben. Bei Erkrankung wurde das Honorar für die Mediziner vorübergehend eingestellt.

Solch eine Situation wäre heutzutage in unserer Gesellschaft kaum vorstellbar!

Gesundheit, Krankheit, Leiden und Tod gehören zu den universellen Erfahrungen aller Menschen. Jedoch hat jede Kultur eigene Wege und Mittel im Umgang damit entwickelt.

Untersuchungen der Ethnomedizin (im englischen „Medical Anthropology“ genannt) zeigen, dass es viele unterschiedliche Konzepte über Gesundheit und Krankheit auf der Erde gibt (Kleinman 1980, Pfeleiderer & Bichmann 1985, Greifeld 2003, Helman 2007). Folglich gibt es auch unterschiedliche Behandlungsmethoden, die nicht weniger erfolgreich verlaufen als die hierzulande hochgepriesenen Behandlungskonzepte der westlichen Schulmedizin.

In Leidenssituationen haben Menschen schon immer Begleitung und Hilfe benötigt. In unserem westlichen Kulturkreis haben diese Funktion die Ärzte mit ihren biomedizinischen Behandlungsmethoden übernommen. Die „Götter in Weiß“ beanspruchen die Kontrolle über Leben und Tod, kreieren Definitionen über Gesundheit und Krankheit und rechtfertigen die Art ihrer Behandlungsmethode durch die Naturwissenschaften. Sich vorzustellen, dass man diesen „Göttern in Weiß“ wie im alten China das Honorar bei Auftreten von Krankheit einstellt, erscheint skurril und komisch. Dabei wird heutzutage ignoriert, dass die Medizin naturwissenschaftlich und geisteswissenschaftlich zugleich ist. Vertreter des Sozialkonstruktivismus (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986) kritisieren an der Biomedizin, dass dieses medizinische Wissen sozial konstruiert und daher nicht objektiv ist. Diese Aussage bestätigt auch der geschichtliche Blick auf die Medizingeschichte: Denn die Historie zeigt, wie das Medizinsystem von Menschen derart konstruiert wurde, dass sich die Profession der Ärzteschaft heute in einer solch mächtigen Position wiederfindet (Ackerknecht 1959, Huerkamp 1989, von Engelhardt 2001, Bergdolt 2004).

Auch Medizinkritiker bemängeln den Einfluss von Medizinerinnen auf das alltägliche Leben, welches durchdrungen ist von Medikalisation (Illich 1976, Blech 2003):

Früher wurden die Menschen durch die Kirche kontrolliert – heute durch die Medizin.

Es geht in dieser Arbeit jedoch nicht nur um westliche Medizinkritik. Vielmehr soll der wichtigste Bereich der Medizin – die Arzt-Patienten-Beziehung – zweier Medizinsysteme theoretisch und praktisch untersucht werden. Jede Gesellschaft geht unterschiedlich mit medizinischen Themen um. Dies wird vor allem in der medizinischen Praktik der Arzt-Patienten-Beziehung deutlich, die hier von der westlichen Medizin und der tibetischen Medizin theoretisch und auch anhand Praxisbeispielen erläutert werden soll. Die westliche Medizin und die tibetische Medizin sollen hier analysiert und vergleichend gegenübergestellt werden.

Hierfür bietet sich eine ethnomedizinische Herangehensweise an, da sie aufzeigen kann, welche kulturellen Unterschiede es im Umgang mit Kranken und deren Behandlung gibt (Kleinman 1980, Pfleiderer & Bichmann 1985, Greifeld 2003, Helman 2007). Krankheit und Krankheitsbehandlung sind von Kultur zu Kultur verschieden – die These der kulturellen Relativität ist eine Kernaussage ethnomedizinischer Untersuchungen.

Dafür werden in der Ethnomedizin auch sozialkonstruktivistische Ansätze (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986) verwendet, da sie verdeutlichen, dass medizinische Konzepte keinen Anspruch auf Objektivität haben sollten, da sie ein Konstrukt – von Menschen für Menschen gestaltet – sind.

Um die kulturelle Vielfalt der Menschen und ihrer konstruierten Medizinsysteme aufzuzeigen, soll die Medizinkultur Tibets vorgestellt werden. Eine den westlichen Ländern und der westlichen Medizin ferne Kultur und ihr zugehöriges Medizinsystem sollen somit als eine Bereicherung für medizinisches Wissen kennengelernt werden.

Durch diesen interkulturellen Vergleich des westlichen Medizinsystems mit dem tibetischen Medizinsystem sollen Stärken und Schwächen wissenschaftlichen (medizinischen) Denkens aufgedeckt werden. Die westliche Biomedizin soll durch den ethnomedizinischen Vergleich nicht nur kulturell relativiert werden, sondern auch von den neuen Erkenntnissen aus der tibetischen Medizin profitieren.

Werden möglicherweise durch diesen interkulturellen Vergleich der Arzt-Patienten-Beziehung neue Perspektiven und Sichtweisen für die Praxis unserer westlichen Medizin deutlich?

Verbesserungsvorschläge könnte unsere westliche Medizin tatsächlich gebrauchen, erfährt sie doch eine immer größer werdende Unzufriedenheit ihrer klagenden Patienten (Engelhardt 1999).

1.1. Begriffsdefinitionen

Vorab der Erläuterung, warum eine immer größer werdende Unzufriedenheit an unserer Biomedizin erkennbar ist, möchte ich einige für diese Arbeit häufig verwendeten Begriffe erläutern und abgrenzen.

Zuerst wird der Medizinbegriff kurz umrissen und dann sollen die geläufigen Begriffe für die „westliche Medizin“ sowie die Bezeichnungen „traditionelle Medizin“ und „alternative und komplementäre Medizin“ genauer betrachtet werden.

Medizinbegriff

Für den medizinischen Bereich der Kultur gibt es mehrere Möglichkeiten zur Bezeichnung, die hier in dieser Arbeit synonym angewendet werden: Heiltradition, Heilkunde, Heilkunst, Heilwissen, Heilmethode, Heilsystem, kulturelles Heilsystem, kulturelles Medizinsystem, Medizin, Medizinbereich, Medizinkultur, Medizinform, Medizinsystem, Gesundheitssystem, Gesundheitsfürsorgesystem, Gesundheitsversorgung, Gesundheitswissen...

Sicherlich hat jede dieser Bezeichnungen Vor- und Nachteile, die jedoch hier nicht im Zentrum der Betrachtung stehen sollen und daher relativ gleichbedeutend angewendet werden.

Begriffe für die westliche Medizin

Es gibt viele unterschiedliche Bezeichnungen für unsere in Europa und Nordamerika entstandene Biomedizin.

Ich werde überwiegend die Begriffe „westliche Medizin“, „Biomedizin“ oder „westliche Biomedizin“ anwenden, wenn ich über unsere Medizin- und Heilkultur in Europa und Nordamerika spreche.

Zwar sind die Bezeichnungen „westlich“ und „nicht westlich“ umstritten, da sie nicht nur zwischen der geographischen Lage, sondern auch zwischen „kolonisierenden“ und „kolonisierten“ Ländern unterscheidet. Jedoch ist „*westliche Medizin*“ der hauptsächlich außerhalb Nordamerikas und Europas gebräuchliche Begriff. Viele im „westlichen Raum“ entwickelte Techniken und Denkweisen erhielten zum Beispiel

in asiatischen Ländern das Label „westlich“, wie auch die im „Westen“ entwickelte Biomedizin.

Die Bezeichnung „**Biomedizin**“ verdeutlicht die Verwendung von naturwissenschaftlichen Prinzipien und Techniken in der „westlichen Medizin“. Vor allem in Krankenhäusern wird Biomedizin praktiziert. Diagnostik und Therapie auf einer neutralen und wissenschaftlichen Grundlage sind der Kern der Biomedizin. In den westlichen Ländern nimmt die Biomedizin eine zentrale und dominierende Rolle ein. Auch global gesehen, hat sich das standardisierte Verfahren der Biomedizin auf imperialistischer Weise weiter ausgebreitet (vgl. Hahn & Kleinman 1983:305-306).

Aufgrund der globalen Anwendung wird für „Biomedizin“ häufig der allgemeine Begriff „**Medizin**“ verwendet (vgl. ebd. 1983:312); andere Heilverfahren werden oft im Vergleich zu dieser „Medizin“ beschrieben. Manche Ethnomediziner grenzen den Begriff „Medizin“ noch weiter ab, wenn sie sagen, dass „Medizin“ ein vergleichsweise junges kulturelles Konstrukt ist. Dagegen hat es „Heilkunde“ seit der Antike gegeben. Auch im Duden der Etymologie (1989:449) steht, dass es den Begriff „Medizin“ erst seit dem 13. Jahrhundert gibt und die Bezeichnung „Heilkunde“ damit ersetzt.

Da die Biomedizin im Gegensatz zu anderen Heilsystemen wie zum Beispiel der Homöopathie eine offizielle Lehre an den Hochschulen ist, wird sie auch „**Schulmedizin**“ genannt. In westlichen Ländern mag der Begriff „Schulmedizin“ prominent sein, in asiatischen Ländern wie zum Beispiel Tibet jedoch nicht. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass auch die tibetische Medizin akademisiert, also eine „Schulmedizin“ geworden ist.

Aus Sicht der Homöopathie wird die westliche Biomedizin geringschätzig auch „**allopathische Medizin**“ genannt. Damit verdeutlichen Homöopathen die Behandlungsmethode der Biomedizin: Es ist ein Heilverfahren, welches Krankheiten mit entgegengesetzt wirkenden Mitteln zu behandeln versucht.

Andere geläufige Bezeichnungen für unsere westliche Medizin sind „orthodoxe Medizin“, „kosmopolitische Medizin“ sowie auch „moderne Medizin“ (vgl. Greifeld 2003:13-14).

Der Ausdruck „**orthodoxe Medizin**“ beschreibt einen Standpunkt, der die zentrale und dominierende Rolle der westlichen Biomedizin beanstandet. Es ist eine Kritik an

dem Bestreben der Biomedizin als einzige wahre und wissenschaftliche Medizin zu gelten.

„*Kosmopolitische Medizin*“ drückt die weltweite Verbreitung und Verwendung der westlichen naturwissenschaftlichen Medizin aus. Diese Beschreibung ist nicht sehr geläufig, wird aber von vielen Ethnomedizinern gerne verwendet, da es ihnen als ein passender neutraler Ausdruck für die globale Auswirkung der westlichen Medizin scheint.

Mit der Bezeichnung „*moderne Medizin*“ möchte man die westliche Biomedizin von „alten, traditionellen, altmodischen“ Heilsystemen abgrenzen. In der Bezeichnung steckt die Annahme eines positiven Fortschrittsglaubens an die Biomedizin sowie auch die Aussage, dass die „moderne Biomedizin“ in ihrer jetzigen Ausformung im Vergleich zu vielen anderen Heilsystemen nur eine kurze Geschichte vorzuweisen hat.

Traditionelle Medizin

Der Ausdruck „*traditionelle Medizin*“ verdeutlicht die überhebliche Sichtweise der „modernen westlichen Medizin“: Andere Medizinformen werden im Vergleich zur modernen wissenschaftlichen Diagnostik und westlichen Medizinbehandlung als veraltet, unzivilisiert und unwissenschaftlich angesehen.

Der Begriff „traditionelle Medizin“ ist auch aus dem Grund unzulänglich, da es „nicht nur diese eine „traditionelle“ Medizin gibt, [sondern] vielmehr sehr viele und sehr unterschiedliche, die sich gegenseitig beeinflussen oder Teile übernehmen“ (Greifeld 2003:14). Beispielsweise gibt es nicht *die* traditionelle Medizin in Indien, sondern es gibt in Indien vor allem die Schulmedizin namens *Ayurveda* sowie auch mehrere *lokale Heilmethoden*.

Die WHO (World Health Organization) verwendet den Begriff „traditionelle Medizin“ dennoch, um die Bedeutung eines Gesundheitsversorgungssystems zu betonen, welches vor der Einführung der Biomedizin von den Einheimischen durchgeführt worden ist (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/, Zugriff März 2008). Diese Medizin zählt laut der WHO zur Tradition eines Landes und wird von Generation zu Generation weitergegeben.

Alternative und komplementäre Medizin

Der Begriff der „*Alternativmedizin*“ wurde durch die neuen sozialen Bewegungen der 1970er und 1980er Jahre in Europa und Nordamerika geprägt. Überwiegend Personen der Mittelschichten nahmen an einer „alternativen Bewegung“ teil, worin Kritik und Unzufriedenheit gegenüber der Biomedizin formuliert wurde. Als Gegensatz zur Biomedizin bezeichnete „Alternativmedizin“ eine Alternative zum vorhandenen „orthodoxen“ medizinischen Angebot.

Obwohl die beiden Bezeichnungen „alternativ“ und „komplementär“ manchmal synonym verwendet werden, drücken die Bezeichnungen unterschiedliche Positionen gegenüber der Biomedizin aus. Die Bezeichnung „alternativ“ impliziert einen „Gegenentwurf“ zur dominierenden Biomedizin: Ihre Heilverfahren treten offensiv als Alternative gegen die herrschende Biomedizin an (Cant & Sharma 2000).

Dagegen bedeutet „*komplementäre Medizin*“ nicht ein „Entweder-Oder“, sondern ein ergänzendes therapeutisches Angebot zur Biomedizin. Die Behandlungsmethoden der Biomedizin werden durch komplementäre Behandlungsmethoden also nicht ersetzt, sondern lediglich ergänzt (vgl. Sharma 1992:6).

Die großen asiatischen Medizinsysteme Ayurveda, TCM und tibetische Medizin werden oft als alternative oder komplementäre Medizin gegenüber der westlichen Biomedizin bezeichnet.

1.2. Die Unzufriedenheit mit der westlichen Medizin...

„Da wünscht man sich, dass man **nie operiert** werden muss. Und wenn, dann sollte eine **Person des Vertrauens** dabei sein und alles genau überwachen: Im Krankenhaus in Münchberg in Bayern ist eine 78 Jahre alte Frau **versehentlich am Darm statt am Bein operiert** worden. Die Rentnerin, der fälschlicherweise ein künstlicher Darmausgang gelegt wurde, sei offensichtlich **Opfer einer Verwechslung** geworden, heißt es. Zwei Chefarzte wurden nach der Operation suspendiert, der Staatsanwalt hat die Ermittlungen aufgenommen“ steht am 15. März 2008 in der „Gurke des Tages“ in der *taz*.

Durch Ärzte verschuldete Fehler – iatrogene Fehler – sind keine Seltenheit. Der berühmte Medizinkritiker Ivan Illich (1976) stellte seine Medizinkritik anhand einer dreifachen Iatrogenesis („iatrogen“ bedeutet „vom Arzt verursacht“, wird hergeleitet von dem griechischem Wort „*iatros*“, welches „der Arzt im alten Griechenland“ bedeutet) vor: *Klinische Iatrogenesis*, *Soziale Iatrogenesis* und *Kulturelle Iatrogenesis*.

Die *Klinische Iatrogenesis* bedeutet laut Illich, dass Ärzte den Menschen eher Schaden zufügen, als dass sie ihnen helfen. „Der Erfolg der Ärzte – eine Illusion“ begründet Illich (ebd. 18f.) beispielsweise damit, dass die großen Infektionskrankheiten

nicht aufgrund der medizinischen Behandlungen durch Ärzte zurückgegangen sind, sondern lediglich aufgrund verbesserter Hygienemaßnahmen. Zudem gibt es für chronische Leiden sowie für schwere Krankheiten wie Krebs und AIDS oder auch für eine leichte Erkältung immer noch keine Heilmittel.

Ein auf die Person des Arztes konstruiertes Gesundheitssystem erzeugt nach Illich zwangsläufig klinische Schäden: Therapeutische Nebenwirkungen sowie neue Krankheiten werden durch die schädliche Behandlung der Ärzte hervorgerufen.

Die *Soziale Iatrogenesis* ist von einer „Medikalisierung des Lebens“ (Illich 1976:31f.) gekennzeichnet. Hier vertritt Illich die These, dass die soziale Organisation von Medizin unmittelbar gesundheitsschädliche Folgen für die Gesellschaftsmitglieder hat. In unseren industriellen Ländern beanspruchen Ärzte eine Monopolstellung; medizinische Entscheidungen und Erkenntnisse werden von ihnen kontrolliert. „Der Arzt entscheidet darüber, was ein Symptom und wer krank ist“ (ebd. 35). Zudem werden die Menschen dazu verleitet, die „Krankenrolle“ oft in Anspruch zu nehmen und Konsumenten von medizinischer Praxis zu sein, anstatt auf eigene Weise zu gesunden. „Die Ermahnung, den Arzt zu konsultieren, macht den Klienten glauben, er sei zu verantwortlichem Handeln nicht fähig“ (ebd. 48).

Zudem sind einst normale Vorgänge wie Tod, Geburt, Kindheit, Jugend und Pubertät medikalisiert worden. Es scheint, dass für alle Lebensabschnitte ein begleitender Mediziner erforderlich ist.

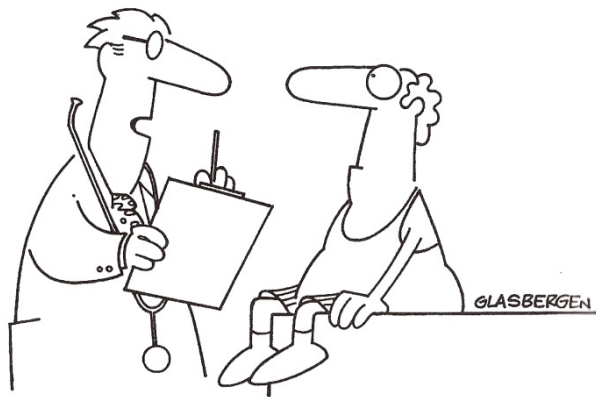
Außerdem zeigt nach Illich die *Kulturelle Iatrogenesis*, dass durch den Einfluss der Medizin eine paralyisierende Wirkung auf die westlichen Gesellschaftsmitglieder entstanden ist: Menschen wissen nicht mehr mit Leiden, Schwäche und Tod umzugehen und auf eine persönliche Weise zu bewältigen. „Die Menschen verlernen es, das Leiden als unvermeidlichen Teil ihrer bewussten Auseinandersetzung mit der Realität zu akzeptieren, und sie lernen, jeden Schmerz als Zeichen ihres Bedürfnisses nach Schonung und Rücksichtnahme zu deuten“ (ebd. 94).

Illichs radikale Position findet nicht immer Zuspruch und wird oft kritisiert (Navarro 1976, Kleinman 1980) – wie in dieser Arbeit noch an entsprechenden Stellen aufgeführt wird. Dennoch sind Illichs Medizinkritik und sein Begriff „**Medikalisierung**“ immer noch aktuell.

Beispielsweise warnt Jörg Blech (2003) vor der zunehmenden Medikalisierung der Gesellschaft. In seinem Buch „Die Krankheitserfinder“ beschreibt er, wie willkürlich

Pharmakonzerne den Gesundheitszustand der Menschen definieren, um entsprechende Medikamente verkaufen zu können.

Ein Beispiel des „Disease Mongering“ (Krankheitserfindung) ist das „Sisi-Syndrom“. Es wurde als eine Art der Depression zu vermarkten versucht, wie sie es angeblich von der österreichischen Kaiserin Elisabeth („Sisi“) verkörpert wurde: Depressive Menschen versuchen ihre krankhafte Niedergeschlagenheit dadurch zu überspielen, indem sie sich besonders lebensbejahend verhalten. Mediziner entlarvten jedoch diese angebliche Krankheit als eine Erfindung der Industrie, was verdeutlicht, unter welchen kuriosen Umständen das ökonomisch orientierte Medizinsystem an „kranken“ Menschen verdient. Ökonomische Interessen machen vor Gesundheitsthemen nicht halt. Dies hat sogar schon solche abartige Züge angenommen, dass den Menschen eingeredet wird, sie seien krank, obwohl sie es gar nicht sind.



«We can't find anything wrong with you, so we're going to treat you for Symptom Deficit Disorder.»

Abbildung 1: Krankheitserfindung¹

Auch der Medikamentenverbrauch wird zunehmend kritisch gesehen: Blech (2003:226) schreibt, dass „unerwünschte Arzneimittelwirkungen in medizinisch hochgerüsteten Industriestaaten die vierthäufigste Todesursache sind“. Ärzten kommt dabei eine besondere Verantwortung zu, denn sie sind diejenigen, die Medikamente verschreiben und verabreichen. „Many of these prescribed drugs are essential for health, of course, but the question remains: how many of them are prescribed unnecessarily, as part of the growing process of ‘medicalisation‘?“ (Helman 2007:204).

¹ Quelle: Randy Glasbergen, USA. In: Kocher 2006:156

Die fortschreitende Medikalisierung zeigt nicht nur, dass neue Krankheiten erfunden werden, sondern auch, dass normale Vorgänge zunehmend pathologisiert werden. Zum Beispiel wird der normale Alterungsprozess heutzutage in unserer westlichen Gesellschaft als „Demenz“ diagnostiziert und mit Medikamenten behandelt. (Asiatische Gesellschaften pathologisieren das Altern übrigens nicht.) Nach wie vor sind die von Illich benannten medikalisierten Lebensabschnitte wie Tod und Geburt in unserer westlichen Gesellschaft aktuell: „In Western industrialized society, death, like birth is increasingly ‘medicalized’, and is more likely now to take place in hospital than at home“ (Helman 2007:232). Insbesondere sind natürliche weibliche Vorgänge medikalisiert worden, so dass Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und Menopause klinisch behandelt werden.

„Der Gang von Mädchen zum Frauenarzt wird zunächst zu einem Initiationsritus, bei dem Expertinnen die Normalität des Frauwerdens begutachten, und anschließend zu einer lebenslangen Begleitung eines normalen Frauseins. Frauen erhalten auf diese Weise von früh an vermittelt, dass sie Geschlechtsorgane haben, die störungs- und krankheitsanfällig sind und deshalb ständiger Überwachung bedürfen“ (Haubl 2007:166).

Rolf Haubl (2007) beschreibt, wie zunehmend soziale Probleme medikalisiert werden. Ein aktuelles Beispiel ist die „moderne Diagnose“ AD(H)S (Aufmerksamkeits-Defizit-[Hyperaktivitäts-]Syndrom). Kinder und Jugendliche mit AD(H)S gelten als „unruhig, unaufmerksam und ungehorsam, was Minderleistung und Leistungsversagen in der Schule nach sich zieht“ (ebd. 176). Anstatt diesen Kindern eine spezielle Förderung in der Schule und in der Familie zukommen zu lassen, verabreicht man ihnen Ritalin. So wird AD(H)S „auf ein Anpassungsproblem reduziert“ (ebd.) und ausschließlich durch Medikamente behandelt.

In Anlehnung an den Begriff „Medikalisierung“ wird die Bezeichnung „**Genetisierung**“ immer populärer. Es scheint ein neuer Trend erkennbar zu sein: „‘Unsere Gesellschaft befindet sich in einem Prozess der Genetisierung‘ konstatiert der niederländische Philosoph Henk ten Have“ (zit. nach Blech 2003:199-200).

„Geneticization entails a shift in the ways that ‘human nature’ and behaviour are understood: away from cultural, educational, environmental, and socio-economic influences (‘nurture’) towards inner, biological mechanisms (‘nature’). This trend overlaps with the wider phenomenon of ‘medicalization’“ (Helman 2007:357).

Der „Genomischen Medizin“ wird für die Zukunft eine große Bedeutung zugemessen und findet in der Gesellschaft eine breite Befürwortung. Jedoch können Gentests beispielsweise krebstragende Gene ausfindig machen, aber keine Aussage darüber geben, ob „bei Vorhandensein eines der Krebsgene die Krankheit wirklich ausbricht“

(Blech 2003:202). So wird die derzeit hochgepriesene „Genomische Medizin“ nicht zu erfolgreicheren Krankheitstherapien, sondern lediglich zu einer „Ausweitung der Krankheitszone“ (ebd. 199) führen.

1.2.1. ... und die Unzufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung

Um die aktuelle Unzufriedenheit an der westlichen Biomedizin auszudrücken, werden Ausdrücke wie „Kranke Medizin“ (Engelhardt 1999) oder „Krise der Medizin“ (Borck 2003) laut.

Karlheinz Engelhardt beschreibt, dass der Patient in der biomedizinischen Behandlung „abhanden gekommen ist“. Patienten werden von „Organexperten“ mit „High-Tech-Geräten“ behandelt. Mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie die überwiegend technische Behandlung lösen in dem Patienten Unbehagen und Unzufriedenheit aus.

Daher verwundert es Engelhardt nicht, dass sich immer mehr Patienten nach Alternativmedizinen umschaue: „Sie nehmen sich mehr Zeit als konventionelle Ärzte“ (Engelhardt 1999:15).

„Medizin ist in die Krise geraten“ schreibt Cornelius Borck (2003:124). Trotz der immer fortschrittlicher und umfangreicher werdenden Therapiemöglichkeiten unserer Biomedizin, erleben alternative „Therapieangebote einen ungeahnten Aufschwung. Patienten ziehen aus ihren Erfahrungen mit der heutigen Medizin ihre eigenen Konsequenzen und suchen nach neuen therapeutischen Angeboten oder wenigstens einer alternativmedizinischen Zusatzbehandlung“ (ebd. 125). Im Arzt-Patienten-Verhältnis sieht er die „Hauptursache für das Gefühl von Vernachlässigung durch die Biomedizin“, worauf Patienten mit einer „Hinwendung zu Alternativmedizinen reagieren“ (ebd. 130). Borck (ebd. 134) bringt die häufigste Klage über die Biomedizin auf den Punkt:

„Der Hausarzt widme sich nicht mit genügend Zeit seinen Patienten, sondern verschreibe aus einer eilig gestellten Diagnose vorschnell Medikamente, statt tiefer in die individuelle Situation des jeweiligen Patienten einzudringen. [...] Was fehlt, ist die *Begegnung* zwischen Arzt und Patient“.

In der biomedizinischen Behandlung ist die Arzt-Patienten-Beziehung versachlicht, anonymisiert und technisiert. Damit sind viele Menschen unzufrieden und suchen nach alternativen Behandlungsformen. Dies ist eine Einladung für medizinische Systeme, die nicht von Technisierung, Quantifizierung und Objektivierung bestimmt sind und sich mehr Zeit für den Patienten nehmen als konventionelle Ärzte.

Gegenwärtig erleben wir im europäischen und nordamerikanischen Kulturraum ein großes Interesse an alternativen und komplementären Heilmethoden (Sharma 1992, Eisenberg et al. 1998, Cant & Sharma 2000, Kaptchuk & Eisenberg 2001, Borck 2003, Härtel & Volger 2004).

Alternative Heilverfahren scheinen den Patienten gerade das zu bieten, was sie an der Biomedizin vermissen. Beispielsweise „eröffnen Alternativmedizinen in aller Regel einen verstehenden Zugang zum eigenen Kranksein“ (Borck 2003:137).

So erfreuen sich vor allem asiatische Medizinsysteme wie die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (vgl. Postert 2003:87-90) und ihre populäre Behandlungsmethode der Akupunktur, der indische Ayurveda (Frank & Stollberg 2002) und auch die tibetische Medizin (vgl. Kaptchuk & Eisenberg 2001:193) hierzulande immer größeren Zulaufs.

Die tibetische Medizin wird, wie auch die anderen asiatischen Heilsysteme, oft als „sanfte“ und „ganzheitliche“ Medizin bezeichnet, da sie auf technisches Equipment verzichtet und größeren Wert auf eine natürliche Behandlungsmethode legt: Pulsdiagnose und Kräuterkunde anstatt der Verabreichung hoch dosierter chemischer Medikamente und Apparatemedizin.

Folgend werden nun die westliche Biomedizin und die tibetische Medizin, insbesondere in Hinblick auf die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung untersucht und miteinander verglichen. Danach sollte die Tatsache, dass sich immer mehr Menschen asiatischen Medizinformen wie der tibetischen Medizin zu- und von der westlichen Medizin abwenden, besser nachzuvollziehen sein. Außerdem sollen auf diese Weise Verbesserungsansätze für die westliche Medizinpraktik deutlich werden. Möglicherweise könnte die westliche Medizin durch die Übernahme von Elementen aus der tibetischen Medizin profitieren, so dass sie zu größerer Zufriedenheit ihrer Patienten und damit zu einer erfolgreicherer medizinischen Behandlung führt.

2. Zielsetzung und Fragestellung

Das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten war schon immer ein populäres Thema innerhalb der sozialwissenschaftlichen und kulturanthropologischen Forschung, stellt es doch den Kernbestandteil der medizinischen Behandlung dar. Hier soll es

darum gehen, die Arzt-Patienten-Beziehung innerhalb zweier Medizinsysteme zu analysieren, interpretieren und vergleichen.

Vor allem die folgenden drei Punkte sollen im Zentrum der ethnomedizinischen Untersuchung stehen:

1. Durch einen ethnomedizinischen Blick auf die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung in zwei unterschiedlichen Medizinsystemen soll vor allem der Aspekt der kulturellen Relativität deutlich werden. Gesundheit und Krankheit werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich erlebt und behandelt!

Durch die Kultur und das soziale Umfeld lernt und übernimmt ein Individuum, was krank und was gesund ist. Jedes Denken und Handeln ist kulturgeprägt.

Wir schauen durch kulturelle Linsen, was uns oft erst bewusst wird, wenn wir den Standpunkt einer anderen Kultur einnehmen. In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass die westliche Biomedizin wie auch die tibetische Medizin ein Produkt ihres Kulturkreises sind. Die universalistischen und objektiven Ansprüche der westlichen Biomedizin werden somit angezweifelt.

Auch den in der Ethnomedizin oft verwendeten Aussagen des Sozialkonstruktivismus soll hier nachgegangen werden. Zum Beispiel soll durch eine medizingeschichtliche Darstellung gezeigt werden, wie Medizinsysteme durch kulturelle und geschichtliche Einflüsse sozial konstruiert wurden.

Man könnte diesen Gedanken weiterführen und begreifen, dass letztlich alles als ein Produkt des kulturellen Umfeldes konstruiert wurde. Nicht nur medizinisches Wissen ist eine soziale Konstruktion, sondern jede Art „wissenschaftlichen Wissens“ – naturwissenschaftliche Theorien aus der Physik oder Biologie sind in den Thesen des Sozialkonstruktivismus ebenso eingeschlossen. Demnach gibt es kein objektives Wissen in unserer gesellschaftlich konstruierten Wirklichkeit (Berger & Luckmann 1966).

2. Gerade die westliche Medizin ist dementsprechend konstruiert worden, dass sie einen wichtigen Bereich ausblendet, der sowohl Gesundheit als auch Krankheit beeinflusst: die Arzt-Patienten-Beziehung. Möglicherweise liegt in deren inhumanen Gestaltung der Hauptgrund für die aktuelle Unzufriedenheit.

Stärken und Schwächen eines wissenschaftlichen Systems können durch einen interkulturellen Vergleich aufgedeckt werden. Ein genauerer Blick auf die in der Arzt-

Patienten-Beziehung stattfindende Diagnostik und Krankheitsbehandlung erscheint aufschlussreich, um zu ergründen, warum das westliche Arzt-Patienten-Verhältnis oft unbefriedigend erlebt wird.

3. Durch den interkulturellen Medizinvergleich soll gezeigt werden, wie aus nicht-westlichen Ländern stammende Ansichten über Medizin in der westlichen Medizin erfolgreich angewendet werden können. „Neue“ und aus unserem westlichen Blick „fremde“ und „ungewohnte“ Sichtweisen und Behandlungsmethoden sollen hier als eine Bereicherung kennengelernt werden.

Sollte die westliche Medizin Elemente der tibetischen Medizin übernehmen? Kann die westliche Medizin durch tibetische Sichtweisen und Behandlungsmethoden verbessert werden und somit erfolgreicher behandeln?

2.1. Analysemodell

Die medizinische Behandlung im tibetischen Arzt-Patienten-Verhältnis unterscheidet sich grundlegend von der medizinischen Behandlung im westlichen Arzt-Patienten-Verhältnis.

Hieran lassen sich folgende Fragen anknüpfen, die in der Arbeit beantwortet werden sollen:

- Welche Bedeutung hat die Arzt-Patienten-Beziehung für die Medizin?
- Was sind die kennzeichnenden Merkmale der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten?
- Welchen kulturhistorischen Hintergrund haben die hier zu untersuchenden Medizinsysteme und ihre jeweilige Arzt-Patienten-Beziehung?
- Welche Besonderheiten und Merkmale sind kennzeichnend für die westliche und für die tibetische Medizin? Welches sind die auffälligsten Unterschiede zwischen beiden Medizinsystemen?
- Wie wirken sich die kulturell unterschiedlichen medizinischen Ansichten auf die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung aus?
- Wie praktizieren westliche und wie tibetische Ärzte? Durch welche Sichtweisen und Leitsätze werden Ärzte aus den beiden Kulturen während Diagnose und Behandlung beeinflusst?
- Wie erleben Patienten die westliche und wie die tibetische Medizinbehandlung?

- Wie kann der Krise der westlichen Medizin begegnet werden?
- Sollte die westliche Medizinpraxis durch Konzepte aus der tibetischen Medizin ergänzt und ausgebessert werden? Wie könnte solch eine Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem konkret aussehen?

2.2. Methode: Literaturrecherche und Hermeneutik

Um diese Fragen zu untersuchen, werde ich Literatur der Sozial-, Geistes-, Geschichts- und Kulturwissenschaften, Lehrbücher über die westliche Biomedizin sowie über die tibetische Medizin und außerdem Literatur und Studien aus der Ethnomedizin verwenden, die sich mit dem weiten Thema der medizinischen Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung auseinandersetzen. Diese Literatur lässt sich einteilen in:

- Medizinkritische Theorien
- Sozialwissenschaftliche Theorien
- Ethnomedizinische Theorien
- Ethnomedizinische/ ethnologische/ anthropologische Studien
- Medizinhistorische Schriften, Lehrbücher der beiden Schulmedizinen
- Interviews und E-Mails
- Zeitungsartikel
- Webseiten von wichtigen medizinischen Verbänden

In dieser Arbeit geht es vorrangig um Bedeutung, Interpretation und Verständnis. Daher bietet sich ein hermeneutischer (griech. „hermeneuein“ = erklären, auslegen) Zugang an, um Schriften und Berichte sinngemäß auszulegen und anzuwenden.

Außerdem werden einige qualitative Studien verwendet, um menschliche Lebenswelten während der medizinischen Behandlung zu veranschaulichen. Diese Ergebnisse sind zwar nicht repräsentativ, aber dennoch aufschlussreich, um anhand einiger Fallbeispiele einen Einblick in die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung zu bekommen.

In einer folgenden Studie könnte vielleicht durch qualitative Stichproben oder mithilfe quantitativer Befragungen von Ärzten und Patienten herausgefunden werden, inwieweit diese hier vorgestellten Fallbeispiele dem medizinischen Alltag entsprechen.

2.3. Vorgehensweise

Zunächst werden in **Kapitel 3** klassische sozialwissenschaftliche Theorien vorgestellt, die nicht aus einer ethnomedizinischen Perspektive geschrieben wurden. Dennoch sind die Theorien von Talcott Parsons (1951, 1964), Marxisten (Navarro 1976, Waitzkin 1983), Feministen (Chesler 1972, Martin 1987) und Michel Foucault (1963, 1975) für die Untersuchung dieser Arbeit aufschlussreich, was die Darstellung ihrer wichtigsten theoretischen Aspekte zeigen wird.

Anhand der Beschreibung der Schwachstellen von diesen sozialwissenschaftlichen Theorien soll meine Entscheidung für einen ethnomedizinischen Zugang nochmals untermauert werden: So soll aufgezeigt werden, welche für diese Arbeit notwendigen Aspekte in diesen sozialwissenschaftlichen Theorien über die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Behandlung nicht berücksichtigt werden – die jedoch in ethnomedizinischen Theorien enthalten sein müssten.

Auch wird der sozialkonstruktivistische Ansatz (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986) zur medizinischen Praktik der Arzt-Patienten-Beziehung genauer erläutert, da er erstens aus den vorgestellten sozialwissenschaftlichen Theorien entstanden ist und zweitens die Aussagen des Sozialkonstruktivismus, wie anfangs schon erwähnt, in der Ethnomedizin eine wichtige Rolle spielen: Sowohl die Ethnomedizin als auch der Sozialkonstruktivismus teilen die Ansicht, dass medizinisches Wissen sozial konstruiert ist und daher keinen Objektivitätsanspruch ausüben sollte.

Ob die Analysemodelle und Theorien der Ethnomedizin wirklich die angesprochenen Kritikpunkte der sozialwissenschaftlichen Theorien hinsichtlich der Arzt-Patienten-Beziehung berücksichtigen, wird dann im folgenden **Kapitel 4** über Ethnomedizin zum Vorschein kommen.

Hierzu soll erst die Wissenschaft der Medical Anthropology – im Deutschen wird sie vorzugsweise Ethnomedizin, aber auch Medizinethnologie oder Medizinanthropologie genannt – vorgestellt werden. Welche sind ihre zentralen Ansätze und Theorien, welche sind ihre wichtigsten Aussagen? Hierzu werde ich Literatur von den Ethnomedizinerinnen Beatrix Pfeleiderer & Wolfgang Bichmann (1985) sowie von Cecil G. Helman (2007) verwenden.

Die Clinically Applied Medical Anthropology ist eine spezielle Richtung der Medical Anthropology. Für die Darstellung der klinisch angewandten und stets praxisbezogenen Clinically Applied Medical Anthropology werde ich in **Kapitel 5** die zentralen Konzepte und Analysemodelle von Arthur Kleinman (1980, 1988) darstellen, welche für die ethnomedizinische Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung aufschlussreich sind.

Kleinman gilt als Gründer der Medical Anthropology und beschäftigte sich insbesondere mit der Arzt-Patienten-Beziehung, die ja auch zentraler Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist. Aus seinen praxisbezogenen Konzepten sollten auch Verbesserungsmöglichkeiten für die westliche Arzt-Patienten-Beziehung hervorgehen.

Im daran anschließenden **Kapitel 6** werden die Methoden der Medical Anthropology vorgestellt – insbesondere diejenigen, welche sich für einen interkulturellen Vergleich der Arzt-Patienten-Beziehung eignen.

Ich werde dann anhand den vorgestellten ethnomedizinischen Theorien und Konzepten einen methodischen Weg erläutern, an dem sich die ethnomedizinische Untersuchung dieser Arbeit orientieren wird.

In **Kapitel 7** wird das westliche Medizinsystem ethnomedizinisch untersucht.

Zunächst wird es medizinhistorisch analysiert (Ackerknecht 1959, Huerkamp 1989, von Engelhardt 2001, Bergdolt 2004): Wie ist es geschichtlich entstanden? Aus welchen philosophischen Grundansichten und von welchen Ereignissen und Personen ist es besonders geprägt? Hierzu werde ich das Arzt-Patienten-Verhältnis im Kontext der Medizingeschichte beschreiben und anhand einiger interessanter Details aus der Medizingeschichte veranschaulichen.

Somit sollte auch der Aspekt der sozialen Konstruktivität bestätigt werden, da die geschichtliche Untersuchung zeigt, wie sich die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung ständig verändert hat: Die Arzt-Patienten-Beziehung hat es immer schon gegeben, jedoch nicht in der Form wie sie heute zu finden ist.

Nach der entstehungsgeschichtlichen Betrachtung sollten die heutigen biomedizinischen Konzepte und Strukturen der westlichen Medizin (Virchow 1847, Rotter 1985, Thews 1991, Classen, Diehl & Kochsiek 1991) besser nachvollziehbar sein. Die

theoretische Analyse über die westliche Medizinpraktik werde ich thematisch in Philosophie und Körperbild, Pathogenese, Diagnostik sowie Krankheitsbehandlung in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung einteilen.

Auch das tibetische Medizinsystem wird in **Kapitel 8** zuerst entstehungsgeschichtlich durchleuchtet (Clifford 1989, Meyer 1997, Janes 1995, Choedrak 2003): Was für einen geschichtlichen Hintergrund hat die tibetische Medizinkultur? Wie eng ist die Kultur Tibets mit ihrer tibetischen Medizin verbunden?

Danach wird für die theoretische Analyse der tibetischen Medizinpraktik ebenfalls Philosophie und Körperbild, Pathogenese, Diagnostik sowie Krankheitsbehandlung in der tibetischen Arzt-Patienten-Beziehung untersucht (Clifford 1989, Meyer 1997, Hobert 2004).

Bislang unbekannte Ansätze zur Krankheitsdiagnose und Krankheitsbehandlung sollen aus der tibetischen Medizin bereichernd kenngelernt werden.

Nach der Darstellung des entstehungsgeschichtlichen Hintergrundes bis zu den heutigen Form der theoretischen Lehr- und Ausbildungskonzepte, sollen beide Medizinsysteme besser verständlich sein: Jedes Medizinsystem hat seine eigene Geschichte mit kulturell unterschiedlichen Ereignissen und wegbereitenden Personen, die zu seiner heutigen Form geführt haben.

Westliche und tibetische Medizin werden dann in **Kapitel 9** vergleichend gegenübergestellt, wobei die größten Unterschiede und Schwerpunkte der beiden Medizinsysteme verdeutlicht werden sollen.

In **Kapitel 10** sollen dann einige Fallbeispiele aus der in der Arzt-Patienten-Beziehung stattfindenden medizinischen Praktik dargestellt werden.

Es soll beispielhaft gezeigt werden, wie Ärzte die theoretischen medizinischen Konzepte in der medizinischen Praxis an ihren Patienten umsetzen (Hahn 1982, 1985, Mishler 1985, Waitzkin 1985, Kleinman 1988, Asshauer 2003, Choedrak 2003, Arya 2008, Emchi 2008). Wie diagnostizieren und behandeln Ärzte ihre Patienten? Von welchen Grundsätzen werden sie geleitet?

Soweit es möglich ist, soll auch die Sicht von Patienten dargestellt werden, woraus hervorgehen sollte, wie sie sich während der medizinischen Diagnose und Behandlung fühlen.

Schließlich werden Schlussfolgerungen in **Kapitel 11** gezogen: Sollten tibetische Behandlungstechniken als Komplementärmedizin in der westlichen Medizin angewendet werden? Wie könnte eine praktische Umsetzung zur komplementären Verwendung der tibetischen Medizin im deutschen Gesundheitssystem konkret aussehen?

Die wichtigsten Erkenntnisse dieser ethnomedizinischen Untersuchung über die westliche und tibetische Arzt-Patienten-Beziehung werden im letzten **Kapitel 12** zusammengefasst.

3. Sozialwissenschaftliche Theorien über die Arzt-Patienten-Beziehung

Vor der Darstellung der klassischen Theorien über die Arzt-Patienten-Beziehung, erscheint ein etymologischer Blick auf die Begriffe „Arzt“ und „Patient“ aufschlussreich:

Das Wort „Arzt“, welches seit dem 9. Jahrhundert bekannt ist, kommt von dem griechischen Wort „archíatros“ (Oberheiler, Leibarzt). Es wurde bereits in der Antike als Titel für die Hofärzte antiker Fürsten gebraucht (vgl. Duden 1989:47).

Die Wortprägung „Patient“ ist seit dem 16. Jahrhundert als eine Ableitung des lateinischen Wortes „patiens“ (erleiden, erdulden) bekannt und bedeutet demnach der „Leidende“/ „Erduldende“. Ein Patient ist als ein leidender Mensch in ärztlicher Behandlung definiert (vgl. ebd. 515).

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist das Herzstück jeder medizinischen Behandlung. Sie strukturiert die medizinische Behandlung und ist wesentlich am Erfolg der Genesung beteiligt.

Daher war das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten schon immer im Interesse der (westlichen) sozialwissenschaftlichen Forschung. Schumpelick und Vogel (2006) stellen in ihrem herausgegebenen Band „Arzt und Patient – Eine Beziehung im Wandel“ einen guten Überblick über verschiedene Sichtweisen der Arzt-Patienten-Beziehung vor. Sie zeigen, dass sich viele verschiedene Fachrichtungen wie zum Beispiel Soziologie, Medizin, Psychologie, Psychoanalyse, Psychiatrie, Theologie, Rechtswissenschaft, Philosophie, Geschichte, Ökonomie etc. mit der Arzt-Patienten-

Beziehung beschäftigen. Aufgrund der unterschiedlichen Blickwinkel auf das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten gibt es entsprechend verschiedene Ansätze. Bevor ich die Arzt-Patienten-Beziehung im nächsten Kapitel aus einer ethnomedizinischen Perspektive betrachten werde, sollen nun einige klassische Ansätze über Ärzte und Patienten vorgestellt werden. Obwohl die theoretischen Überlegungen von Parsons (1951, 1964), Marxisten (Navarro 1976, Waitzkin 1983), Feministen (Chesler 1972, Martin 1987) und Foucault (1963, 1975) nicht aus einer ethnomedizinischen Perspektive verfasst wurden, sind sie dennoch für das hier zu behandelnde Thema aufschlussreich. Zudem haben diese klassischen sozialwissenschaftlichen Theorien zu dem in diesem Kapitel ebenfalls vorgestellten sozialkonstruktivistischen Ansatz über die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung geführt (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986). Wie anfangs schon erwähnt wurde, ist der sozialkonstruktivistische Ansatz für die Ethnomedizin – und daher auch für die ethnomedizinische Untersuchung dieser Arbeit – besonders wichtig, da er die These vertritt, dass es nur sozialkonstruiertes Wissen über Medizin gibt.

3.1. Funktionalistische Sicht

Ich möchte die theoretische Abhandlung über die Arzt-Patienten-Beziehung mit der klassischen Darstellung der Krankenrolle von Talcott Parsons (1951, 1964) beginnen.

Parsons war der erste Soziologe, der die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten in westlichen Gesellschaften theoretisch untersucht hat und die Begriffe „Krankenrolle“ und „Arztrolle“ prägte.

Als ein Funktionalist vertrat er die Ansicht, dass in einer Gesellschaft alles spezielle Funktionen hat und die Gesellschaftsmitglieder bestimmte Rollen einhalten müssen, die diesen Funktionen entsprechen. Nur dann verläuft das Zusammenleben in der menschlichen Gemeinschaft reibungslos und problemlos.

Er sagt, dass genau wie der Vater oder der Lehrer, auch der Arzt und seine Patienten eine wichtige soziale Rolle zu erfüllen haben, damit der Staat funktionieren kann. Diese sozialen Rollen enthalten entsprechende Erwartungen und Verpflichtungen für jeden Beteiligten.

Gesundheit ist für Parsons (1964:71) der „Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung von Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist. Sie wird damit definiert in Bezug auf die Teilhabe des Individuums am Sozialsystem.“

Auch *Krankheit* ist für Parsons (ebd.) ein „sozial institutionalisierter Rollentyp“ definiert durch vier bestimmte Rolleneigenschaften: 1. Das Individuum ist nicht verantwortlich für seine Krankheit; 2. Befreiung des kranken Individuums von seinen normalen Rollen- und Aufgabenverpflichtungen; 3. Legitimierung des kranken Zustandes des Individuums, wenn es seinen kranken Zustand als unerwünscht empfindet und sich bemüht schnell wieder gesund zu werden; 4. Verpflichtung des kranken Individuums professionelle ärztliche Hilfe aufzusuchen und mit dem Arzt zu kooperieren.

Von Ärzten wird laut Parsons (1951:447-454) erwartet, dass sie ihr Expertenwissen und ihre speziellen Fähigkeiten zum Wohle des Patienten einsetzen. Ihr ärztliches Handeln soll nicht aus Eigeninteresse oder des Geldes wegen angetrieben sein, sondern nur dem Wohle des Patienten und der Gemeinschaft dienen.

Von der beruflichen Rolle eines Arztes wird sachliches, objektives und unparteiisches Verhalten losgelöst von jeglichen persönlichen Interessen und Gefühlen erwartet.

Ärzte sind mit Expertenwissen, Status und Prestige ausgestattet und durch diesen Machtfaktor den Patienten überlegen.

Diese Ungleichheit zwischen Arzt und Patient sah Parsons als positiv an, denn nach seiner Sichtweise braucht der Staat jene mächtigen Repräsentanten, die über das Wissen verfügen in medizinischen Angelegenheiten zu entscheiden: „[...] modern medical practice is organized about the application of scientific knowledge by technically competent, trained personnel“ (ebd. 454).

Parsons bejahte somit diese asymmetrische Beziehung zwischen Ärzten und Patienten, da durch diese Einteilung der reibungslose und geschmeidige Ablauf in der Gesellschaft nicht unterbrochen wird: Es gibt medizinische Experten, die sich darum kümmern, wenn ein Gesellschaftsmitglied krank ist. Ärzte verfügen in ihrer medizinischen Expertenrolle über das notwendige Wissen, um ein krankes Individuum zu heilen und den kranken Zustand durch ein offizielles Schreiben zu legitimieren. So

wird gewährleistet, dass die Gesellschaft trotz kurzzeitigem Krankheitsausfall ihrer Mitglieder weiter funktioniert. Das Individuum wird schnell wieder gesund und kann dann seine alltäglichen Rollenfunktionen in der Gesellschaft wieder aufnehmen.

Kritik

Parsons analysiert aus einem statischen, geschichtsblinden und idealisierten Blick heraus.

Krankheiten werden von ihm nur als kurzzeitige Störungen im Sozialsystem gesehen, die es zu beheben gilt, damit die Individuen ihre Rollen möglichst bald wieder aufnehmen können. Doch was ist mit Krankheiten, die nicht akut, sondern chronisch sind? Was ist mit andauernden Behinderungen und psychischen Leiden? Diese Krankheitszustände sind nicht innerhalb kurzer Zeit zu „reparieren“, so dass das Individuum die Krankenrolle eine lange Zeit beansprucht. Diese Tatsache blendet Parsons Sicht über die „kurzzeitige Krankenrolle“ aus.

Gerade in unserer heutigen Zeit kommt chronischen Krankheitszuständen eine wichtige Bedeutung und Erklärungsnot zu, da die Anzahl chronisch Erkrankter stetig steigt (Kleinman 1988, Dörner 2001).

Des Weiteren legt Parsons keinen Wert auf die nicht unbedeutende Tatsache, dass Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit durch die Gesellschaft bestimmt werden und sich ständig ändern. Parsons nimmt vorherrschende soziale Strukturen, an denen zum Beispiel erkennbar ist, was als krank und was als gesund gilt, einfach so hin. Er geht davon aus, dass aktuelle erkennbare Strukturen eine allgemeingültige und allgegenwärtige Funktion für die Gesellschaft haben.

Möglicherweise wäre diese Ansicht bei Parsons relativiert, wenn er der Medizingeschichte eine größere Bedeutung beigemessen hätte. So zeigt ein Blick in die Geschichte der Medizin (Ackerknecht 1959, Bergdolt 2004), dass ständig Veränderungen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Krankheitsbehandlung erkennbar sind: Krankheiten kommen und gehen und auch die Heilmethoden ändern sich.

Vor allem die Geschichte der (westlichen) Arzt-Patienten-Beziehung (siehe Kapitel 7.1.) zeigt Brüche und Inkonsistenzen, die deutlich machen, in welcher Weise die medizinische Behandlung hochgradig sozial konstruiert ist (Huerkamp 1989, von Engelhardt 2001).

Vorstellungen über einen kranken und einen gesunden Körper sowie dessen medizinische Behandlung sind einem kontinuierlichen epochalen gesellschaftlichen Wandel ausgesetzt. Von Objektivität kann bei der Diagnose und Behandlung von kranken Menschen also keine Rede sein, sondern eher von einer sozial konstruierten Diagnose (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986).

Es interessiert Parsons jedoch nicht, wie Individuen das Medizinsystem und die Arzt-Patienten-Beziehung im Verlauf des gesellschaftlichen Zusammenlebens sozial konstruierten. Daher hinterfragt Parsons auch nicht kritisch, wie Krankheiten vom ermächtigten Arzt diagnostiziert und behandelt werden, solange der Staat „funktio- niert“.

Am Wissen und an den Fähigkeiten des Arztes zweifelt Parsons mit seiner funktiona- listischen Sicht nicht. Es ist jedoch idealisiert, sich vorzustellen, dass ein Arzt immer neutral und losgelöst von persönlichen Meinungen und Vorstellungen handelt. Auch der Arzt erfährt mit Sicherheit Intra- und Interrollenkonflikte und handelt aufgrund von persönlichen sowie kulturell geprägten Interessen und Vorlieben (vgl. Siegrist 2005:260-262).

Oder wird ein Arzt gar nie von vorherrschenden kulturellen Stereotypen oder finan- ziellen Anreizen beeinflusst?

Nach Parsons Sicht gibt es keine Kritikpunkte und keine Verbesserungsvorschläge am Ansatz der Arzt-Patienten-Beziehung. Daher kann sein Modell auch nicht erklä- ren, warum sich viele Patienten in westlichen Kulturkreisen – aufgrund der unbefrie- digenden Beziehung zu ihrem Arzt – von der westlichen Medizin abwenden.

Parsons ist es nicht wichtig nachzuforschen, wie sich die Patienten in der Beziehung mit ihrem Arzt fühlen, was sie erleben. Sein Modell zeigt ebenfalls nicht, auf welche Weise Ärzte ihre Patienten in der medizinischen Praktik untersuchen und wie sie den Zustand eines Patienten diagnostizieren.

Natürlich sollte man bedenken, dass auch Parsons Überlegungen ein Produkt seiner Zeit sind. In den 50er Jahren war der Familienarzt die geläufige Form der Krank- heitsbehandlung. Er hat nicht vorausgesehen, dass sich diese ärztliche Behandlung aufgrund von medizinischer Spezialisierung, dem Verfall der Großfamilie und dem Aufkommen von chronischen Zivilisationskrankheiten ändern würde.

3.2. Marxistische und Feministische Sicht

Marxistische Theorien (Navarro 1976, Waitzkin 1983) über die Arzt-Patienten-Beziehung beginnen ihre Überlegungen wie auch Parsons; mit der Asymmetrie zwischen Arzt und Patient. Während Parsons die ungleiche Beziehung zwischen Arzt und Patient jedoch als positiv für das Funktionieren der Gesellschaft ansah, besteht für Marxisten darin der Hauptgrund zur Kritik. Ihrer Ansicht nach verdeutlicht die ungleiche Beziehung zwischen Arzt und Patient ausbeuterische Machtstrukturen. Der Arzt gehört zur elitären oberen Klasse und die Praktizierung von Medizin wird als Mittel verwendet, um vorherrschende Klassenideologien zu reproduzieren.

Zudem führen Ärzte soziale Kontrolle aus, wenn sie zum Beispiel Gesundheit im Sinne einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit definieren.

Vor allem Vincente Navarro (1976) vertrat diese marxistischen Ansichten in Bezug auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Seiner Meinung nach sind Ärzte sowohl praktizierende Vertreter wie auch Opfer der kapitalistischen Ausbeutung. Denn einerseits genießt die Profession der Ärzte Autonomie und Prestige, steht aber andererseits in direktem Konflikt mit Kapitalismus und gesellschaftlichen Vorrechten. Von Ärzten fordert das kapitalistische System, dass sie die Arbeiter wieder „gesund reparieren“, um sie dann erneut in die gefährlichen Arbeitsbedingungen zu entlassen. Da Ärzte also auch vom kapitalistischen Gesellschaftssystem kontrolliert werden, ist ihr medizinischer Handlungsspielraum stark eingegrenzt; denn auch Ärzte haben sich den bestehenden gesellschaftlichen Strukturen entsprechend konform zu verhalten.

Navarro stimmte somit nicht dem Medizinkritiker Illich (1976) zu, der die Situation der Ärzte nicht im Kontext der gesellschaftlichen (kapitalistischen) Bedingungen sah und ihnen somit die volle Schuld an der Misere des Gesundheitssystems zuschrieb.

Den Marxisten zufolge werden in der medizinischen Behandlung gesellschaftliche Ungleichheiten aufrecht erhalten (Waitzkin 1983). Dem Patienten wird also nicht wirklich geholfen, sondern er wird weiterhin unterdrückt und hinsichtlich seiner Arbeitskraft ausgenutzt.

Ärzte und das gesellschaftliche Medizinsystem werden zwar als wohlwollende, gutmütige Seite des Kapitalismus dargestellt, jedoch dienen sie laut den Marxisten hauptsächlich dazu, dass ausbeuterische kapitalistische System positiv zu maskieren.

Auch der feministische Ansatz beginnt, wie die marxistische Herangehensweise, beim asymmetrischen Arzt-Patienten-Verhältnis. Feministische Theorien (Chesler 1972, Martin 1987) wollen jedoch nicht die ungerechten Klassenunterschiede und die missliche Lage der Arbeiter beschreiben, sondern auf die Unterdrückung der Frauen aufmerksam machen.

Die feministische Analyse konzentriert sich auf die patriarchale Natur der Beziehung zwischen dem männlichen Doktor und der weiblichen Patientin. Frauen wurden in der Geschichte durchweg als das angeborene schwache Geschlecht gesehen und wurden dementsprechend medizinisch behandelt. Weibliches Verhalten wurde durch die „medizinische Pseudowissenschaft“ willkürlich als krank diagnostiziert. Die radikale Feministin Phyllis Chesler (1972) machte darauf aufmerksam, dass Medizin und Psychiatrie die Frauen durch zweifelhafte Krankheitsdiagnosen und Medikamente ruhig stellten.

Cheslers Erkenntnisse waren von der Antipsychiatrie-Bewegung beeinflusst. Die Anhänger der Antipsychiatrie kritisierten ab den 1950er Jahren, wie psychiatrische Diagnosen in der Arzt-Patienten-Beziehung zu Stande kamen. Sie zeigten, dass von Medizinern aufgestellte psychiatrische Kategorien eher Identitätslabel als wissenschaftliche Beschreibungen von medizinischen Zuständen waren. Der prominenteste Befürworter der Antipsychiatrie-Bewegung Ronald D. Laing zweifelte insbesondere die Diagnose von Schizophrenie als psychische Erkrankung an (Laing & Esterson 1964).

Möglicherweise ist die Frauen häufiger als Männern zugeschriebene psychiatrische Kategorie „Verrücktheit“ tatsächlich eine gesunde Antwort auf eine unterdrückende und bedrückende Umwelt?

Ein interessantes Beispiel ist auch die psychiatrische Diagnose der „Multiplen Persönlichkeit“ (Hacking 1995). Außer der nicht ausreichenden objektiven medizinischen Klassifizierung (vgl. ebd. 19-31) ist auch der Ablauf der Diagnose zweifelhaft: Unter Hypnose und während dem Gespräch mit dem Arzt geben (meistens weibliche) Patienten ihre Alter-Egos zu erkennen (vgl. ebd. 129-150).

Da stellt sich logischerweise die Frage: „Ist die multiple Persönlichkeit eine reale Störung im Gegensatz zu einer Art des Verhaltens, die von Arzt und Patient ausgeübt wurde?“ (ebd. 20).

Auch Haubl (2007:168) spricht die in der Arzt-Patienten-Beziehung entstehende fragwürdige Diagnose der „Multiplen Persönlichkeitsstörung“ an: „Nun ist die entscheidende Frage, ob die Multiplizität bereits vorher bestand. Oder ob sich erst in der Arzt-Patient-Beziehung eine Multiplizierung ereignet?“

Unter diesem fragwürdigen psychiatrischen Labelling haben vor allem Frauen zu leiden, da sie aufgrund ihrer labilen psychischen Verfassung häufiger in der psychiatrischen und medizinischen Behandlung sind als Männer. Zudem werden Frauen doppelt so viel Psychopharmaka verschrieben wie Männern (vgl. Helman 2007:164f.).

Kritik

Die Sichtweise von Marxisten ist wie die Sichtweise der Funktionalisten statisch und unzureichend. Marxistische Theorien stimmen mit funktionalistischen Theorien darin überein, dass sie mit ihrem Ansatz die strukturellen Aspekte von Gesundheit und Krankheit in einer Gesellschaft untersuchen.

Obwohl jedoch beide Ansätze die Struktur der Arzt-Patienten-Beziehung analysieren, sagen sie nichts über die dort vorherrschende Dynamik aus. Somit wird leider nicht deutlich, wie Ärzte mit ihren Patienten umgehen und wie in dieser Interaktion Krankheiten diagnostiziert werden.

Wie vorhin schon erläutert, nahm Parsons an, dass dieses System aus Arztrolle und Krankenrolle im Interesse aller Gesellschaftsmitglieder funktioniert. Die Rollen von Arzt und Patient repräsentierten für ihn festgelegte Funktionen, über die Ärzte und Patienten keine Wahl haben und auch zukünftig nicht haben sollen. Auch marxistische Theorien sagen nichts darüber aus, welche Möglichkeiten Individuen haben, um die unbefriedigenden Strukturen auszuhandeln, zu verbessern oder zu erneuern. Stattdessen stellen marxistische Theorien die Klassenunterschiede als deterministische Strukturen in der Gesellschaft dar. Es wird lediglich kritisiert, wie sich die Klassenunterschiede im sozialen medizinischen Kontext bemerkbar machen – in der ungleichen Arzt-Patienten-Beziehung.

Solche Theorien, die hauptsächlich den strukturellen Aspekt analysieren, lassen geschichtliche Tatsachen außer Acht. Sie vermitteln somit ein statisches Bild, welches nicht den ständigen Veränderungen des gesellschaftlichen Zusammenlebens entspricht.

Feministen thematisieren erstmals sozialkonstruktivistische Aspekte im Arzt-Patienten-Verhältnis

Den feministischen Theorien über Medizin hat der Sozialkonstruktivismus und die Medical Anthropology jedoch einiges zu verdanken: Durch feministische Überlegungen kamen zum ersten Mal Fragen bezüglich der sozialen Konstruktion von medizinischem Wissen sowie auch von der vom Arzt (willkürlich) konstruierten weiblichen Identität in der Arzt-Patienten-Beziehung auf. Außerdem wurde durch feministische Theorien die Frage verdeutlicht, ob Frauen durch ihren Psychiater als verrückt etikettiert, gekennzeichnet und abgestempelt werden oder ob sie verrückt werden, weil sie im alltäglichen Leben dauernd Ungleichheiten und Unterdrückung erfahren.

3.3. Foucaultsche Sicht

Den Arbeiten des französischen Philosophen und Soziologen Michel Foucault kommt innerhalb der Ethnomedizin eine große Bedeutung zu.

Während bei dem Funktionalist Parsons (1951, 1964) das Hauptinteresse in Normen und Rollen lag, beabsichtigen kritische Theoretiker wie Foucault (1963, 1975) und sein „Nachfolger“ Armstrong (1983, 1987, 1995), die Macht von Ausbeutung durch gesellschaftliche Institutionen in sozialen Beziehungen kritisierend darzustellen.

Foucaults klassische Arbeit über „Die Geburt der Klinik“ (1963) bietet eine genauere Analyse medizinischer Praktiken als bei Parsons (1951, 1964) funktionalistischer Darstellung der Krankenrolle zu finden ist. Durch eine entstehungsgeschichtliche Betrachtung erläutert Foucault wie die Biomedizin, Krankenhäuser und die Krankenhausmedizin entstanden sind.

Er analysierte das Voranschreiten der westlichen Medizin und erläuterte, wie der kranke menschliche Körper durch einen medizinischen „Diskurs“ bestehend aus Sprache, Weltansichten, Netzwerken, Events, Sitzungen und klinischen Räumlichkeiten immer mehr und mehr kontrolliert und bestimmt wurde.

Zum Beispiel hörten Ärzte auf zu fragen „Was ist mit Ihnen los?“ welches eine gebräuchliche Annäherung zwischen Ärzten und Patienten im 18. Jahrhundert war. Stattdessen wurde dieses indirekte Erkunden ersetzt durch die Frage „Wo tut es weh?“ (vgl. Foucault 1963:16).

Patienten wurden zu Subjekten von Krankheitstheorien und wurden diesen konstruierten Theorien entsprechend in dafür speziell gebauten Kliniken behandelt und kontrolliert.

Foucaults (1975:256-292) Idee über die (medizinische) Macht manifestierte sich in ihm während seiner Beschäftigung mit dem *Panopticon*, einer speziellen Gefängnisart. Er erkannte, dass die Macht des *Panopticons* aus Beobachtung besteht: Die gläsernen Zellen sind in einem Kreis erbaut, in dessen Mitte ein Wachturm steht. Durch diese Architektur können die Wächter die Gefangenen die ganze Zeit anschauen. Die Gefangenen befinden sich also in einem Zustand ständiger Beobachtung und gerade dieses ständige Anstarren lässt die Wächter und ihr Kontrollsystem so mächtig erscheinen.

Aus Foucaults Sicht weist ein Gefängnis dieselben Strukturen wie eine Klinik auf. Daher nannte er auf der Beobachtung des Gefängnisses basierend die medizinische Macht „die klinische Beobachtung“ oder „den klinischen Blick“:

„Der Blick, der beobachtet, hütet sich vor dem Eingreifen: er ist stumm und ohne Geste. Die Beobachtung lässt alles an seinem Platz, es gibt für sie nichts Verborgenes im Gegebenen. Sind die Hindernisse, die der Vernunft aus den Theorien und den Sinnen aus der Einbildungskraft erwachsen, einmal beseitigt, dann gibt es für die Beobachtung nichts Unsichtbares mehr, es gibt nur das unmittelbar Sichtbare. Im Denken des Klinikers ist die Reinheit des Blicks an ein Schweigen gebunden, das horchen lässt“ (Foucault 1963:121).

Foucault (1975) verwendet den Ausdruck „gelehrige Körper“, um zu verdeutlichen, wie menschliche Körper durch ihre lenkbaren und gefügigen Eigenschaften in Gefängnissen kontrolliert werden können.

Auch Ärzte können über Patienten eine Art der Herrschaft ausüben, indem sie den Körper des Patienten beobachten, kontrollieren und seine normalen und unnormalen Zustände definieren: So werden lenkbare gefügige Körper in dem Diskurs der Arzt-Patienten-Beziehung produziert.

Parsons (1951, 1964) sowie marxistische Medizinsoziologen (Navarro 1976, Waitzkin 1983) verstehen Macht als etwas Objektähnliches im Besitz von Ärzten. Im Gegensatz dazu stellt Foucault (1963) eher einen prozessualen und „organischen“ Verlauf der Machtausübung in der medizinischen Praktik vor. Dieser Ansatz findet bei ethnomedizinischen Untersuchungen eine breite Anwendung.

Foucault zeigte, dass die Macht des Staates, welcher Medizin institutionalisiert hat, in subtilen Kapillaren (kleinste Blutgefäße) wie der Klinik oder dem Krankenhaus

operiert. Dies führt dazu, dass sich die Mediziner in einer (unangebracht) mächtigen Position befinden. Ihre Macht können Mediziner indirekt und oft unbemerkt ausüben. Die Menschen sind Opfer dieser ärztlichen Herrschaft, die Macht nicht durch direkte Gewaltanwendung, sondern durch subtile Selbstregulation ausübt.

Der stetig steigende Gebrauch von medizinischer Technologie in der Arzt-Patienten-Beziehung erweitert die Macht des Arztes. Foucaults Konzept des „klinischen Blicks“ würde der Tatsache zustimmen, dass medizinische Technologie den Anwendungsbereich der „klinischen Beobachtung“ vergrößert. Durch medizinische Technologie wird das Körperinnere des Patienten fragmentiert und durch das ganze Krankenhaus verteilt begutachtet. Dadurch werden eher die Körperteile des Patienten anstatt des Patienten selbst als die Quelle der Krankheit angesehen.

All dies vergrößert „den klinischen Blick“. Dass nur ausgebildete Mediziner die technologischen Geräte bedienen und deren Ergebnisse interpretieren können, verleiht ihnen zusätzlich Macht – genau wie ihrem zugehörigen System der Krankenhausmedizin.

Hierzu beschreibt Armstrong (1987:70) passend in Anlehnung an Foucaults Perspektive den medizinischen Gebrauch des Stethoskops:

„Look at the lines of medical surveillance: ‘What is your complaint?’ ‘How do you feel?’ ‘Please tell me your troubles.’ See the routine clinical techniques: the rash displayed, the hand applied to the abdomen, the stethoscope placed gently on the chest. This is the stuff of power. Trivial perhaps but repetitive, strategies to which the whole population at times must yield. [...] the stethoscope is an important instrument of power. Yet who can object to its technical necessity?“

Armstrong (1995) führt außerdem aus, dass unsere westliche Medizin auf Beobachtung und Überwachung basiert und bezeichnet sie daher als „surveillance medicine“.

„The prisoner in the Panopticum and the patient at the end of the stethoscope, both remain silent as the techniques of surveillance sweep over them. They know they have been monitored but they remain unaware of what has been seen or what has been heard“ (Armstrong 1987:70).

Laut der marxistischen Perspektive (Navarro 1976, Waitzkin 1983) sind die Individuen der Macht des Arztes ausgesetzt. Foucault (1963, 1975) beschreibt jedoch eine eher subtile, weitschweifige Macht, die unsichtbar und indirekt ausgeübt wird – dieser Ansatz ist für die ethnomedizinische Herangehensweise in dieser Arbeit von größerer Bedeutung als marxistische Theorien. Denn durch Foucault wird nicht nur erkennbar, *dass* Macht in der Arzt-Patienten-Beziehung existiert, sondern es wird ebenfalls deutlich, *wie* sie ausgeübt wird: Medizinische Macht äußert sich nicht nur

in der Person des Arztes, sondern hat einen tiefgreifenden, prozessualen und beweglichen Charakter. Sie ist Teil eines größeren Systems und äußert sich in den verschiedensten Situationen und Ausprägungen.

Kritik

Ist eine ungleiche asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung immer als negativ, unterdrückend und ausbeuterisch einzustufen? Foucaults beschreibt sehr detailliert auf welche Weise Macht in Herrschaftsverhältnissen wie der Arzt-Patienten-Beziehung ausgeübt werden kann. Ich möchte nicht abstreiten, dass Asymmetrien in dieser Richtung missbraucht werden können, aber das gilt nicht nur für das Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern ebenso für das Verhältnis von Lehrern und Schülern, Eltern und Kindern, Vorgesetzten und Untergebenen. Vielleicht wäre es besser zu sagen, dass asymmetrische Beziehungen nicht per se schlecht sind, sondern eher anfällig für Missbrauch sind.

Foucaults Konzept lässt die Fragen offen, wie sich die Gesellschaftsmitglieder gegen die Operation der medizinischen Macht schützen, wie sie sich gegen Bevormundung und Unterdrückung wehren können.

Außerdem schreibt Foucault nicht darüber, wie Patienten die mächtige Arzt-Patienten-Beziehung *erleben*, wie sich die Patienten fühlen, was sie denken, wenn der behandelnde Arzt ihre Krankheiten und Identität definiert. Möglicherweise wäre dies ein viel effektiverer Ansatzpunkt, um Kritik an der Medizin auszuüben.

3.4. Sozialkonstruktivistische Sicht

Foucaults Analysen (1963, 1975) der prozessualen medizinischen Machtausübung sowie die feministischen Überlegungen (Chesler 1972, Martin 1987) zur medizinischen Behandlung bei Frauen haben maßgeblich zur Entwicklung der sozialkonstruktivistischen Sicht über medizinisches Wissen beigetragen.

Die Ansichten des Sozialkonstruktivismus (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986) finden eine weite Verwendung innerhalb der Medical Anthropology, da in sozialkonstruktivistischen Theorien das medizinische Wissen über Gesundheit, Krankheit und Krankheitsbehandlung kritisch hinterfragt wird.

Der Sozialkonstruktivismus geht auf Peter L. Berger und Thomas Luckmann zurück. In ihrem Klassiker „Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit“ analysieren

Berger & Luckmann (1966) das Wissen in der Alltagswelt. Diese Alltagswelt erfahren Menschen als eine „Wirklichkeit“ bestehend aus einer „Wirklichkeitsordnung“ (ebd. 24), die durch Sprache, Symbole, Zeichen- und Zeichensysteme gekennzeichnet ist. Menschen produzieren stabile Gesellschaftsordnungen, die nicht auf biologische Gründe zurückzuführen sind, sondern „einzig und allein als ein Produkt menschlichen Tuns“ (ebd. 55) bestehen.

Habitualisieren sich Handlungen kommt es zur Entstehung von Institutionen, die durch eine spezielle Historizität gekennzeichnet sind. „Sie können nicht plötzlich entstehen. Institutionen haben immer eine Geschichte, deren Geschöpfe sie sind. Es ist unmöglich, eine Institution ohne den historischen Prozess, der sie heraufgebracht hat, zu begreifen“ (ebd. 58).

Institutionen sind vor allem durch festgelegte Rollen (vgl. ebd. 79-83) und Subsinnwelten (vgl. ebd. 90-92) gekennzeichnet. Berger & Luckmann (ebd. 93-94) schreiben über die Entstehung der Subsinnwelt Medizin in der Gesellschaft folgendes:

„Man kann nicht einfach eine Subsinnwelt der Medizin schaffen. Der Laie muss vielmehr von ihrer Richtigkeit und Wohltätigkeit für ihn überzeugt sein, und die Ärzte andererseits müssen lernen, sich an ihre ungeschriebenen Gesetze zu halten. [...] Die tatsächlichen Segnungen ärztlicher Hilfe und der eigene Horror vor Krankheit und Tod erleichtern dem Laien die Arztgläubigkeit. Der Arztberuf selbst hüllt sich dazu, um seine Autorität zu unterstreichen, in die uralten Symbole von Macht und Geheimnis – vom Arztkittel bis zur Geheimsprache –, die für den Arzt selbst und für die Patienten natürlich pragmatisch legitimiert sind“.

Hat sich eine einmal eine Institution in der Gesellschaft etabliert, wird sie als „objektive Wirklichkeit“ erlebt und steht als Faktizität unabweisbar fest. Sie kann durch den einzelnen Menschen nicht verändert werden, er muss lernen mit ihr umzugehen.

Kontrollmittel und -mechanismen sowie (konstruiertes) professionelles Wissen dienen zur Aufrechterhaltung von Institutionen. Über den institutionalisierten medizinischen Betrieb der Gesellschaft schreiben Berger & Luckmann (ebd. 94): „eine ganze Legitimationsmaschinerie ist in Betrieb, damit Patienten Patienten und Ärzte Ärzte bleiben und zudem, wenn das überhaupt möglich ist, auch noch glücklich dabei sind.“

Da der Mensch nicht nur ein „*homo sapiens*“, sondern auch ein „*homo socius*“ (ein vergesellschaftetes Wesen) (ebd. 54) ist, beinhaltet jede seiner Taten immer auch ein gesellschaftliches Handeln. In einem dialektischen Prozess produziert der Mensch Wirklichkeit und sich selbst: Das Produkt ‚gesellschaftliche Welt‘ wirkt auf den

‚Produzenten Mensch‘ zurück, denn es besteht eine Wechselwirkung zwischen der gesellschaftlichen Welt und dem Menschen.

In seiner Sozialisation wird der Mensch von Prozessen wie Externalisierung, Internalisierung, Objektivation und Verdinglichung beeinflusst. Beispielsweise ist Verdinglichung „die Auffassung von menschlichen Produkten, *als wären* sie etwas anderes als menschliche Produkte: Naturgegebenheiten, Folgen kosmischer Gesetze oder Offenbarungen eines göttlichen Willens“ (Berger & Luckmann 1966:95). Der Mensch vergisst, dass er der Urheber der gesellschaftlichen Wirklichkeit ist und erlebt sie als „fremde Faktizität“, über das er „keine Kontrolle hat“ (ebd.). Indem die von den Menschen selbst konstruierte gesellschaftliche Wirklichkeit auf den Menschen zurückwirkt, stellt auch der Mensch ein gesellschaftliches Produkt dar.

„Gesellschaft ist ein menschliches Produkt. Gesellschaft ist eine objektive Wirklichkeit. Der Mensch ist ein gesellschaftliches Produkt“ (ebd. 65).

Nach der Sicht des Sozialkonstruktivismus gibt es also kein objektives, neutrales wissenschaftliches Wissen. Jede Art von Wissen – auch das medizinische Wissen über unseren Körper, Gesundheit und Krankheit beruht auf menschlicher Konstruktion.

Ein großer Befürworter des konstruktivistischen Zuganges ist David Armstrong (1983, 1987, 1995). Seiner Ansicht nach ist medizinisches Wissen nicht nur eine kulturelle und historische Beschreibung des menschlichen Körpers. Armstrong sagt, dass Mediziner den menschlichen Körper während der medizinischen Behandlung erst erkunden mussten, bevor sie entsprechende Theorien über seine Funktionsweise aufgestellt haben. Indem Mediziner den menschlichen Körper behandeln, konstruieren sie Modelle über den menschlichen Körper: „*medical knowledge both describes and constructs the body as an invariant biological reality*“ (Armstrong 1983:xi). Aufgrund dieser Konstruktion zweifelt er den Wahrheitsgehalt von medizinischem Wissen an. Anatomisches Wissen sowie Diagnosesysteme sind laut Armstrong weder ‚objektiv‘ noch ‚wissenschaftlich‘, da sie selbst ein Produkt von kulturellen und historischen Prozessen sind.

Medizinisches Wissen wird also in der Arzt-Patienten-Beziehung konstruiert. Der menschliche Körper dient als Objekt für spezielle medizinische Diskurse.

Obwohl Armstrongs Ansatz hinsichtlich medizinischer Praxis aufschlussreich ist, kommt die Frage auf, ob es überhaupt möglich ist, medizinische Erklärungen zu erlangen, die nicht aus Konstruktionen bestehen. Gibt es medizinisches Wissen jenseits der Konstruktionen? Wie können die körperlichen Erfahrungen von kranken Menschen sonst erklärt werden, wenn nicht durch medizinisches Wissen? Und wie sollen sozialkonstruktivistische Theorien gesellschaftliche Abläufe (über medizinische Themen) richtig beschreiben können, denn sie müssten ja nach ihrer Theorie auch nur eine soziale Konstruktion sein?

Dieses Methodenproblem greift auch Bury (1986:152-153), ein weiterer Befürworter des Sozialkonstruktivismus, auf:

„In fact, if knowledge and methods of enquiry are held to construct rather than disclose reality we are bound to include the human sciences, including ‚critical‘ thought in the process as well. This places us in a circle from which there appears to be no escape“.

Sozialkonstruktivistische Aussagen kontrastieren die vorhin vorgestellten Ansichten von Funktionalisten (Parsons 1951, 1964) und Marxisten (Navarro 1976, Waitzkin 1983), die den gesellschaftlichen Zustand sowie aufgestellte Konzepte über den menschlichen Körper und seine Krankheiten als vorgegeben hinnehmen und akzeptieren.

Vertreter des Sozialkonstruktivismus (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986) fordern diese Sicht heraus, indem sie darstellen, dass medizinisches Wissen über den menschlichen Körper sozial konstruiert ist. Krankheitsdiagnosen und Krankheitsbehandlungen haben sich historisch betrachtet aufgrund bestimmter Ereignisse und Personen dauernd verändert. Dies ist ein Beleg dafür, dass medizinische Ansichten, Diagnosen und Vorstellungen über den Zustand des menschlichen Körpers nicht objektiv, neutral oder wissenschaftlich sein können, sondern „nur“ eine soziale Konstruktion sind.

3.5. Zusammenfassung

Die Arzt-Patienten-Beziehung wurde in diesem Kapitel aus der Sicht von zentralen sozialwissenschaftlichen Perspektiven betrachtet: funktionalistisch (Parsons 1951, 1964), marxistisch (Navarro 1976, Waitzkin 1983), feministisch (Chesler 1972, Martin 1987), historisch-prozessual (Foucault 1963, 1975) und sozialkonstruktivistisch (Berger & Luckmann 1966, Armstrong 1983, 1987, 1995, Bury 1986).

Zwei wichtige Aspekte, die für diese Arbeit relevant sind, werden jedoch in diesen Theorien nicht thematisiert:

1. Die Theorien sind auf westliche Gesellschaftsformen beschränkt und eignen sich nicht für einen interkulturellen Vergleich.

Hier soll gezeigt werden, dass die westliche Medizin und die tibetische Medizin nicht nur ein soziales Konstrukt, sondern auch ein Produkt ihres Kulturkreises sind. Um dies zu veranschaulichen, wird ein Analysemodell benötigt, welches zwischen mehreren Kulturen vergleichen kann.

Zudem soll durch den interkulturellen Vergleich deutlich werden, welche Sicht- und Behandlungsweisen für die westliche Medizin bereichernd sein könnten.

2. Die Erlebnis- und Erfahrungswelten von Ärzten und Patienten werden in diesen Theorien nicht beachtet, so dass beispielsweise keine Verbesserungsvorschläge für die westliche Arzt-Patienten-Beziehung deutlich werden. Gerade bei der Beschäftigung mit medizinischen Themen reicht eine ausschließlich kritische theoretische Erklärung nicht aus und sollte durch praktische Fallbeispiele ergänzt werden.

Nun sollen Theorien aus der Ethnomedizin vorgestellt werden, in denen insbesondere kulturvergleichende Analysemodelle erwartet werden.

4. Medical Anthropology = Ethnomedizin

Vor allem im anglo-amerikanischen Raum hat sich in den 1970er Jahren ein neues Forschungsfeld entwickelt: **Medical Anthropology**.

Medical Anthropology ist ein interdisziplinäres Wissenschaftsgebiet und besteht hauptsächlich aus Beiträgen der Anthropologie, Ethnologie, Medizin, Soziologie, Psychologie, Psychiatrie und der Kulturanthropologie.

4.1. Zentrale Aussagen der Ethnomedizin

In dem ursprünglich in den USA entwickelten Fachgebiet der Medical Anthropology geht es, vereinfacht ausgedrückt, um die Forschung über Gesundheit, Krankheit und Heilmethoden im kulturellen Kontext.

In jeder Kultur, in jeder Epoche, in jedem Land und in jeder Religion wird das universale und ubiquitäre Phänomen Krankheit auf unterschiedliche Weise beurteilt, angegangen und behandelt. Denn kulturelle und geschichtliche Bedingungen haben

dafür gesorgt, dass jede Gesellschaft ein eigenständiges (meist pluralistisches) System medizinischen Handelns und eine eigenständige Organisation um die Bedürfnisse der Patienten herum entwickelt hat.

Helman (2007:1) definiert Medical Anthropology als die Disziplin, die sich damit beschäftigt

„[...] how people in different cultures and social groups explain the causes of ill health, the types of treatment they believe in, and to whom they turn if they do get ill. It is also the study of how these beliefs and practices relate to biological, psychological and social changes in the human organism, in both health and disease. It is the study of human suffering, and the steps that people take to explain and relieve that suffering.”

Nach Helman ist die Medical Anthropology nicht nur ein Zweig der Sozial- und Kulturanthropologie, sondern ist auch als ein Teilbereich der Medizin und anderen Naturwissenschaften einzuordnen. Um diese Ansicht zu untermauern, zitiert Helman (ebd. 7) die Ansicht der Ethnomediziner Foster und Anderson (1978) über das Forschungsgebiet der Medical Anthropology:

„A biocultural discipline concerned with both the biological and sociocultural aspects of human behaviour, and particularly with the ways in which the two interacted throughout human history to influence health and disease.“

Zur Untersuchung von kranken Menschen sollte immer auch die Untersuchung von kulturellen und sozialen Merkmalen ihrer Gesellschaft gehören.

Dabei zielt die Medical Anthropology nicht auf Beurteilung, Wertung oder Abwertung von Zuständen hin, sondern versucht vielmehr kulturelle Differenzierungen von Denkmodellen und Verhalten innerhalb der Medizin darzustellen und auszudeuten.

Gesundheit, Krankheit und Kultur sind untrennbar miteinander verknüpft:

Eine Kultur kann man nur verstehen, wenn man ihre Krankheiten kennt.

Einerseits sind Gesundheit und Krankheit wichtige Themen für die Kultur, in der die Menschen zusammenleben. Anthropologen haben darauf aufmerksam gemacht, dass in allen Formen des gesellschaftlichen Zusammenlebens Glauben und Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit eine zentrale Rolle für die Kultur darstellen. Analysiert man eine Kultur, kommt man also nicht umhin, Themen wie Ansichten über Gesundheit und Krankheit sowie Krankheitsbehandlung zu studieren.

Eine Krankheit kann man nur verstehen, wenn man ihre Kultur kennt.

Andererseits sollte eine Krankheit niemals losgelöst von der Kultur, aus welcher der kranke Mensch stammt, untersucht werden. Dies bedeutet, dass das Individuum kulturelle Vorstellungen seines Umfeldes verinnerlicht hat, wenn es sich krank fühlt und

medizinische Hilfe aufsucht. Diese kulturellen Ansichten gilt es zu analysieren, wenn der Mediziner einen kranken Menschen verstehen und heilen möchte.

Studien aus der Anthropologie verdeutlichen, dass wir ohne eine Untersuchung der „kulturellen Linsen“ nicht verstehen können, wie und warum Menschen auf Krankheit, Tod oder andere Unglücke reagieren (vgl. Helman 2007:7).

Ein *medizinisches System* ist jedoch nicht nur ein *kulturelles System*, das Vorstellungen, Theorien, Normen und Werte beinhaltet, sondern auch ein *soziales System*, das Rollen, Rollenspiele und Interaktionen vorschreibt und damit auch die Strukturen seiner Institutionen für Gesundheitseinrichtungen (vgl. Pfeleiderer & Bichmann 1985:174).

Daher ist es zusätzlich zur Analyse der *kulturellen* Merkmale ebenso notwendig die *soziale* Organisation über Gesundheit und Krankheit in einer Gesellschaft zu untersuchen, um wichtige soziale Aspekte erklären zu können: Wie und wo können Menschen Hilfe erhalten, wenn sie krank sind? Wann werden Menschen von anderen Gesellschaftsmitgliedern als krank und wann als gesund anerkannt? Auf welche Weise repräsentiert ein Individuum seine Krankheit anderen Menschen gegenüber? Wer behandelt die Krankheit und welche Praktiken werden verwendet?

Da die Medical Anthropology eine „biokulturelle“ Disziplin ist, untersucht sie nicht nur die gerade beschriebenen kulturellen und sozialen Aspekte eines Medizinsystems, sondern beschäftigt sich auch mit biologischen Ansichten.

So können durch Studien der Medical Anthropology biologische Ergebnisse aus der Medizin erweiternd erklärt werden (vgl. Helman 2007:8): Zum Beispiel können Untersuchungen der Medical Anthropology aufzeigen, warum Erbkrankheiten in einigen Bevölkerungsgruppen häufiger vorkommen als in anderen Populationen. Dazu werden die kulturelle Präferenz für Heiratsregeln (Endogamie, Polygamie, Monogamie, Polyandrie...) ausgearbeitet sowie durch anthropologische Studien (wer heiratet wen...) veranschaulicht.

Kulturelle und soziale Faktoren sind auch für die (naturwissenschaftlichen) Diagnosen der westlichen Medizin von Bedeutung, wenn es zum Beispiel darum geht, wie Krankheiten vorgebeugt werden kann (Präventivmedizin) und welche Menschen über Gesundheitsrisiken aufgeklärt werden sollen (Gesundheitserziehung).

Die Ziele der Medical Anthropology liegen also zum einen darin, direkte Antworten auf medizinische Alltagsprobleme zu liefern (biologisch-medizinische Seite). Auf der anderen Seite eignet sich die Medical Anthropology dazu, auf Reflektion, Kritik, Zweifel, Detailarbeit hinzuweisen, die in der medizinischen Behandlung angebracht sind (ethnologisch-geisteswissenschaftliche Seite).

4.2. Heißt es Ethnomedizin, Medizinethnologie oder Medizinanthropologie?

„Medical Anthropology“ heißt im Französischen „Anthropologie Médical“ und wird im Spanischen „Anthropología Médica“ genannt.

Im deutschen Sprachraum gibt es keine einheitliche Bezeichnung für „Medical Anthropology“ und wird je nach Herkunft der Forscher mit „Ethnomedizin“, „Medizinethnologie“ oder „Medizinanthropologie“ übersetzt.

Seit den 70er Jahren wird der Begriff „**Ethnomedizin**“ als Bezeichnung für eine Disziplin zwischen Ethnologie und Medizin verwendet (vgl. Lux 2003a:14).

Die 1970 gegründete „Arbeitsgemeinschaft für Ethnomedizin e.V.“ (AGEM) sowie ihre erste herausgegebene Zeitschrift (1971 – 1982) namens „Ethnomedizin. Zeitschrift für interdisziplinäre Forschung“ und ihre zweite seit 1978 regelmäßig publizierte Zeitschrift „Curare - Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie“ trugen zur Verbreitung und Etablierung des Begriffes „Ethnomedizin“ bei (www.agem-ethnomedizin.de/, Zugriff April 2008).

„Ethnomedizin“, als deutsche Bezeichnung für die Leitwissenschaft „Medical Anthropology“, weist im Vergleich zu den Bezeichnungen „Medizinethnologie“ und „Medizinanthropologie“ auf eine längere Tradition hin. Daher werde auch ich in dieser Arbeit den Begriff „Ethnomedizin“ verwenden, wenn ich mich auf die englischsprachige „Medical Anthropology“ beziehe.

„Ethnomedizin“ sollte jedoch nicht mit dem englischen Wort „ethnomedicine“ verwechselt werden, da „ethnomedicine“ im Englischen nur einen Teilbereich der „Medical Anthropology“, nämlich die Untersuchung der schriftlosen Kulturen bezeichnet.

Vor allem im schweizerischen Zürich und Basel hat sich in den 80er und 90er Jahren die Szene der „**Medizinethnologie**“ etabliert. Mit dem Begriff „Medizinethnologie“ wird die Verankerung zur Ethnologie hervorgehoben, die vor allem in der Schweiz

eine lange Tradition hat. Seit 1973 gibt es die „Schweizerische Ethnologische Gesellschaft“, aus der 1992 die „Interdisziplinäre Kommission für Medizinethnologie“ (IKME) hervorging. 2003 wurde diese Kommission umbenannt in „Medical Anthropology Switzerland“ (MAS) (www.seg-sse.ch/de/commissions/ciam.shtml, Zugriff April 2008).

Mithilfe ethnologischer Methoden steht für Medizinethnologen die Erforschung der kulturellen Aspekte der Medizin im Vordergrund. Dabei werden klinisch-kritische oder kulturvergleichende Perspektiven im Gegensatz zur „Ethnomedizin“ nicht verwendet.

Einige Forscher wollen den Begriffsdschungel von Medical Anthropology, Ethnomedizin, Medizinethnologie, medizinischer Ethnologie etc. auflösen und stattdessen den einheitlichen Begriff „**Medizinanthropologie**“ einführen (vgl. Lux 2003a:16f.). Im englischsprachigen Raum steht die Wissenschaft der Anthropologie tatsächlich in der Tradition der biologischen sowie auch der kulturellen und sozialen Forschung. Auch in der deutschen Anthropologie gab es einen biologischen (physischen) Bereich innerhalb der Anthropologie. Dieser wurde jedoch während des Nationalsozialismus (durch Menschenexperimente) missbraucht und erst in den 70er Jahren durch die Anthropologen Gadamer und Vogel (1972-1975) aufgearbeitet. Heutzutage muss man sich also erst mit der problematischen Geschichte der Anthropologie auseinandersetzen bevor man diesen Begriff verwendet. Dieser notwendigen kritischen Auseinandersetzung wollen sich viele Wissenschaftler nicht stellen und stimmen daher nicht der eins-zu-eins Übersetzung von „Medical Anthropology“ in „Medizinanthropologie“ zu. So verwendet jeder Forscher weiterhin eine eigene Begriffswahl.

Der Frankfurter Ethnomediziner Thomas Lux (2003a:16-17) weist bei dem Begriffsthema darauf hin, „dass eine Einengung auf nur einen Begriff beim interdisziplinären Dialog um die kulturellen Dimensionen von Medizin nicht Ausgangspunkt, sondern erst Ergebnis sein kann.“ Es bleibt also abzuwarten, in welche Richtung sich die deutschen Bezeichnungen für „Medical Anthropology“ bewegen werden.

5. Clinically Applied Medical Anthropology

Innerhalb der englischsprachigen Medical Anthropology gibt es unterschiedliche Ansätze, wovon sich vor allem zwei richtungsgebende Bereiche herausgebildet ha-

ben: Auf der einen Seite hat sich die „Clinically Applied Medical Anthropology“, auf der anderen hat sich die „Critical Medical Anthropology“ etabliert.

Die **Critical Medical Anthropology** (Young 1982, Baer, Singer & Johnsen 1986, Singer & Baer 1995), im Deutschen könnte man es mit „kritische Ethnomedizin“ übersetzen, beschäftigt sich primär mit politischen und ökonomischen Faktoren von Krankheit und Gesundheit. Ihr Ziel ist es, die krankmachenden gesellschaftlichen Verhältnisse zu analysieren, denn Krankheit wird als das Ergebnis ungleicher sozialer Verhältnisse gesehen. Zu diesem kritischen Zweig der Medical Anthropology gehören auch die schon in Kapitel 3 beschriebenen Ansätze von Marxisten (Navarro 1976, Waitzkin 1983) sowie auch die Theorien von Foucault (1963, 1975). Ein zentrales Thema ist die Hervorhebung des Konfliktes der in sozialen Beziehungen, wie auch in der Arzt-Patienten-Beziehung, entsteht. Da jedoch die Erlebniswelten der Menschen in diesen Theorien keine Beachtung finden, sollen diese kritischen Theorien der Medical Anthropology hier nicht im Zentrum der Betrachtung stehen.

Im Gegensatz zur dieser Makroanalyse der Gesellschaft, analysiert die **Clinically Applied Medical Anthropology** (Kleinman 1980, Good 1994), im Deutschen mit „klinisch angewandter Ethnomedizin“ übersetzt, die Mikroebene der Gesellschaft. In diesem bedeutungszentrierten interpretativen Zweig der Medical Anthropology stehen nicht die Analyse der Strukturen des Gesundheitssystems im Vordergrund, sondern klinische Situationen und Probleme aus der Medizinpraxis. Die Clinically Applied Medical Anthropology operiert innerhalb eines Medizinsystems und hat es sich beispielsweise zum Ziel gemacht, praktische Konzepte zur verbesserten Versorgung von Patienten oder zur Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten aufzustellen.

Solch eine Mikroanalyse ist für diese Arbeit aufschlussreich, da durch den nach innen gerichteten Blick medizinische Praktiken aus der Arzt-Patienten-Beziehung detailliert erläutert werden können. Mit den Analysemodellen der Clinically Applied Medical Anthropology können menschliche Erfahrungs- und Erlebniswelten erforscht werden und sie sind zudem für einen Kulturvergleich geeignet.

Nach einem kurzen Einblick in die Entstehungsgeschichte sollen relevante Konzepte des bedeutungszentrierten Zweiges der Clinically Applied Medical Anthropology zur Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung vorgestellt werden, welche maßgeblich durch Kleinman (1980) geprägt wurden.

William Rivers zählt als Pionier der frühen Medical Anthropology. In seinem Buch „Medicine, Magic, and Religion“ (1924) vertrat er die These, dass Medizin, Magie und Religion ursprünglich zusammengehörten. Anhand eines Modells zeigte er, wie den drei Weltanschauungen – das „Naturalistische“, das „Magische“ und das „Religiöse“ – Krankheitsvorstellungen und Behandlungsformen zugeordnet werden können. Trotz seines statischen Konzeptes ist es Rivers Verdienst, „dass er versuchte die jeweiligen medizinischen Vorstellungen innerhalb einer Kultur und aus ihr heraus zu erklären und zu verstehen, ein Ansatz, den wir heute als emisch bezeichnen“ (Greifeld 2003:15).

Ein weiterer Klassiker der Medical Anthropology ist der symboltheoretische Ansatz von **Mary Douglas** (1970). Douglas analysierte menschliche Körper und zeigte, dass der Körper untrennbar mit der menschlichen Existenz verknüpft ist. Zum einen wird der „Körper als Symbol“ verwendet (zum Beispiel um einen weiblichen oder einen männlichen Körper auszudrücken) und zum anderen ist er gleichzeitig „Schöpfer von Symbolen“ (zum Beispiel stellt der verkörperte Mensch kulturelle Verhaltensweisen für das menschliche Zusammenleben auf). Der Körper ist der wichtigste „Symbolträger“ der Menschen, durch ihn nehmen wir beispielsweise Krankheit und Gesundheit wahr. Douglas beschreibt zudem die physische und die soziale Seite jedes menschlichen Körpers und weist somit auf seine soziale Konstruktion hin.

Charles Leslie (1976) betonte die kulturelle und soziale Dimension unterschiedlicher Medizinformen. Für ihn bestehen Medizinsysteme aus pluralistischen Strukturen verschiedener medizinischer Praktiken. Nach Leslie beinhaltet ein Medizinsystem drei Betrachtungsweisen: eine biologische, eine kulturelle und eine soziale Perspektive.

Von diesen Werken beeinflusst führte **Arthur Kleinman** die Medical Anthropology als eigenes Fachgebiet ein. Als Grundwerk und am meisten rezipiertes Schulbuch der (interpretativen) Medical Anthropology gilt Kleinmans Buch „Patients and Healers in the Context of Culture“ (1980).

Kleinman ist Psychiater mit einer anthropologischen Ausbildung, dessen Interesse sowohl in kulturvergleichenden anthropologischen wie auch in klinischen Aspekten liegt. Er arbeitet als Professor für Medical Anthropology an der Harvard University in den USA und ist Herausgeber der seit 1977 erscheinenden Zeitschrift „Culture, Medicine and Psychiatry“.

In seinem Hauptwerk belegt Kleinman seine kulturvergleichende Theorie und ethnomedizinischen Konzepte durch Beispiele aus seiner Feldarbeit in Taiwan. In Taipei, der Hauptstadt Taiwans, forschte er 1969 das erste Mal 14 Monate über biomedizinische Behandlung. Von Januar 1975 bis zum Frühling 1976 führte er fünf weitere Studien in Taiwan durch, aus welchen er das meiste Material für sein bedeutendes Buch schöpfte.

Durch seine Feldstudien wollte Kleinman die Unzulänglichkeit der Biomedizin in einer anderen Kultur am Beispiel Taiwan aufzeigen. Es ging ihm besonders darum, den biologischen Reduktionismus der Biomedizin zu kritisieren (vgl. Kleinman 1980:18f). Dazu erläuterte er die notwendige Kontextualisierung von Krankheit in der sie umgebenden Gesellschaft und Kultur, wodurch er die kulturelle Relativität wie auch die soziokulturelle Konstruiertheit eines jeden Medizinsystems verdeutlichte.

Hierbei war es sein Anliegen, ein Modell zu entwickeln, welches interkulturelle Vergleiche zu den Themen Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Kulturen ermöglicht. Dieses Modell sollte nicht überwiegend die makrosozialen Strukturen der Medizinsysteme vergleichen, sondern die mikrosozialen Strukturen, so dass vor allem Denk- und Verhaltensweisen einzelner Individuen zum Vorschein kommen (vgl. ebd. 18-19). Ebenso interessierte sich Kleinman für universale Aspekte über Gesundheits- und Krankheitsthemen in verschiedenen Kulturen sowie für den Interaktionsablauf zwischen Arzt und Patient.

Kleinmans Konzepte der interpretativen bedeutungszentrierten Medical Anthropology, an denen sich die hier stattfindende ethnomedizinische Untersuchung des westlichen und des tibetischen Medizinsystem mit ihren jeweiligen Arzt-Patienten-Beziehungen orientiert, werden im Folgenden dargestellt.

5.1. Health Care Systems

Im Deutschen lässt sich Kleinmans verwendeter Begriff „**health care system**“ am besten mit „Gesundheitssystem“ übersetzen. Er gebraucht diesen Begriff, um die Analyse von Gesundheit, Krankheit und Kultur einzuleiten.

Für Kleinman (ebd. 24) existiert das Gesundheitssystem als Teil eines kulturellen Systems:

„In the same sense in which we speak of religion or language or kinship as cultural systems, we can view medicine as a cultural system, a system of symbolic meanings an-

chored in particular arrangements of social institutions and patterns of interpersonal interactions. In every culture, illness, the responses to it, individuals experiencing it and treating it, and the social institutions relating to it are all systematically interconnected. The totality of these interrelationships is the health care system.“

Nach Kleinman (1980:24-25) ist das Gesundheitssystem ein pluralistisches Medizinsystem, welches durch Interaktionen zwischen medizinischen Subsystemen gekennzeichnet ist. Demnach sind vor allem Ärzte und Patienten wesentliche Komponenten des *health care system* und können nicht losgelöst von dessen kulturellen Bedeutungsmustern und dem sozialen Kontext betrachtet werden. Bevor man also die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten analysieren und kulturell vergleichen möchte, sollte am Anfang eine Untersuchung der betreffenden *health care systems* stehen: „In the context of culture, the study of patients and healers, and illness and healing, must, therefore, start with an analysis of health care systems“ (ebd. 25).

Für diese Analyse hat Kleinman ein Konzept erstellt, welches die *health care systems* auf einer inneren mikrosozialen Ebene untersucht: Modelle der *social reality* (sozialen Wirklichkeit), der *clinical reality* (klinischen Wirklichkeit) und der *symbolic reality* (symbolischen Wirklichkeit) können laut Kleinman (vgl. ebd. 41-45) die Struktur und den Ablauf von *health care systems* veranschaulichen.

Kleinman bezieht sich auf Berger und Luckmanns (1966) Thesen zum sozialen Konstruktivismus, wenn er sagt: „Health care systems are socially and culturally constructed. They are forms of **social reality**“ (Kleinman 1980:35). Der Begriff „soziale Wirklichkeit“ verdeutlicht den von Menschen sozial konstruierten Charakter.

Kleinman führt den Bereich der „sozialen Wirklichkeit“ weiter aus und beschreibt, dass innerhalb der *social reality* eine **clinical reality** erkennbar ist. Mit „klinischer Wirklichkeit“ meint Kleinman (ebd. 42) „beliefs, expectations, norms, behaviours, and communicative transactions associated with sickness, health care seeking, practitioner-patient relationships, therapeutic activities, and evaluation of outcomes.“

Menschen konstruieren eine **symbolic reality**, um die sie umgebende *social reality*, wovon die *clinical reality* ein Teil ist, besser zu verstehen und zu verarbeiten. Diese „symbolische Wirklichkeit“ vermittelt zwischen sozialen und psychischen Erfahrungen; es ist eine „bridging reality that links the social and cultural world with psychological and biological reality“ (ebd. 41). „Symbolic reality“ gestalten sich Menschen beispielsweise durch Sprache oder anderen in der Sozialisation erlernten symboli-

schen Systemen. „It helps shape personal identity in accordance with social and cultural norms“ (Kleinman 1980:42).

Das Konzept der *symbolic reality* nimmt bei Kleinman einen zentralen Stellenwert ein, da er es, wie später noch genauer ausgeführt wird, verwendet, um Krankheit und Heilung in innen liegenden Strukturen des Gesundheitsfürsorgesystems zu analysieren.

Bevor jedoch die inneren Strukturen, insbesondere anhand der *symbolic reality*, untersucht werden können, sollen laut Kleinman (ebd. 45) die äußeren Strukturen untersucht werden: „Therefore, before we relate social and symbolic reality to the internal structure and core clinical tasks of health care systems, it is necessary to review the external factors that function as important determinants of change.“

Kleinman unterteilt die den Medizinbereich beeinflussenden Strukturen also in die **Außen- und Innenstrukturen:**

Zu den Außenstrukturen (external influences) gehören „political, economic, social structural, historical, and environmental determinants. They act on or in the local setting of the health care system“ (ebd.).

Nach Kleinman sind diese äußeren Strukturen unbedingt zu beachten, wenn man eine Analyse der *health care systems* vornimmt. Er kritisiert somit den am Beginn der Arbeit vorgestellten und viel rezierten Medizinkritiker Ivan Illich (1976), da Illich hauptsächlich die Ärzte für die „klinische Iatrogenese“ und die „Medikalisierung“ der Gesellschaft verantwortlich macht. Illich vergesse jedoch, dass auch Ärzte Teil des sozialen und kulturellen Medizinsystems sind und dementsprechend handeln. Sie können laut Kleinman (1980:48-49) nicht allein für das Versagen der westlichen Medizin verantwortlich gemacht werden.

Obwohl Kleinman diese äußeren Strukturen also als sehr wichtig erachtet, stehen sie nicht im Zentrum seiner Untersuchung. Kleinman ist mehr an den inneren Abläufen von klinischen Gegebenheiten als Teil der sozial konstruierten Wirklichkeit interessiert, wofür er die „inner structure of health care systems“ genauer erläutert.

5.1.1. Three Sectors of Health Care

Nach Kleinman (ebd. 50) besteht die innere Struktur der *health care systems* aus „the popular, professional, and folk sectors“ (populärer Sektor, professioneller Sektor und volkstümlicher Sektor).

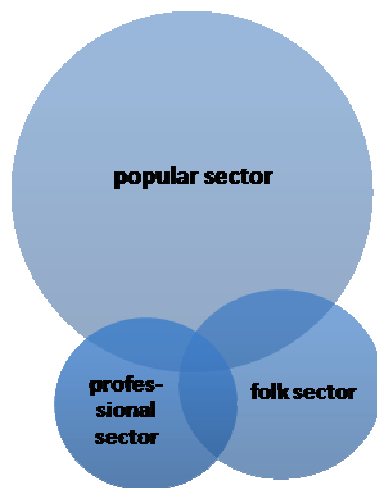


Abbildung 2: Die drei Krankheitssektoren

(In dieser Arbeit geht es um den professionellen Sektor.)

Diese sich teilweise überschneidenden und nebeneinander existierenden Sektoren erkannte Kleinman während seiner Feldforschung in Taiwan und befand, dass sie einen universellen Charakter haben. Es gibt diese Sektoren laut Kleinman in jeder Gesellschaft, allerdings variiert der Inhalt der Sektoren.

Dies bedeutet, dass auch die Innenstruktur des Medizinsystems in westlichen Gesellschaften nicht nur aus der Biomedizin besteht!

Für die in dieser Arbeit stattfindende ethnomedizinische Untersuchung der Arzt-Patienten-Beziehung ist es interessant, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient, oder anders ausgedrückt, zwischen der kranken Person und der heilenden Person, in jedem Sektor unterschiedlich verläuft. „Each sector has its own ways of explaining and treating ill health, defining who is the healer and who is the patient, and specifying how healer and patient should interact in their therapeutic encounter“ (Helman 2007:82).

In jedem dieser Sektoren der inneren Strukturen der *health care systems* gibt es also eigene soziale und kulturelle Regeln und Normen, die nun erläutert werden sollen.

Der „**popular sector**“ (populäre, persönliche oder Laiensektor) bildet den größten Sektor im Medizinbereich und besteht aus Selbstbehandlung in der Familie, Hausmitteln, für die kein Expertenwissen notwendig ist, Ratschlägen aus dem sozialen

Umfeld sowie unbezahlten Tätigkeiten. Laut Kleinman (1980:50) werden 70-90% aller Beschwerden im populären Sektor behandelt. Hauptsächlich in der Familie wird der Erkrankte zuerst mit medizinischem Wissen konfrontiert: „In the popular sector, individuals first encounter disease in the family“ (ebd. 51). Die Familie ist auch der Ort, wo die Krankheit identifiziert und durch Hausmittel behandelt wird: „Self-treatment by the individual and family is the first therapeutic intervention resorted to by most people across a wide range of cultures“ (ebd.).

Im populären Sektor findet die medizinische Behandlung meist zwischen Personen statt, die sich untereinander kennen. Sie haben durch einen ähnlichen Hintergrund ebenfalls gleiche Annahmen über Krankheitsentstehung und Krankheitsbehandlung, so dass Missverständnisse selten vorkommen (vgl. Helman 2007:83).

Im familiären Kreis wird ebenfalls der nächste Schritt entschieden, ob die Krankheit im professionellen oder im volkstümlichen Sektor weiter behandelt werden soll.

Der „**professional sector**“ (professionelle Sektor) besteht laut Kleinman aus organisierten professionellen Heilsystemen. „In most societies, this is simply modern scientific medicine“ (Kleinman 1980:53). Während in westlichen Gesellschaften die Biomedizin den überwiegenden Teil des professionellen Sektors einnimmt, ist der professionelle Sektor in asiatischen Gesellschaften durch asiatische Medizinsysteme gekennzeichnet: Zum Beispiel stellt in Indien der Ayurveda, in China die TCM und in Tibet die tibetische Medizin den größten Teil des professionellen Sektors dar.

Im professionellen Sektor nimmt der behandelnde Arzt die Expertenrolle ein und die hilfeschende kranke Person verhält sich der (von Parsons beschriebenen) Patientenrolle entsprechend. Der Arzt ist verantwortlich für die Behandlung seines Patienten: „[...] the doctor’s role is to ‘tell’ or give orders to patients, and the patient’s role is to listen passively and comply“ (ebd. 57). Aufgrund unterschiedlicher Wertesysteme und Rollenerwartungen können in der professionellen medizinischen Behandlung oft Kommunikationsprobleme auftreten.

Hier in dieser Arbeit geht es um den professionellen Sektor: Die Biomedizin ist in westlichen Gesellschaften im professionellen Sektor institutionalisiert, während die tibetische Medizin nur in asiatischen Gesellschaften, vor allem in Tibet und Indien, zum professionellen Sektor gehört.

Wie die Abbildung 2 zeigt, nimmt der professionelle Sektor den kleinsten Teil im Medizinsystem ein – dennoch übt er (durch die staatliche Legitimierung) einen großen Einfluss auf gesundheitliche Themen im gesellschaftlichen Zusammenleben aus.

Den „**folk sector**“ (volkstümlichen oder volksmedizinischen Sektor) beschreibt Kleinman (1980:59) als dritten Sektor einer jeden gesellschaftlichen Gesundheitsversorgung: „Folk medicine is a mixture of many different components; some are closely related to the professional sector, but most are related to the popular sector.“ Im Unterschied zum populären Sektor, erfolgt die Behandlung im volksmedizinischen Sektor gegen Bezahlung. Es zählen alle Behandlungen darunter, die nicht im professionellen Sektor institutionalisiert sind, zum Beispiel Schamanismus, Kartenlegen, Schröpfen, Massage oder symbolisches Heilen durch Traumdeutung und Astrologie. Ähnlich dem professionellen Sektor, werden auch im volkstümlichen Sektor Fachpersonen kontaktiert, woraus ebenfalls eine asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung entsteht. Praktizierende Heiler übernehmen die Rolle der Leistungsanbieter und agieren als Spezialist. Im Vergleich zu professionellen Ärzten behandeln volksmedizinische Heiler mit einer ganzheitlichen Sichtweise „dealing with *all* aspects of the patient’s life, including relationships with other people, with the natural environment and with supernatural forces, as well as any physical or emotional symptoms“ (Helman 2007:85). Die meisten volksmedizinischen Heiler haben dieselben kulturellen Ansichten und teilen die gleiche Weltsicht wie ihre Patienten. Dies sind gute Voraussetzungen zur Vermeidung von Missverständnissen in der Beziehung zwischen Arzt und Patient.

5.2. Core Clinical Functions of Health Care Systems

Nach Kleinman (1980:71-72) tragen alle drei beschriebenen Sektoren zu den fünf „core clinical functions“ bei, die sich gut zu einer Analyse der Medizinpraktik und zu einem interkulturellen Vergleich eignen. Diese fünf Kernfunktionen beschreibt Kleinman als:

- 1) die kulturelle Konstruktion von Krankheit als psychosoziale Erfahrung,
- 2) die Kriterien, die das gesundheitssuchende Verhalten („health care seeking process“) leiten,
- 3) der Umgang mit Krankheitsepisoden durch Kommunikation und Erklärungsmodelle,

- 4) die Heilungsmaßnahmen, wozu alle Interventionen von Medikamenten und Chirurgie bis zu Psychotherapie und Heilungsritualen gehören,
- 5) die Handhabung nicht nur therapeutischer Erfolge, sondern auch von Nachbehandlungen, Behandlungsfehlern, Krankheitsrückfällen, chronischen Krankheiten, und anderen schlechten Gesundheitszuständen.

Diese Funktionen werden in allen verschiedenen *health care systems* ausgeführt. Kleinman (1980:72) konstatiert auch: „Health care, in the broadest sense, may be thought of as the summation of these activities. Thus, the system as a whole, not just the healer, heals.“

Folgend werden Kleinmans Konzepte zur Erläuterung dieser fünf Kernfunktionen beschrieben, die bis heute zu den wichtigsten Analysemodellen der Medical Anthropology gehören.

5.2.1. Unterscheidung von Disease und Illness

Für Kleinman stellt die erste Funktion des Gesundheitsfürsorgesystems **1) „The cultural construction of illness as a psychosocial experience“** die wichtigste „core clinical function“ dar, wofür er sein Konzept über die Unterscheidung von *disease* und *illness* vorstellt.

Kleinman differenziert zwischen den englischen Ausdrücken für „Krankheit“: „*Disease* refers to a malfunctioning of biological and/or psychological processes, while the term *illness* refers to the psychosocial experience and meaning of perceived disease“ (ebd. 72).

Diese Unterscheidung von *illness* und *disease* wurde erstmals von David Mechanic (1962) vorgenommen, womit er unterschiedliche Sichtweisen auf Krankheit aufzeigte.

Auf Eric J. Cassell (1976) geht der bekannte Satz „Disease is something an organ has, illness is something a man has“ zurück. Cassell verdeutlichte, dass ein Individuum vor dem Arztbesuch *illness* empfindet, nach dem Arztbesuch jedoch mit *disease* nach Hause geht.

Leon Eisenberg (1977) befasste sich ebenfalls mit der Unterscheidung von *illness* und *disease*. Er stellte beide Krankheitsbegriffe explizit gegenüber, indem er sagte

„patients suffer ,illnesses‘; doctors diagnose and treat ,diseases“².

Mit dem Begriff „**illness**“ wird also auf das subjektive Erleben der leidenden Person aufmerksam gemacht. Im Deutschen könnte für diese Art der Krankheitsunterscheidung der Ausdruck „*Kranksein*“ oder „*Sich-krank-fühlen*“ stehen. Dieses Kranksein bezieht sich auf die psycho-sozialen und kulturellen Erfahrungen der kranken Menschen.

Der Mensch sucht nicht nur nach Heilung seiner Erkrankung, sondern auch nach Erklärung, nach dem Grund seiner Erkrankung. Bei dieser Suche greift das kranke Individuum auf kollektives kulturelles Wissen zurück.

Der Begriff „**disease**“ drückt die biomedizinische Sicht des Arztes aus, der auf der Basis von Normwerten und Funktionsgrößen ein Krankheitsbild benennt und medizinisch behandelt. Eine deutsche Bezeichnung hierfür könnte „*organisch-biologische Krankheit*“ oder „*biomedizinisch definierte Krankheit*“ heißen. *Disease* ist eine Veränderung oder eine Abweichung der biologischen Norm; eine biomedizinische Funktionsstörung.

Durch die Unterscheidung von Erkrankung als subjektive Empfindung und Krankheit als biomedizinisch klassifizierbares Konstrukt wird deutlich, dass *illness* und *disease* auch getrennt voneinander existieren können. Darauf machten schon Sigmund Freud (1856 – 1939) mit der Gründung der Psychoanalyse sowie auch Viktor von Weizsäcker (1886 – 1957) durch die Einführung der Psychosomatik aufmerksam. Letzterer wurde im englischen Sprachraum nicht sehr bekannt, „so dass Arthur Kleinman (1980) für den anglophonen Raum die Unterscheidung von Kranksein und Krankheit (*illness* – *disease*) quasi ein zweites Mal ‚erfand‘“ (Greifeld 2003:17).

Einerseits kann also *illness* existieren, ohne dass *disease* nachgewiesen werden kann. Dies verdeutlichen psychische sowie psychosomatische Krankheiten: Beispielsweise verspürt ein Individuum Rückenschmerzen, obwohl es keine biologische Ursache dafür gibt. Hier zeigt sich Weizäckers Lehrsatz aufschlussreich: „Seelisches ist Ausdruck von Körperlichem und Körperliches ist Ausdruck von Seelischem“ (von Weizsäcker zitiert nach Greifeld 2003:17).

² Der Anthropologe Allan Young (1982) führte die Differenzierung von „Krankheit“ noch auf eine gesellschaftliche Ebene weiter: „Sickness is, then a process for socializing disease and illness.“ Mit *sickness* ist die Krankheit gemeint, die gesellschaftlich relevant und anerkannt ist. Im Deutschen kann diese gesellschaftliche Perspektive von Krankheit mit „*Status des Krankseins*“ übersetzt werden. Dazu gehören die Übernahme der Rolle des Kranken und der Anspruch auf soziale Hilfeleistungen der Gesellschaft.

Andererseits kann auch *disease* existieren, ohne dass *illness* empfunden wird. Zum Beispiel nehmen Individuen im Frühstadium von HIV oder einer Tumorentwicklung oft keine Schmerzen wahr, obwohl eine organische Krankheit vorliegt.

Die Differenzierung von *illness* und *disease* weist außerdem darauf hin, dass es der Arzt ist, der ein „Sich-krank-fühlen“ (*illness*) in eine „Krankheit definiert“ (*disease*). Ob jedes menschliche Leiden in einem definierten Krankheitsbild ausgedrückt werden kann, und ob Ärzte den Ursprung der Symptome immer richtig erkennen (können), sei dahin gestellt und bleibt zweifelhaft (vgl. Helman 2007:149-153).

„Mit der Trennung von Krankheit und Kranksein ist ein analytisches Instrument entstanden“ (Lux 2003b:171), welches **verschiedene Sichtweisen** über Krankheit aufzeigen kann.

Kleinman verwendet die vorhin beschriebenen Überlegungen von *illness* und *disease* nicht nur um auszudrücken, dass *illness* auf die Erlebniswelt der kranken Person hinweist.

Vor allem möchte er erläutern, dass *illness* seine Behauptung über die **kulturelle Konstruktion** bestätigt. *Illness* ist deswegen kulturell konstruiert, da die Erklärung, Benennung und die Suche nach Heilung kein organischer, sondern ein kultureller Prozess ist: „[...] *illness* is the shaping of *disease* into behaviour and experience. It is created by personal, social, and cultural reactions to *disease*“ (Kleinman 1980:72). Diese kulturelle Erfahrung ist durch sprachliche Bezeichnungen, Wertung, Interaktion und Heilungsstrategien gekennzeichnet.

Aus *disease illness* zu konstruieren ist laut Kleinman für das kranke Individuum, und in manchen Kulturen auch für die ganze Familie, eine wichtige Bewältigungsstrategie. Es dient zur Erstellung eines Sinn- und Handlungszusammenhangs zur Erklärung und Überwindung von Krankheit. Dieser subjektive Erklärungsvorgang wird zur Verarbeitung, Kontrolle und Orientierung von Vorkommnissen aus der „sozialen Wirklichkeit“ angewendet.

Disease und *illness* werden durch (kulturell und sozial konstruierte) Erklärungsmodelle („explanatory models“) der Individuen gestaltet, „[...] *disease* and *illness* are explanatory concepts, no entities“ (ebd. 73).

Kleinman (ebd.) sieht *illness* und *disease* als Konstrukte der sozialen Wirklichkeit und „they can be understood only within defined contexts of meaning and social rela-

tionships.“ Krankheit und Kranksein können also nicht losgelöst von ihrem jeweiligen Kontext verstanden werden und sind somit kulturell unterschiedlich und kulturell relativ.

Die kulturelle Umwelt übt einen großen Einfluss auf die Menschen aus, den es zu analysieren gilt: „Culture influences the cognitive appraisal of external stimuli; it helps determine whether they will be evaluated as stressful or not. It also influences the cognitive appraisal of bodily and emotional states, determining if they are to be labelled as illness or not“ (Kleinman 1980:79).

Durch das im Folgenden ausgeführte Konzept der „explanatory models“ soll der interpretative Ansatz von Kleinman genauer erklärt werden. Dann sollte deutlich werden, dass *illness* nicht nur eine kulturelle Repräsentation ist, sondern auch als Erklärungsmodell dient. Es soll zum Vorschein kommen wie, wann und wodurch *illness* von Individuen konstruiert wird.

Welche Erfahrungen und Erlebnisse tragen zu dem Empfinden von Krankheit bei? Wie sieht die Erfahrungswelt eines leidenden Individuums aus? Welche kulturellen Regeln und Verhaltensmuster sind darin erkennbar? Wie ist die medizinische Versorgung in der Kultur organisiert, um *illness* zu heilen?

5.2.2. Explanatory Models

Kleinman (ebd. 83-118) beschreibt die „core clinical functions“ **2) und 3) „the communicative operations and interactions required to manage particular illness episodes“** durch sein Konzept der „explanatory models (EMs)“.

Mit einer biomedizinischen Perspektive konnte Kleinman seine Fragen über die ethnographischen Befunde aus Taiwan nicht zufriedenstellend lösen und beantworten. Daher entwickelte er dieses Modell der EMs, welches dazu dienen sollte, die kognitiven und kommunikativen Prozesse zwischen Ärzten und Patienten zu erklären.

„**Explanatory models** are the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process“ (ebd. 105).

Wie vorhin durch die Unterscheidung von *illness* und *disease* ausgeführt, verwenden Ärzte und Patienten jeweils unterschiedliche Modelle, um Krankheit zu erklären.

Analysiert man also die Erklärungsmodelle des Arztes, wird seine professionelle Sicht zu Krankheits- und Behandlungsthemen deutlich. Die Untersuchung der Erklärungsmodelle des Patienten und seiner Familie zeigen deren persönliche Sicht auf

Krankheit sowie ihre Gründe, warum und für welche medizinische Behandlungsmethode sie sich entscheiden.

Ärzte und Patienten verwenden EMs, damit sie sich hauptsächlich über die folgenden fünf Krankheitsaspekte klar werden (vgl. Kleinman 1980:105):

- 1) Ätiologie (Ursache der Krankheit)
- 2) Beginn und Modus von Symptomen
- 3) Pathophysiologie
- 4) Verlauf der Krankheit
- 5) Behandlung des Leidens

Kleinman (ebd. 109) beschreibt die Eigenschaften der EMs folgend: „An explanatory model is partly conscious and partly outside of awareness. It is based on a cognitive system that directs reasoning along certain lines. Since EMs involve tacit knowledge, they are not coherent and unambiguous.“ Laienhafte Erklärungsmodelle der Patienten sind außerdem durch häufige Veränderungen gekennzeichnet und werden dabei stets durch das soziale Umfeld beeinflusst. Dagegen sind die professionellen Erklärungsmodelle der Ärzte eher durch wissenschaftliche Logik gekennzeichnet.

Besonderes Interesse hatte Kleinman an der Interaktion zwischen Ärzten und Patienten, welche die *clinical reality* wesentlich mit konstruiert. Diese ist nach Kleinmann (ebd. 111) ein Aufeinandertreffen von dem Erklärungsmodell des Arztes und dem des Patienten: „[...] we can conceptualize the patient-doctor-relationship as a transaction between EM_p (patient explanatory model) and EM_d (doctor's or practitioner's model).“

Es war Kleinmans (ebd. 112) Anliegen, auf diese vielschichtige Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten hinzuweisen, wofür die Analyse der Erklärungsmodelle aufschlussreich ist. Insbesondere kann durch EMs die Sicht des Patienten besser zum Vorschein kommen, welche der Arzt in der medizinischen Behandlung beachten sollte, um Missverständnissen vorzubeugen. „The EM framework suggests that there are now ways to evaluate the quality and success of at least one clinical task: communication with patients“ (ebd. 115).

Für ethnomedizinische Untersuchungen über Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung (Helman 1985, Lazarus 1988) sind EMs ein geeignetes Analyseinstru-

ment zur Erfassung von unterschiedlichen Denk- und Verhaltensweisen. So können unterschiedliche Erklärungsmuster von Ärzten und Patienten innerhalb einer Kultur aufgezeigt, aber auch interkulturell verglichen werden.

Von Kritikern wird bemängelt (Lazarus 1988), dass sich die Analyse der EMs vornehmlich auf subjektive Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit bezieht, wobei die Interaktion an sich zwischen Arzt und Patient nicht beachtet wird.

Vertreter der Critical Medical Anthropology (Baer, Singer & Johnsen 1986) kritisieren an Kleinmans Modell, dass größere strukturelle Einflüsse außer Acht gelassen und somit wichtige Faktoren der makrosozialen Ebene nicht berücksichtigt werden. Kleinmans Modell wird als zu eng und systematisch beurteilt, welches nur auf „Klinisches“ beschränkt ist und keine Auskunft über Politik, Religion und Gruppen gibt: „Research and analyses at the micro-level must begin to locate the physician-patient relationship ‘in a broader political and economic framework‘“ (Baer, Singer & Johnsen 1986:97).

Auch Leslie & Young (1992:8) schreiben über Kleinman:

„The main criticism [...] was that his concepts and clinical observations neglected the large-scale political and economic forces that affect people’s illness experiences, their access to therapy, and the epidemiology of the diseases that afflict them.“

Natürlich ist Kleinmans Konzept der EMs überwiegend eine kognitive interpretative Analyse. Bei ihm stehen die innen liegenden Strukturen des *health care system* im Vordergrund, was jedoch nicht heißt, dass die äußeren Strukturen nicht für die Analyse eines Ausschnittes des *health care system* relevant sind. In seiner Erläuterung weist Kleinman (1980:45) explizit darauf hin, wie wichtig es ist, das gesamte *health care system* mit seinen Außen- und Innenstrukturen zu beachten.

Eine „berechtigte“ kritische Anmerkung scheint mir jedoch diese Frage von Lazarus (1988:42) zu sein: „Can we really know a person’s explanatory model?“ Bei der Analyse der EMs wird durch die Aussagen vom Patienten und vom Arzt jeweils ein Meinungsbild interpretiert. Interpretationen sind subjektive Deutungen und Auslegungen, worin immer auch eigene Ansichten und Wahrnehmungen mit einfließen. Inwiefern gibt dann das interpretierte *explanatory model* tatsächlich die Ansicht der untersuchten Person wieder? Wie viele eigene Ansichten des Untersuchers stecken darin?

Lazarus (1988:44) bezweifelt auch, dass die Untersuchung der EMs überhaupt die richtige Herangehensweise ist, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu erforschen:

„Explanatory models do not tell us enough about interactions. The approach essentially limits the study of the doctor-patient-relationship to a meaning-centered approach. It focuses mainly on the health and illness beliefs of individuals, and not on the doctor-patient interaction itself.“

5.2.3. Curing the Disease / Healing the Illness

Um die Kernfunktionen 4) und 5) „*Healing activities and the management of therapeutic outcomes*“ der *health care systems* zu beschreiben, thematisiert Kleinman erneut die Differenzierung von Kranksein (illness) und Krankheit (disease).

Kleinman (1980:82) erläutert, dass zur Krankheitsbehandlung in einem Gesundheitsfürsorgesystem immer beide klinische Aufgaben gehören sollten: Einerseits „the establishment of effective control of disordered biological and psychological processes, which I shall refer to as the **„curing of disease“**“ und andererseits nennt er „the provision of personal and social meaning for the life problems created by sickness, which I shall refer to as the **„healing of illness“**.“

Damit macht er deutlich, dass medizinische Behandlung mehr ist, als die Krankheit bloß durch Medikamente, Operationen oder andere Techniken zu bekämpfen. Denn auch der Umgang mit medizinischen Misserfolgen, Fehlbehandlungen, chronischen Krankheiten sowie Präventionsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und sinnstiftende Unterstützung gehören ebenfalls zu den Funktionen der *health care systems*.

Erfolgreiche medizinische Behandlung sollte also sowohl „curing the disease“ wie auch „healing the illness“ umfassen.

Nach Kleinman (ebd. 73) sind biomedizinische Modelle des professionellen Sektors eher *disease*-orientiert. Dagegen sind die Behandlungen des volksmedizinischen Sektors eher *illness*-orientiert, da sie sich in einem Kontext der Sinnstiftung bewegen und das soziale Umfeld in Bezug auf Krankheitsentstehung und Krankheitsbehandlung stärker einbeziehen. Volksmediziner gehen mit einem größeren Verständnis auf ihre Patienten ein und beachten das „Kranksein“ mehr in der medizinischen Behandlung als beispielsweise der westliche Biomediziner aus dem professionellen Sektor. So verwundert es Kleinman (ebd. 238-258) nicht, dass Patienten in Taiwan volksmedizinische Behandlung öfter zufriedenstellend erlebten als biomedizinische Behand-

lungsmethoden. Den wesentlichen Grund sieht er darin, dass Volksmediziner stärker in das gesellschaftliche Umfeld eingebunden sind. Patienten erleben es subjektiv zufriedener und überzeugender, wenn der Volksmediziner das soziale Umfeld mit in die Krankheitsursache und Krankheitsbehandlung einbezieht.

Man könnte sagen, dass „curing the disease“ eher auf den Biomediziner und „healing the illness“ öfter auf den Volksmediziner zutrifft.

Laut Kleinman (1980:73-74) verwenden auch asiatische Heilsysteme wie Ayurveda, TCM oder tibetische Medizin eher als die westliche Medizin das illness-Konzept des volksmedizinischen Sektors. Ob und wie dies genau aussieht, soll die ethnomedizinische Untersuchung der medizinischen Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung später noch aufzeigen.

6. Weitere Methoden der Medical Anthropology

6.1. Methoden für ethnomedizinische Studien

Außer den gerade vorgestellten Analysemodellen „Unterscheidung von Disease und Illness“ sowie „Explanatory Models“ werden noch andere klassische Methoden für ethnomedizinische Untersuchungen verwendet:

6.1.1. Ethnographie

Die am häufigsten verwendete Methode der Medical Anthropology ist die Ethnographie.

Diese qualitative Forschungsmethode ist eng mit **Bronislaw Malinowski** (1884 – 1942) verbunden. Malinowski führte die wohl längste **teilnehmende Beobachtung** durch, indem er dreieinhalb Jahre auf den Trobriand-Inseln, einer Inselgruppe im Südpazifik, die zu Papua-Neuguinea gehört, lebte. Diese lange **Feldforschung** kam vor allem durch äußere Umstände zufällig zu Stande: Zu Beginn des ersten Weltkriegs 1914 befand sich Malinowski mit einem Pass Österreich-Ungarns auf den Trobriand-Inseln. Dort wurde er dann von der britischen Kolonialmacht als Kriegsgegner in einem Gebiet der Trobriand-Inseln unter Gewahrsam genommen, wo Malinowski praktischerweise sowieso vorhatte, seine Forschungen zu betreiben. Er blieb dreieinhalb Jahre bei seinem zugewiesenen Lager und wurde somit durch seinen langen Forschungsaufenthalt zum „Vater der Feldforschung“.

Feldforschung war für Malinowski „teilnehmende Beobachtung“. Durch diese Methode kann die Welt aus der Perspektive der zu untersuchenden Menschen kennengelernt und verstanden werden. Indem Anthropologen für einen längeren Zeitraum mit der zu untersuchenden Gruppe zusammenleben, ermöglicht diese traditionelle Methode der teilnehmenden Beobachtung, sich in die Perspektive der Menschen hineinzuversetzen ohne die eigene Perspektive als Wissenschaftler außer Acht zu lassen.

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass Malinowski außerdem der Begründer des „Funktionalismus“ ist. Vor allem der schon im 3. Kapitel vorgestellte funktionalistische Soziologe Talcott Parsons (1951, 1964) wurde von Malinowskis (1944:103) funktionalistischer Auffassung von Kultur als „ein Mittel zum Zweck, das heißt instrumentell oder funktional“ nachhaltig beeinflusst.

Die ethnographische Methode eignet sich auch zur Untersuchung von medizinischen Behandlungen in der Arzt-Patienten-Beziehung. Dabei zielt die teilnehmende Beobachtung darauf ab, in medizinischen Behandlungen beizusitzen und das gesamte Heilritual zu beobachten. Besonderes Forschungsinteresse besteht dabei an den verwendeten Heiltechniken und den Reaktionen der Patienten.

Ein Beispiel für eine ethnographische Untersuchung über die Arzt-Patienten-Beziehung (des *folk sectors*) ist Kleinmans (1980:210-258) Studie über die *tâng-ki* („divining youth“; Schamane), die Schamanen in Taiwan, welche er in seinem Buch „Patients and Healers in the Context of Culture“ beschrieben hat.

Mithilfe ethnographischer Ergebnisse ist es möglich, unterschiedliche Kulturen und Gesellschaften miteinander zu vergleichen. Sind die Hauptmerkmale und wichtigsten Strukturen einer Gesellschaft durch die Ethnographie einmal herausgearbeitet, eignen sie sich für eine interkulturelle Gegenüberstellung. Dadurch können kulturelle Besonder- und Eigenheiten, aber auch Rückschlüsse über die universale Natur des Menschen und des menschlichen Zusammenlebens geschlossen werden.

6.1.2. Qualitative, quantitative und neue Methoden

Ethnographie bedeutet nicht nur teilnehmende Beobachtung, sondern auch die methodische Verwendung von **Interviews, historischen Analysen, Fokusgruppen und anderen qualitativen Methoden** (vgl. Kleinman & Seeman 2000:236).

Die Frage nach dem „**Warum**“ steht bei qualitativen Forschungen immer im Vordergrund. Zum Beispiel kann eine Forschungsfrage lauten „*Warum* ziehen manche Menschen alternative Heilmethoden gegenüber anderen Heilmethoden vor?“ oder „*Warum* werden Merkmale in einigen Kulturen als „krank“ und in anderen Kulturen als „gesund“ und wiederum in anderen Kulturen als „normal“ angesehen?“

Für diese Arbeit wäre eine qualitative Studie aufschlussreich, welche die Frage untersucht: „*Warum* wird die Arzt-Patienten-Beziehung in der westlichen Medizin unbefriedigend erlebt?“

Fragen über die soziokulturelle Dimension von Gesundheit und Krankheit können vor allem durch qualitative, aber auch durch quantitative Methoden untersucht werden (vgl. Helman 2007:16-17). Grundsätzlich geht es mehr um die Bedeutung, als um die Messung.

Zusätzlich zu den qualitativen Methoden der Ethnographie werden manchmal auch **quantitative Methoden** aus den Sozialwissenschaften angewendet. **Statistiken** geben oft Aufschlüsse und Anregungen für Untersuchungen der Medical Anthropology. Bei quantitativen Verfahren steht die Frage nach dem „**Was**“ im Vordergrund: „Was ist in einer bestimmten Situation passiert?“ (vgl. ebd. 456-458).

Zu den **neueren qualitativen Methoden** der Medical Anthropology, die wesentlich einfacher und schneller durchzuführen sind, als das traditionelle teilnehmende Beobachten nach Malinowski, zählt Helman (ebd. 458-466) unter anderem: Fragebögen mit offenen Fragen, Rapid Assessment Procedures (RAP), Forschungen an Fokusgruppen, Freie Aufzählung, Familieninterviews, Untersuchungen über geschriebenes und visuelles Material, Analysen über Videobänder, Tonbänder und Photographien, Genealogien, Kartierung und Modellierung sowie Ethnographie über eine medizinische Institution.

6.2. Methoden zur klinischen Anwendung in der Arzt-Patienten-Beziehung

Die in der Medical Anthropology entwickelten Analysekonzepte sind nicht nur für ethnomedizinische Studien brauchbar, sondern haben auch einen direkten praktischen Nutzen für das westliche Medizinsystem: Vor allem die folgenden zwei Untersuchungsmodelle aus der Medical Anthropology können im klinischen Alltag ebenfalls von Ärzten angewendet werden, um die medizinische Behandlung in der Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern.

6.2.1. Explanatory Models

Kleinman (1980, 1988, 2000) schlägt vor, dass von ihm entwickelte Modell der Erklärungsmodelle nicht nur zum Analysieren von soziokulturellen Konstruktionen von Krankheiten zu verwenden, sondern auch Ärzten in der medizinischen Praxis an die Hand zu geben.

Dieser „**‘explanatory model’** approach [...] provides a structure for rapid and highly focused ethnographic investigation, and has been of interest to both social science researchers and clinicians for this reason“ (Kleinman & Seeman 2000:236).

Wie schon im Kapitel 5.2. über die Explanatory Models erläutert wurde, handelt es sich bei den EMs um ein Modell zur persönlichen Erklärung über Krankheitsempfinden, Krankheitsdiagnose und Krankheitsbehandlung.

„These informal descriptions of what an illness is about have enormous clinical significance: to ignore them may be fatal. They respond to such questions as: What is the nature of this problem? Why has it affected me? Why now? What course will it follow? How does it affect my body? What treatment do I desire? What do I most fear about this illness and its treatment?“ (Kleinman 1988:120).

Da Ärzte, Patienten und Familien unterschiedliche Erklärungsmodelle verwenden, kommt es oft zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen in der Arzt-Patienten-Beziehung: Die *clinical reality* wird von jedem Menschen unterschiedlich gesehen.

Um das EM eines Patienten hervorzulocken und zu erfahren, können Ärzte zunächst einleitend fragen: „What do you think is wrong? What caused it? What do you want me to do?“ (vgl. ebd. 1988:239).

Damit Ärzte ein vollständiges Bild der EMs ihrer Patienten erhalten, empfehlen Kleinman & Seeman (2000:237) ihnen, dass sie sich im weiteren Gesprächsverlauf an diese grundlegenden Fragen halten:

1. What is the problem? Is it an illness? If so, what kind of illness?
2. How does it effect the body-self?
3. What can be expected to happen next?
4. What will be the long-term outcome? Will it get better or worse?
5. What is most to be feared about this condition?
6. What treatment is most appropriate?
7. What is most to be feared about the treatment?

Auf diese Weise können Ärzte in relativ kurzer Zeit das EM ihres Patienten erfahren und in den weiteren Verlauf der medizinischen Behandlung integrieren. Dem Patienten wird dadurch im Gespräch vermittelt, dass der Arzt seine Sichtweise verstanden und angenommen hat, was sich positiv auf sein Befinden auswirkt.

Die gesamte medizinische Behandlung scheint durch die Beachtung der EMs zu profitieren:

„The doctor who understands his patient’s explanatory model may be better able to negotiate a shared understanding with that patient as to the requirements and possibilities for treatment. He may also be in a better position to empathize with that patient, and to bridge incommensurate understandings“ (Kleinman & Seeman 2000:237).

Die Anwendung von EMs ist ein erster praktischer Schritt, um die einseitige physiologische Sichtweise über Krankheit (*disease*) mit persönlichem Krankheitserleben (*illness*) zu erweitern.

Indem Ärzte sich die Erklärungsmodelle ihrer Patienten und auch ihre eigenen bewusst machen, können Missverständnisse vermieden und Konflikte in der Arzt-Patienten-Beziehung weitestgehend umgangen werden.

Um diese positiven Resultate einer klinischen Verwendung der EMs zu belegen, sollten sich weitere Studien über EMs nicht mit dem Aufzeigen der unterschiedlichen EMs von Ärzten und Patienten befassen (Helman 1985, Lazarus 1988), sondern vor allem folgende Fragen untersuchen:

Führt das ärztliche Interesse an den EMs seiner Patienten zu einer vollständigeren Diagnose und Behandlung (die nicht nur *disease*, sondern auch *illness* miteinschließt)? Erleben Patienten größere Zufriedenheit, wenn ihre persönliche Sichtweise vom Arzt beachtet wird? Trägt dies zu einem größeren Heilungserfolg bei?

Allerdings müssen Studien über die klinische Verwendung von EMs auch untersuchen, inwieweit der Arzt die EMs seiner Patienten immer richtig entschlüsseln kann und ob hier eventuell ein spezielles Ausbildungstraining notwendig wäre.

6.2.2. Illness Narratives

Eine anderes Analysemodell aus der Medical Anthropology, welches direkt zur Verbesserung der medizinischen Praxis angewendet werden kann, ist die Beachtung der **illness narrative** (Krankheitsgeschichte) des Patienten.

„The illness narrative is a story the patient tells, and significant others retell, to give coherence to the distinctive events and long-term course of suffering. The plot lines, core metaphors, and rhetorical devices that structure the illness narrative are drawn from cul-

tural and personal models for arranging experiences in meaningful ways and for effectively communicating those meanings“ (Kleinman 1988:49).

Im Vergleich zum strukturierten Fragekatalog der EMs, wird die *illness narrative* eher durch offene und wechselnde Fragen ausfindig gemacht: „illness narratives require a less structured form of interview technique. The hopes, fears, personal history, and cultural tradition of the ill person are all brought to bear“ (Kleinman & Seeman 2000:237).

Um eine Krankengeschichte vollständig verstehen zu können, sollten Mediziner gute Kommunikationskenntnisse haben, so dass sie beeinflussende Erzählkomponenten, wie Stimmlagen oder rhetorische Strategien richtig deuten können.

Auch mit diesem Analysemodell der Medical Anthropology kann vor allem das Gespräch zwischen Arzt und Patient verbessert werden.

„It can also improve the quality of care by allowing cultural and biographical realities to be taken into account in determining treatment strategies. Perhaps most importantly, this strategy can help us to avoid dehumanization – of clinician, researcher, or patient – that comes from treating those who suffer as if they have nothing to say of any relevance to their own lived context“ (ebd. 239).

Durch das Anhören einer Krankengeschichte werden Eigenschaften wie Verstehen, Anerkennen, Aufnehmen, Interpretieren und Ergriffenheit beim Arzt geweckt. Dies scheinen genau die Eigenschaften zu sein, die aktuell in der westlichen Medizinbehandlung selten zu finden sind.

Gerade in der heutigen Zeit mit der Zunahme chronisch Kranker (Kleinman 1988, Dörner 2001), ist es mehr und mehr von Ärzten gefordert, dass sie sich empathisch gegenüber ihren Patienten verhalten: Aufgeschlossenheit, Geduld, Gefühle und aktives Zuhören sollten selbstverständliche Handlungsweisen eines praktizierenden Arztes sein.

6.3. Methodische Vorgehensweise für diese Arbeit

Hier soll es darum gehen, das westliche sowie das tibetische Medizinsystem ethnomedizinisch zu untersuchen – die medizinische Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung soll dabei im Vordergrund stehen.

Kleinmans (1980) ethnomedizinischen Konzepte zur Untersuchung der *Arzt-Patienten-Beziehung* des *professionellen Sektors des westlichen und des tibetischen health care systems* werden soweit wie möglich befolgt:

1) Zunächst werde ich beide *health care systems* entstehungsgeschichtlich untersuchen, wodurch der Aspekt der sozialen Konstruktivität bestätigt werden soll. Es soll deutlich werden, wie sich kulturelle und soziale Ansichten zu den heutigen, selbstverständlich erscheinenden Praktiken der beiden Medizinsysteme fest etabliert haben. Denn ein kulturelles Medizinsystem und seine Arzt-Patienten-Beziehung kann man nur verstehen, wenn man die Entstehungsgeschichte kennt und berücksichtigt. Dies wäre auch im Sinne Kleinmans, wenn er davon redet, dass vor der Untersuchung der *inneren Strukturen* erst die *äußeren Strukturen* der *health care systems* erforscht werden sollen.

Danach sollte die von Menschen konstruierte *social reality* besser nachzuvollziehen sein, von der die *clinical reality* ein konstruierter Bestandteil ist.

2) Dann wird erläutert, aus welchen zentralen medizinischen Konzepten sowie Leit- und Grundsätzen die *clinical reality* theoretisch besteht. Diese Untersuchung gliedert sich in medizinische Inhalte wie Philosophie und Körperbild, Pathogenese, Diagnostik sowie Krankheitsbehandlung in der Arzt-Patienten-Beziehung. Anhand dieser Themen der *clinical reality* können die westliche und die tibetische Medizin direkt gegenübergestellt und miteinander verglichen werden.

3) Um dann die *Innenstrukturen* des westlichen und des tibetischen Medizinsystems darzustellen, werden Praxisbeispiele aus ethnomedizinischen Studien erläutert. Diese sollen einen Eindruck von der *symbolic reality*, welche zwischen der *social reality* und *clinical reality* vermittelt, geben.

Durch diese Fallbeispiele aus dem *professionellen Sektor* sollen die *core clinical functions*, wie die Unterscheidung von *illness und disease*, persönliche *Erklärungsmodelle* von Ärzten und Patienten, sowie die *Krankheitsbehandlung* nicht nur im Sinne von *curing the disease*, sondern auch im Sinne von *healing the illness* untersucht werden.

7. Ethnomedizinische Untersuchung der Westlichen Medizin

7.1. Die Arzt-Patienten-Beziehung in der westlichen Medizingeschichte (*social reality*)

Asklepios-Krankenhaus, Johanniter-Unfall-Hilfe, Paracelsus-Klinik, Galenpharma, Betagalensalbe, Hydrogalensalbe, Caritas-Stiftung, Hippokrates-Verlag etc. sind

gängige Namen, denen wir heutzutage in der westlichen, alltäglichen Medizinkultur begegnen.

Wie die folgende historische Betrachtung zeigen wird, gehen diese Namen auf einflussreiche Personen und Institutionen bis weit in die Antike zurück.

Diese wegweisenden Persönlichkeiten sowie wichtige Ereignisse werden nun im Kontext der Medizingeschichte vorgestellt – dabei wird der Arzt-Patienten-Beziehung besondere Aufmerksamkeit zugeteilt.

Folgende Aspekte dienen als Leitsätze:

1. Es soll aufgezeigt werden, welchen historischen Veränderungen die Medizin und somit auch die Arzt-Patienten-Beziehung ständig unterlagen. Somit soll deutlich werden, wie hochgradig sozial konstruiert diese ist.
2. Der geschichtliche Blick soll zeigen, wie sich die westliche Medizin zu der heutigen Form entwickelt hat. Welche Konzepte, Ansichten und Vorstellungen prägen die westliche Biomedizin?
3. Zudem soll veranschaulicht werden, wie eng Medizin und Kultur zusammenhängen. Themen über Gesundheit und Krankheit waren und sind für das gesellschaftliche und kulturelle Zusammenleben enorm wichtig. Sie dienen als Erklärungen und Sinngebungen.

7.1.1. Antike (1200 v. Chr. – 600 n. Chr.)

In der griechischen Antike, wo der Ursprung der westlichen Medizin zu finden ist, waren Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit eng mit dem Glauben an die Götter verbunden.

Homers³ Schriften besagen, dass Krankheit als Strafe und Gesundheit als ein Geschenk Gottes angesehen wurden. Leid und Unglück sind durch die Götter erklärt und gerechtfertigt worden, von denen vor allem **Asklepios** als Gott der Heilkunst verehrt wurde.

„Der Arzt galt weniger dank seiner Kunst, sondern infolge eines göttlichen Ratschlusses als erfolgreich. Konsequenterweise erforderte es sein Ethos, Gottheiten wie Hygieia und Panakeia, aber auch Apollon und seinen Sohn Asklepios (dessen Aufstieg im 6. Jahrhundert auf Kos begann) als Heilgötter zu verehren und ihnen im Falle eines Heilerfolgs zu danken“ (Bergdolt 2004:25).

Der wohl berühmteste Arzt der Antike war **Hippokrates** (460 – 370 v. Chr.), der auf der Insel Kos praktizierte und lehrte. Er sah Krankheit als das Produkt natürlicher

³ Es wird angenommen, dass der blinde Dichter und Geschichtsschreiber Homer gegen Ende des 8. Jahrhunderts v. Chr. lebte. Er gilt als Schöpfer der ältesten Werke der abendländischen Literatur; der „Ilias“ und der „Odyssee“.

Kräfte, wozu zum Beispiel Veränderungen im Wetter oder in der Ernährung gehörten. Somit distanzierte er sich von übernatürlichen Erklärungsmodellen seiner Zeit, die Krankheit und andere Vorkommnisse durch den Zorn der Dämonen oder durch launische Götter erklärten: „Krankheit wurde nicht mehr als übernatürliche Erscheinung angesehen; sie wurde von einem rationalen, naturalistischen und wissenschaftlichen Standpunkt aus betrachtet“ (Ackerknecht 1989:35).

Schon die Griechen trennten also Religion und Medizin!

Hippokrates lehrte ebenfalls, dass Gesundheit der Ausdruck einer harmonischen Balance zwischen den inneren und äußeren Kräften ist. Diese Humoraltheorie hat ihren Ursprung im alten Indien und im alten China, wurde jedoch von Hippokrates erstmals ausgearbeitet. Sein medizinisches Konzept hatte als zentralen Bestandteil eine Umweltmedizin, welche besagte, dass die menschliche Gesundheit ständig von Geographie, Klima, Jahreszeit, Wetter und Ernährung beeinflusst wird.

Doch auch Torheit kennzeichnete die hippokratische Medizin: Aufgrund von Unwissenheit über den menschlichen Körper befürworteten hippokratische Ärzte beispielsweise Wundbehandlungen mit dicken Pflastern aus fettiger Wolle, was dem Patienten wahrscheinlich eher schadete als half. Auch die Ernährungsvorstellungen der Hippokratiker waren fraglich. Sie hatten an fast jedem Gemüse oder Obst etwas auszusetzen und verschrieben oft Diäten, die nur aus Fleisch und Getreide bestanden. Auf Hippokrates geht der „**Hippokratische Eid**“ zurück⁴, auf den bis heute angehende Ärzte mit „Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, sie zu Zeugen rufend, dass ich diesen Eid und Vertrag nach meinem Vermögen und Urteil erfüllen werde...“ (zit. nach Bergdolt 2004:50) schwören. In diesem weltbekannten Eid steht geschrieben, dass Ärzte sich vor allem an den Grundsatz „Schade nicht“ halten sollen. Außerdem wird darin empfohlen, dass Ärzte ihr medizinisches Wissen geheim halten und es nur an Arztsöhne und an andere für diesen komplexen Beruf geeignete Personen weitergeben sollen. Bis heute wird also die Vorstellung aufrecht erhalten, dass Krankheit und Gesundheit so komplizierte Angelegenheiten sind, dass nur Ärzte sie verstehen können.

⁴ Ob der Arzt Hippokrates wirklich der Verfasser aller Schriften im „Corpus Hippocraticum“, worin auch der „Eid des Hippokrates“ enthalten ist, wird von einigen Historikern angezweifelt (vgl. Bergdolt 2004:48-49). Es ist zudem bemerkenswert, dass der „Eid des Hippokrates“ in keinem historischen Dokument der Antike rezipiert wird – auch nicht bei den einflussreichen Schriften Galens. Erst seit dem 16. Jahrhundert wurde die Schrift über den Hippokratischen Eid „wiederentdeckt“ und westliche Mediziner begannen den Eid des Hippokrates zu schwören (vgl. Bergdolt 2004:49).

Den Hippokratikern sollte dennoch anerkannt werden, dass ihre Diagnosen auf der Basis sorgfältiger Befragung und Beobachtung der Patienten zu Stande kamen. „Hippokrates beobachtete die kranken Menschen, nicht die Krankheiten“ (Ackerknecht 1992:86). Die Anhänger Hippokrates waren somit die Pioniere der Anamnese: Sie zeigten, dass mithilfe eines rückwärtsgerichteten Blickes die sozialen Lebensumstände des Patienten genauso ins Zentrum der medizinischen Behandlung geholt werden sollten wie die körperlichen Krankheitssymptome.

In der griechischen Medizin half der „Arzt als Steuermann“ den Menschen den „stets gefährdeten und zerbrechlichen Weg des Lebens zu gehen; totale Gesundheit ist un erreichbar, totale Krankheit ist der Tod“ (von Engelhardt 2001:35).

In der Antike waren die Naturwissenschaften, wozu auch die Heilkunde gehörte, den philosophischen Fächern untergeordnet und standen dort unter kritischer Betrachtung.

Platon (427 – 347 v. Chr.), berühmtester Schüler von Sokrates (469 – 399 v. Chr.), „ermahnte die Mediziner, stets dem Ganzen, d. h. auch der Seele Aufmerksamkeit zu schenken“ (Bergdolt 2004:26). Nach Platon sollte ein guter Arzt nicht nur möglichst viele Kranke behandelt, sondern auch selbst an allen Krankheiten gelitten haben (vgl. ebd. 27).

Auch Platons langjähriger Schüler **Aristoteles** (384 – 322 v. Chr.) beschäftigte sich intensiv mit medizinischen Themen. Der wohl bedeutendste Wissenschaftler des Abendlandes stammte selbst aus einer Medizinerfamilie. Sein Vater war als Leibarzt des makedonischen Königs Amyntas tätig. Aristoteles sollte ursprünglich in die Fußstapfen seines Vaters treten und auch Arzt werden. So kam er zu Platons Akademie, wo er allerdings kein Arzt, sondern der einflussreichste abendländische Philosoph werden sollte.

Trotz ethischen und idealistischen Ansichten war die medizinische Behandlung in der griechischen Antike nicht für alle Gesellschaftsmitglieder gleich. Platon und Aristoteles beschreiben Arzttypen (vgl. von Engelhardt 2001:35), wozu auch der Arzt für „Freie“ sowie der Arzt für „Sklaven“ gehörten. Die Klassengesellschaft der Polis spiegelte sich auch in der medizinischen Behandlung wieder, die den Sklaven nur in deutlich schlechterer Qualität zuteil wurde (vgl. Bergdolt 2004:30).

Die römischen Lehren von Claudius **Galen** (129 – 199 n. Chr.) aus Pergamon stehen in der hippokratischen Tradition. Galen wurde 163 n. Chr. nach Rom an den Hof

Mark Aurels berufen und wirkte dort als Leibarzt dessen Sohnes. Die von ihm begründete galenische Medizin besteht im Kern aus der Humoralpathologie, die auf der Säftelehre der hippokratischen Medizin beruht.

Nahrungsmitteln kommt in der Humoralpathologie eine zentrale Bedeutung zu, es wird gesagt, dass sie entweder dem Körper nutzen oder ihn erkranken lassen. Durch die „Verarbeitung“ von Nahrungsmitteln im Körper kommt es zur Entstehung der vier Körpersäfte: Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle. Diese Körpersäfte können durch die Kategorien Wärme (bzw. Hitze), Kälte, Feuchtigkeit (bzw. Dampf) und Trockenheit beschrieben werden. So kommt es dazu, dass Humoralpathologen Blut als feucht und heiß, Schleim als feucht und kalt, gelbe Galle als trocken und heiß sowie schwarze Galle als trocken und kalt einordnen.

Demnach ist ein Körper gesund, wenn die vier Körpersäfte mit ihren jeweiligen Eigenschaften ausgeglichen sind. Krankheit äußert sich durch ein Ungleichgewicht der Säfte und kann durch die Einnahme bestimmter Nahrungsmittel ausgeglichen werden. Laut Galens Humoralpathologie lassen sich Gesundheit und Krankheit weitgehend durch die Nahrungsmiteleinahme steuern, da diese spezifische humorale Qualitäten besitzen und somit regulierende Wirkung entfalten.

Die galenische Medizin wurde im arabischen Raum übernommen, dann „Yunani-Medizin“ genannt und mit anderen Heilmethoden weiterentwickelt.

Krankheit, Gesundheit und Heilung waren also auch schon zu antiken Zeiten ein wichtiges, alltägliches Thema. Wurden Krankheiten erst durch den Willen der Götter erklärt, dienten später Gründe wie Ernährung, Wetter oder soziales Umfeld als Erklärungsmodell.

Auch die christliche Religion basiert auf dem Leben eines Heilers: **Jesus**. „Körperliche Krankheiten heilte Jesus durch Wort und Persönlichkeit nach den Berichten der Evangelien. Er war der Arzt der Gelähmten, Aussätzigen, Besessenen, Gichtbrüchigen, Blinden und Stummen“ (Engelhardt 1999:113).

Jesus Taten waren von Barmherzigkeit und Nächstenliebe – im Lateinischen heißt es „**caritas**“ – geprägt. Die Lehren Jesu sind ein gutes Beispiel, um zu zeigen, wie fest Glaube und Heilung zusammenhängen. „Die Kranken vertrauen ihm, ihr Glaube an seine Macht ist groß: ‚Glaubt ihr, dass ich das tun kann? Da sprachen sie zu ihm: Ja, Herr‘ (Mt. 9, 28)“ (ebd. 114).

7.1.2. Mittelalter (500 n. Chr. – 1500 n. Chr.)

Im dunklen *Mittelalter* galt Krankheit als natürlicher Zustand des Christen. Krankheit, Leiden und Tod gehörten zum alltäglichen Leben. Zu den schlimmsten Krankheiten gehörten im Mittelalter das Antoniusfeuer (Vergiftung durch Mutterkorn), die Infektionskrankheiten Lepra (Hauterkrankung), Cholera (Gallenbrechdurchfall), Ruhr (Durchfallerkrankung) und Fleckfieber (durch Läuse übertragene Infektionskrankheit und daher auch „Läusefieber“ genannt) sowie die epidemische Krankheit Pest (1347 – 1351).

Vollständige Gesundheit wurde im religiös beeinflussten Zusammenleben als illusorisch und gefährlich angesehen. Auch die Arzt-Patienten-Beziehung war stark von religiösen Ansichten geprägt: „Hinter jedem Arzt steht für den gläubigen Menschen die Figur von Christus medicus wie hinter jedem Kranken das Bild der Passio Christi“ (von Engelhardt 2001:39).

529 gründete Benedikt von Nursia das erste westliche Kloster in Monte Cassino, Italien. „Die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung ging auf die Klöster über, deren Bibliotheken in der Regel über eine umfassende Fachliteratur verfügten“ (Bergdolt 2004:71). Hier übernahmen Mönchsärzte eine Vorbildfunktion für „moralisch korrektes Verhalten und praktizierte Nächstenliebe“ (ebd.).

Klösterliche Hospitäler, jene Vorläufer der Krankenhäuser und Kliniken der Moderne, entstanden.

Aus Hospizen entwickelte sich „ein organisiertes Spitalwesen, das durchaus Krankenhauscharakter besaß und in dem griechische Medizin, römische Organisationstradition und christliche Haltung eine bemerkenswerte Synthese eingingen“ (ebd. 74).

Ende 1100 wurden der **Johanniter**-Orden und die dazugehörigen Hospize entlang der Kreuzfahrerrouten gegründet. Viele arme, hilfeschuchende und alleinstehende Menschen wurden darin aufgenommen. Ebenfalls fanden dort Kranke und Pilger Zuflucht. Jedoch spielten Ärzte in diesen Hospizen im Vergleich zu den Johannitern eine eher untergeordnete Rolle (vgl. ebd. 75).

Die damalige medizinische Behandlung hatte zum Ziel, die physische Gesundheit des Menschen zu heilen, so dass der Patient dann die Kraft haben sollte, sich um seine seelische Gesundheit zu kümmern. Christliche Nächstenliebe und die Einhaltung religiöser Vorschriften sollten dem Menschen im Mittelalter zu einem positiven Seelenleben verhelfen. Daher wurden beispielsweise melancholische Menschen verdächtigt, mangelnde Nächstenliebe auszuüben (vgl. ebd. 76).

Die Epoche des Mittelalters war „im Verständnis von Gesundheit und Krankheit, im Verständnis der Therapie, im Verständnis auch der Arzt-Patienten-Beziehung von großer Einheitlichkeit gekennzeichnet“ (von Engelhardt 2001:38).

Der Umgang mit dem Tod war Bestandteil des alltäglichen mittelalterlichen Lebens, so dass Themen über den Tod nicht tabuisiert oder verdrängt wurden: „[...] er ist Teil des Lebens, das Jenseits ist tröstende Zukunft“ (ebd. 41). Die Allgegenwärtigkeit des Todes hat sich nicht nur in Totentanzbildern des Späten Mittelalters (vgl. ebd. 40-41), sondern auch in der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten wieder gespiegelt:

„Die Arzt-Patienten-Beziehung ist auch eine Beziehung des Arztes zum Tod, zu seinem eigenen Tod, zu den Grenzen seiner Profession. Wie kann der Arzt mit seinem Sterbenden gelassen und hilfreich sprechen, wenn er den Tod mit seiner Auffassung von der Medizin nicht vereinbaren, wenn er sein eigenes Ende nicht annehmen kann“ (ebd. 39-41).

Im 11. und 12. Jahrhundert wurden vor allem in Italien die ersten Universitäten und Ärzteschulen gegründet, in denen die Medizin auf ein akademisches Niveau gehoben wurde (vgl. Bergdolt 2004:78). Mit der Etablierung medizinischer Fakultäten an den mittelalterlichen Universitäten entwickelte sich die Medizin zu einem Expertenwissen, zu dem der Patient keinen Zugang besaß. Die Anrede „Doktor“ prägte sich bis zum 15. Jahrhundert ein, um den durch Hochschulbildung ausgebildeten Mediziner vom ungelerten Heilkundigen zu unterscheiden. Hier hat die bis heute erhaltene umgangssprachliche Bezeichnung für den Arzt ihren Ursprung.

Durch den Rückgang des religiösen Einflusses kamen die medizinischen Vorstellungen der Antike wieder deutlicher zum Vorschein. Durch die Einführung der ärztlichen Approbation und des Staatsexamens verloren Kräuterheiler und Magier an Ansehen. Trotzdem waren magische und naturheilkundliche Praktiken immer noch weit verbreitet.

7.1.3. Renaissance (1400 – 1600)

Ein bekannter Kritiker der medizinischen Universitätsbildung war **Paracelsus** (Theophrastus Bombastus von Hohenheim) (1493 – 1541), der angesehene Arzt aus der Renaissance, der *Übergangszeit vom Mittelalter in die Neuzeit*. Der Begründer der modernen Heilkunde sah in der methodischen Einseitigkeit des Medizinstudiums den „moralischen Niedergang der Ärzteschaft“ (vgl. ebd. 141).

Zudem kritisierte Paracelsus die politische und wissenschaftliche Unterwürfigkeit der ökonomisch interessierten Mediziner seiner Zeit.

„Das Handeln eines guten Arztes orientiert sich nach Paracelsus am ganzen Menschen, dessen ‚Lebenswelt‘ in den Therapieplan mit einzubeziehen ist. Um Wahrheit, Gesundheit und Krankheit zu ergründen, hat er sich auf die Philosophie zu stützen, den ‚ersten Grund der Arznei‘“ (Bergdolt 2004:138).

Paracelsus widersprach der allgemeingültigen Medizin, akzeptierte allenfalls die Lehren des Hippokrates und vertraute auf die Heilkraft der Natur. Mensch und Natur sollten in Einklang miteinander leben – der Mensch solle die Natur nicht beherrschen, sondern partnerschaftlich darin leben.

Paracelsus führte mit den grundlegenden Richtlinien der iatro-chemischen Schule die Entwicklung der europäischen Alchemie an. In seiner Krankheitstheorie beschreibt Paracelsus den Menschen als ein chemisches Lager. Chemische Veränderungen führen zu einem Ungleichgewicht und sind somit als Ursache für Fehlfunktion und Pathologie beim Individuum anzusehen. Er setzte chemische Präparate zur Behandlung ein und begründete damit die chemische Heilkunde.

Paracelsus sprach darüber, wie wichtig menschliche Liebe in der medizinischen Behandlung ist: „Ohne Liebe soll eine wahre Arzt-Patienten-Beziehung nicht möglich sein, der Arzt soll dem Patienten nahezu ‚ehelich‘ zugetan sein; wo keine Liebe zum Kranken ist, da ist nach Paracelsus auch keine medizinische Kunst“ (von Engelhardt 2001:42).

Für Paracelsus existierte eine Einheit zwischen körperlichen und geistigen Prozessen; der Cartesianische Dualismus bestand noch nicht, wurde jedoch schon bald eingeführt.

Die Aufbruch- und Entdeckerstimmung der Renaissance hatten Einfluss auf die Entwicklung medizinischer Technik, so dass die Frage nach der Kombination von wissenschaftlichem Fortschritt mit der Kosmologie und Anthropologie aus der Antike die Zeit der „Wiedergeburt“ bewegte: „Können Kosmologie und Anthropologie der Antike sowie Transzendenz des Mittelalters nicht mit der modernen Technik und modernen Naturwissenschaft verbunden und für den Umgang des Arztes mit dem Patienten fruchtbar gemacht werden?“ (ebd. 42).

7.1.4. Frühe Neuzeit (1600 – 1750)

Trotz der Wiederbelebung antiker Ideale in der Renaissance kam es danach zu anthropologischen Verlusten in der Medizin, unter anderem vorangetrieben durch wissenschaftliche Theorien und Techniken.

Um 1600 wurde das Mikroskop erfunden⁵, welches „die Betrachtung von Dingen ermöglichte, die dem bloßen Auge nicht sichtbar waren. Die passive Beobachtung des vorhergehenden Jahrhunderts wurde durch aktives Experimentieren ergänzt“ (Ackerknecht 1992:78).

William Harvey (1578 – 1657) entdeckte den Blutkreislauf. Seine Ergebnisse veröffentlichte er 1628 in Frankfurt⁶ „nicht als reine Theorie formuliert, sondern Harvey bewies ihn mit morphologischen, mathematischen und experimentellen Argumenten“ (Ackerknecht 1992:79). Er war als Aristoteliker an Kreislaufprozessen interessiert, jedoch war sein Menschenbild eher mechanisch ausgeprägt.

Mechanistische Vorstellungen vom menschlichen Körper und die Entwicklung technischer Instrumente führten vor allem dazu, dass die Gesundheit des Menschen zunehmend gemessen wurde.

René Descartes (Renatus Cartesius) (1596 – 1650) zweifelte an allem außer am Zweifel selbst: „Cogito, ergo sum – Ich denke, also bin ich.“ Als Rationalist – in der Tradition von Sokrates und Platon – vollzog er mit seiner Philosophie des *Cartesianismus* die *Trennung von Körper und Geist*. Durch diesen Dualismus „gab er den Weg für wissenschaftliche Forschung und technische Manipulation frei“ (Engelhardt 1999:24). Obwohl seine Hauptwerke „Discours de la méthode“ (1637), „Meditationes de prima philosophia“ (1641) und „Principia philosophiae“ (1644) nicht nur an die medizinische Wissenschaft gerichtet war, fanden sie gerade dort großen Zuspruch – somit war „der Weg in eine ‚seelenlose‘ Medizin gewiesen“ (Bergdolt 2004:163).

Descartes Ansichten sind verantwortlich für das heutige Dilemma – welches vor allem in der medizinischen Versorgung spürbar wird: „Der Techniker will nichts vom Seelischen wissen, dem Geisteswissenschaftler sind Natur und die Methoden ihrer Erforschung fremd. Ein tiefer Graben klafft zwischen Natur und Geist, die jedoch im Leben miteinander verschränkt sind“ (Engelhardt 1999:45).

In der Mitte des 18. Jahrhunderts wurden die ersten modernen Krankenhäuser in Europa eröffnet. Eines davon war das 1784 eröffnete „Allgemeine Krankenhaus“ in Wien. Dieses mit 2000 Betten ausgestattete Krankenhaus ist auch heute noch für den medizinischen Massenbetrieb aktiv (vgl. Ackerknecht 1992:91-92).

⁵ Der Erfinder des Mikroskops lässt sich nicht mehr eindeutig feststellen. Wahrscheinlich geht es auf die Brillenschleifer Hans Janssen, seinen Sohn Zacharias Janssen oder Hans Lippershey aus Mittelburg, Holland, zurück. Für wissenschaftliche Zwecke wurde das Mikroskop erstmals von dem niederländischen Wissenschaftler Anton van Leeuwenhoek (1632 – 1723) verwendet (vgl. Ackerknecht 1992:83).

⁶ Die These vom Kreislauf des Blutes war für die damalige Zeit so heikel, dass Harvey nicht wagte, seine Erkenntnisse in England zu veröffentlichen.

7.1.5. Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert (1790 – 1850)

Noch bis ins 19. Jahrhundert waren Mediziner genau wie Theologen und Juristen als Vertreter der oberen Fakultäten schwarz gekleidet (vgl. von Engelhardt 2001:34). Interessant ist zudem, dass die Arzt-Patienten-Beziehung vom 18. bis zum 19. Jahrhundert von einem anderen Abhängigkeitsverhältnis gekennzeichnet war, als wir es heutzutage kennen: „Nicht der Arzt, sondern der Patient spielte den dominierenden Part in dieser Beziehung“ (Huerkamp 1989:57).

Hier hat jedoch ein grundlegender Wandel stattgefunden: „Lag im frühen 19. Jahrhundert die Macht beim Patienten, ist es im 20. Jahrhundert genau umgekehrt“ (ebd.). Claudia Huerkamps (1989) Artikel „Ärzte und Patienten – zum strukturellen Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert“ zeigt die Gründe dieses Wandels anschaulich auf:

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war die Ärzteschaft eine **unorganisierte und nicht einheitliche Berufsgruppe**. Da der Tätigkeitsbereich von Ärzten zu dieser Zeit durch die traditionelle Rolle der Frau und Familie abgedeckt wurde, hatten Ärzte es schwer, sich bei dem Durchschnittsbürger als behandelnder Mediziner zu etablieren. Somit boten sie

„ihre Dienste vornehmlich dem Adel und dem begüterten städtischen Bürgertum an. Die Folge davon war, dass der Arzt im sozialen Status typischerweise unterhalb eines großen Teils seiner Klientel stand und sich weitgehend nach den Wünschen und Launen seiner ebenso selbstbewussten wie anspruchsvollen Patienten richten musste“ (ebd. 58).

Das Dasein als gelehrter Arzt hatte also nicht viel Ähnlichkeit mit dem heutigen prestigereichen Leben eines Arztes und war weitestgehend von sozialer Inferiorität, ökonomischer Abhängigkeit und auch noch fehlender Autorität gekennzeichnet:

Die **fehlende Autorität** der Ärzte zeigte sich durch „die ständige Gefahr, von nicht-professionellen Heilern ausgestochen zu werden“ sowie am „konkreten Verhalten des Patienten und seiner Angehörigen dem Arzt gegenüber“ (ebd. 59). Oft versammelte sich die ganze Familie am Krankenbett und kommentierte die Behandlungsweise des Arztes, welchem „gar nichts anderes übrig blieb, als in therapeutischer Hinsicht Zugeständnisse zu machen“ (ebd.). Möglicherweise war dies einer der Gründe dafür, warum strikte Besuchszeiten im Krankenhaus eingeführt wurden?

Durch **wissenschaftliche Publikationen** versuchten Ärzte, die Einflussnahme von „Laien aus der Unterschicht“ zurückzudrängen. Dem Laien sollte durch die Texte vermittelt werden, wie komplex medizinische Themen und daher nur für Ärzte mit einem abgeschlossenen Studium geeignet sind.

In Privat-Praxen traten die Durchschnittsbürger den Ärzten jedoch weiterhin mit Skepsis und Misstrauen entgegen und hielten ärztliche Anordnungen nicht ein. Dies sollte sich im Krankenhaus ändern: „Rigide Hospitalordnungen unterstellten die Patienten umfassender ärztlicher Kontrolle“ (Huerkamp 1989:61).

Anfang des 19. Jahrhunderts begannen vorerst nur Teile des gebildeten Bürgertums den Arzt als „einen Experten zu akzeptieren“ (ebd. 62). Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen stieg dann vor allem aufgrund **politischer Maßnahmen** in allen Bevölkerungsschichten weiter an: Krankenhausausbau, Einführung von Impfungen (Pockenschutzimpfung) sowie die vom preußischen Staat geförderten Krankenkassen (1845) und Krankenversicherungsgesetze trugen zu einer größeren Nachfrage nach ärztlichen Leistungen bei.

Auch der **medizinische Fortschritt und die verbesserte Diagnostik**, vorangetrieben „durch die Entwicklung spezieller Untersuchungsinstrumente und –techniken (Stethoskop⁷, [Perkussion⁸,] Augenspiegel, Ohrenspiegel, Magensonde, Uterussonde, Blutuntersuchung, Bestimmung des Eiweiß- und Zuckergehalts im Urin)“ (ebd. 64), sollten die Überlegenheit der gelehrten Ärzte weiter unterstützen. Die Verbesserung von Operationstechniken, ermöglicht durch wirkungsvolle Narkoseverfahren und der Einführung antiseptischer Wundbehandlung, steigerten die Erfolge der medizinischen Behandlung (vgl. ebd.). Diese Entwicklung hob das Ansehen der Medizin und baute die Autorität der Ärzte weiter aus.

Durch die „Einbürgerung der **Sprechstundenpraxis** anstelle der Hausbesuchspraxis“ sowie der **Organisation in ärztlichen Vereinen**, gelang es der ärztlichen Profession gegen Ende des 19. Jahrhunderts, ihre Autorität weitestgehend zu etablieren. „Wohl nie in der Medizingeschichte war der europäische, vor allem deutsche Arzt, selbstbewusster als in der Ära zwischen 1850 und 1920“ (Bergdolt 2004:242).

So haben der allmähliche „Aufbau eines Autoritätsgefälles zwischen Arzt und Patient als auch die Etablierung einer ‚medizinischen Kultur‘“ (Huerkamp 1989:67-68) zu der heutigen Form des Arzt-Patienten-Verhältnisses beigetragen.

⁷ René Laënnec (1781 – 1826) entwickelte die Diagnosetechnik mit dem Stethoskop. Der Vorreiter des Stethoskops ist ein zusammengerolltes Stück Pappe: Laënnec versuchte, Herz und Lunge von Patienten mit zu einem Schalltrichter zusammengerollten Papier abzuhören. Auf diesen Erkenntnissen zum verbesserten Hörvermögen aufbauend wurde das Stethoskop erfunden – das heute bekannteste Merkmal eines westlichen Arztes.

⁸ Leopold von Auenbrugger (1722 – 1809) führte die Perkussion als diagnostische Methode ein. Für dieses Abklopfen von Körperhöhlen wurde er durch seinen Vater, der von Beruf Weinhändler war, inspiriert: Genau wie sein Vater Weinfässer abklopfte, um die darin enthaltene Weinmenge herauszufinden, übertrug er diesen Mechanismus auf den Körper von Patienten. So kam es, dass er als Arzt Körperhöhlen abklopfte, um den Zustand der Lunge, Brust und Bauchraum zu ergründen.

Huerkamp (1989:68) beschreibt, dass während der fortschreitenden Industrialisierung die Ausbreitung von Spezialärzten seit den 1880er Jahren vor allem in Städten rasant zunahm. „Die Reduzierung der konkreten Person des Patienten zum bloß behandlungswürdigen ‚Fall‘ wurde dadurch vorangetrieben.“ Im Gegensatz zum Hausarzt war der Spezialist nicht für die ganze Familie zuständig und kannte oft noch nicht mal die sozialen Umstände seines Patienten.

Durch die Bismarcksche Sozialgesetzgebung (1883), welche kostenlose stationäre Behandlung einleitete, nahm die Belegung von Klinikbetten weiter zu. Die Krankenhäuser wurden zum Mittelpunkt der „Krankenhausmedizin“.

7.1.6. Zeitalter der Moderne (ab 1900)

Um 1900 begannen auch Durchschnittsbürger den Arzt nicht nur bei Arbeitsunfähigkeit, sondern auch in anderen gesundheitlichen Fragen aufzusuchen. Somit wurde deutlich, „dass Zwang und Freiwilligkeit sich zu überlappen begannen, dass die versicherten Arbeiter den Arzt mehr und mehr als Anlaufstelle in allen Krankheitsfällen sahen und damit als Experten akzeptierten“ (ebd. 71).

Für die gelehrten Ärzte war es kein leichter Weg sich als autoritäre Berufsgruppe zu etablieren. Möglicherweise ist dies ein Grund dafür, dass sie heute ihre Autorität nicht einmal mehr in Frage stellen?

Der Fortschritt in Technik und Naturwissenschaft führte also einerseits zur Verbesserung von Lebensdauer und –qualität, drängte jedoch andererseits anthropologische Auffassungen in den Hintergrund. Somit gingen verbesserte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten einher mit Entmenschlichung und Anonymisierung, die sich vor allem in der Arzt-Patienten-Beziehung bemerkbar machten.

7.1.7. Gegenbewegungen zur Biomedizin (1850 – 1960)

Daher entstanden im 20. Jahrhundert viele Gegenbewegungen⁹ zur organbezogenen Biomedizin, mit der Schwerpunktsetzung, die Arzt-Patienten-Beziehung wieder in

⁹ Diese Gegenbewegungen setzten im Grunde genommen schon viel früher ein:

Auf den Arzt **Franz Mesmer** (1734 – 1815) geht der „tierische Magnetismus“ (1772) zurück: Er „magnetisierte“ Eisenstäbe und tat sie in einen Behälter mit Wasser und Glasscheiben. Berührten seine Patienten diese Eisenstäbe wurden sie gesund. Biologische Phänomene wurden nach einem elektrischen Verständnis interpretiert. Seine damals zweifelhafte Methode gilt heute als Wegbereiter der Hypnose.

Der Arzt **Samuel Hahnemann** (1755 – 1843) gründete als Gegensatz zur „allopathischen Biomedizin“ bereits 1796 die Homöopathie mit dem Grundsatz „Gleiches wird durch Gleiches geheilt“. Krankheiten werden mit sehr kleinen Dosen von Arzneien behandelt, die bei hoher Dosierung die Symptome der Krankheit erzeugen würden. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird in der homöopathischen Behandlung viel länger und ausführlicher gestaltet als in der biomedizinischen Behandlung.

den Mittelpunkt der medizinischen Behandlung zu rücken.

Rudolf (Joseph Lorenz) Steiner (1861 – 1925) gründete mit der *Anthroposophischen Medizin* eine komplementäre Medizin zur westlichen Schulmedizin.

Neben der Anwendung von Arzneimitteln natürlichen Ursprungs und der Stärkung der Selbstheilungskräfte des Patienten, hat die Arzt-Patienten-Beziehung in der Anthroposophischen Medizin einen besonderen Stellenwert:

„Die Anthroposophische Medizin ist nicht von einer persönlichen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient zu trennen. Die tiefe Beziehung zwischen Arzt und Patient ist ein Zeichen ihrer Qualität. Sie ist eine Begegnungs-Medizin. Der Anthroposophische Arzt setzt sich zum Ziel, dem kranken Menschen würdig zu begegnen, seinen Heilbedarf zu identifizieren und ein vollständiges Bild vom ihm zu bekommen. Die dafür notwendigen intensiven Gespräche setzen besondere Sozialkompetenzen voraus“ (www.damid.de/medizin/medizin/anthmedizin.pdf, Zugriff Juni 2008).

Der ursprünglich als neurologischer Arzt praktizierende **Sigmund Freud** (1856 – 1939) zeigte mit seiner *Psychoanalyse*, dass Krankheit nicht bloß durch biologische Ursachen entsteht. Sein Anliegen war es nicht, psychoanalytische Theorien auf organische Krankheiten zu übertragen – vielmehr ging es ihm darum, Unbewusstes bewusst zu machen und dies spielte sich fast ausschließlich im psychoanalytischen Gespräch zwischen Arzt (Psychoanalytiker) und Patient ab. Freud erkannte das Defizit der sprachlichen Mitteilung des Patienten in der biomedizinischen Behandlung und stellte es in den Dienst seiner eigenen Methode:

„In der psychoanalytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt. Der Patient spricht, erzählt von vergangenen Erlebnissen und gegenwärtigen Eindrücken, klagt, bekennt seine Wünsche und Gefühlsregungen“ (Freud 1915:15).

Die Psychoanalyse verdeutlicht, wie heilsam ein „Gespräch“ sein kann (vgl. Lang 2000:111-131). Zuhören, das Individuum und seine Geschichte ernst nehmen und sich Zeit dafür zu nehmen tragen zu einer erfolgreichen Heilung bei.

Freuds psychoanalytische Schriften studierte auch **Viktor von Weizsäcker** (1886 – 1957) bevor er mit Ludolf Krehl und Richard Siebeck die *Psychosomatische Schule* in Heidelberg begründete. Er gilt als Reformator der modernen Medizin, da er „eine mechanisierte Medizin überwinden“ (Engelhardt 1999:117) wollte. Durch seine Idee des „Gestaltkreises“ (1940) wurde körperliche Krankheit nicht als isolierte Organstörung aufgefasst, sondern als Produkt psychosozialer Beziehungen.

Von Weizsäcker sagte: „Die Grundfigur der Medizin ist ein Mensch in Not und ein Mensch als Helfer“ (von Weizsäcker zit. nach von Engelhardt 2001:33). Laut von

Weizsäcker ist es vor allem die Aufgabe des Arztes, seinem Patienten zuzuhören, um herauszufinden, wie der Patient sich fühlt, wie er mit seiner Krankheit umgeht.

„Die Medizin wurde zu einer Erweiterung ihres Beobachtungsfeldes durch das Auftreten neuer Formen von Leistungsversagen genötigt“ (Mitscherlich 1966:425) schreibt der Arzt und Psychoanalytiker **Alexander Mitscherlich** (1908 – 1982). Daher sieht die Psychosomatik

„die Entstehungsbedingungen vieler menschlicher Krankheiten im Konfliktfeld von Leben als biologischem und als geschichtlichen Ablauf. Die geschichtliche, d. h. die sozial beeinflusste Lebenslage gerät häufig genug mit ihren Forderungen in einen unlösbaren Konflikt mit der biologischen Leistungsbreite des Organismus und führt zur pathologischen Leistungsstörung“ (ebd. 441-442).

Mitscherlich promovierte bei von Weizsäcker und gründete 1949 an der Universität Heidelberg die Abteilung für Psychosomatische Medizin, die zu der ersten psychosomatischen Klinik ihrer Art ausgebaut wurde. Bis 1967 leitete er die *Psychosomatische Klinik*, bevor er sich in Frankfurt niederließ und dort seinen psychoanalytischen Interessen besser nachgehen konnte: 1960 gründete er das Sigmund-Freud-Institut und erhielt 1967 eine Professur für Psychologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität.

Da die „psychogenetischen“ und „psychoneurotischen“ Deutungen aus der Psychosomatik oftmals spekulativ zustande kamen und nicht von jedem Mediziner als plausibel erachtet wurden, standen sie häufig in der Kritik: „[...] phantasievollen Deutungen organischer Krankheiten haben es Kritikern leicht gemacht, sich von der Psychosomatik abzuwenden“ (Engelhardt 1999:119). Dies war mit Sicherheit ein Grund, warum die Lehren der Psychosomatik nicht von der Mehrheit der praktizierenden Ärzte akzeptiert wurden und somit nicht zu einer Veränderung der biomedizinischen Behandlung führten.

Als weitere Vertreter der Gegenbewegungen zur Biomedizin sind die Ärzte Karl Jaspers, Viktor Emil von Gebattel (1954 „Doppelbegabung der Ärzte“) und Medard Boss zu nennen (vgl. von Engelhardt 2001:43). Sie alle sprachen „den sozialpsychologischen und geistig-kulturellen Dimensionen der Krankheit und Therapie eine hohe Bedeutung zu und rücken die Arzt-Patienten-Beziehung wieder in den Mittelpunkt der Medizin“ (ebd. 43).

Eine besonders große Resonanz bekam der Psychoanalytiker **Michael Balint** (1896 – 1970), dessen zentrales Anliegen kurz umrissen werden soll. Balint (1964) machte ebenfalls auf die aktuellen Missstände der Medizin aufmerksam und hob gleichzeitig die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung hervor. „Er forderte die praktischen

Ärzte, die er zuerst in London um sich scharte, auf, die Arzt-Patienten-Beziehung besser zu beachten“ (Engelhardt 1999:124).

Balint verglich den Arzt mit einem Medikament – denn auch der Arzt habe Haupt- und Nebenwirkungen. In seinem Werk „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ beschreibt er, dass das am allerhäufigsten verwendete Heilmittel der Arzt selber sei: Die Persönlichkeit des Arztes ist selbst ein wichtiges Medikament, welches er seinem Patienten geben und so zu seiner Heilung beitragen kann (vgl. Balint 1964:15f.). Anhand von Fallbeispielen veranschaulichte er, dass dem ärztlichen Gespräch und der Gesprächsführung ein zentraler Stellenwert in der medizinischen Behandlung zukommt, denn der Kernbestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung ist die Kommunikation. Obwohl dieser Aspekt banal erscheint, wird er in der biomedizinischen Behandlung oft vernachlässigt.

Im Gespräch mit dem Arzt trägt der Patient seine Beschwerden als eine Geschichte vor. Die medizinische Aufgabe des Arztes ist also zunächst eine Interpretationsarbeit: Der Arzt muss aus der vorgetragenen Geschichte des Patienten die Ursachen und Symptome aufdecken. Dafür werden nach Balint aktives Zuhören, Aufgeschlossenheit und Verständnis vom Arzt verlangt (vgl. ebd. 359f.).

Außerdem soll der Arzt nach Balint (ebd. 283f.) nicht nur diagnostizieren und behandeln, sondern auch begleiten.

Balint steht stellvertretend dafür, dass die Kommunikation als wichtigsten Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung von nun an im Forschungsinteresse stand. Bis heute gibt es **Balint-Gruppen**, in denen Mediziner offen in der Gruppe über ihre Erlebnisse mit Patienten sprechen. In einem gruppendynamischen Prozess werden Erlebnisse des Praxisalltags diskutiert und körperliche Störungen psychoanalytisch interpretiert.

Gerade wegen spekulativen Deutungen stehen *Balint-Gruppen* in der Kritik und werden nicht von allen Ärzten ernst genommen. Daher wird Balints Aufforderung, die Arzt-Patienten-Beziehung besser zu beachten, hauptsächlich in der psychosomatischen und ganzheitlichen Medizin rezipiert.

7.2. Konzept und Struktur der Westlichen Medizin (clinical reality)

Nach der Erläuterung der Medizingeschichte sollen die zentralen Konzepte und die Struktur der westlichen Medizin besser nachzuvollziehen sein.

Zunächst ist anzumerken, dass es *die* westliche Medizin nicht gibt, denn selbst in den westlichen Industrieländern gibt es unterschiedliche medizinische Behandlungswei-

sen, die sich hinsichtlich der kulturellen Besonderheiten unterscheiden. Zwar verwenden Ärzte des westlichen Kulturkreises dieselben biomedizinischen Diagnoseverfahren, jedoch interpretieren und werten sie die medizinischen Ergebnisse unterschiedlich.

Dies hat die Journalistin Lynn Payer (1988) in ihrem Buch „Andere Länder, andere Leiden“ genauer untersucht. In ihrer Recherche fand sie einige markante Unterschiede zwischen den westlichen Medizinsystemen aus Frankreich, Deutschland, England und den USA heraus.

Die Nationalkrankheit der Franzosen ist die *crise de foie*, die Leber dient meistens als erste Anlaufstelle, um Krankheit zu erklären. In Deutschland werden (vermutlich aufgrund der pessimistisch-romantischen Mentalität) auffallend viele Krankheiten in Verbindung mit dem Herz und dem Kreislauf gestellt: *Herzinsuffizienz*, *Kreislaufkollaps* und *Hypotonie* sind Krankheitsdiagnosen, die es in anderen westlichen Ländern gar nicht gibt. Dies kann daran liegen, dass deutsche Patienten häufiger über das Herz klagen oder aber daran, dass deutsche Ärzte generell davon geleitet sind, die Krankheitsursache zunächst beim Herz zu suchen. Die kulturbedingte aggressive und aktive Grundhaltung der Amerikaner spiegelt sich auch in der Medizin wieder: Im Vergleich zu den anderen westlichen Ländern, werden in den USA Operationen häufiger und aggressiver durchgeführt und Medikamente höher dosiert verschrieben. In England wird dem stets freundlichen und selbstbeherrschten gesellschaftlichem Zusammenleben eine große Bedeutung zugemessen, was auch in der Medizin zur Geltung kommt: Trotz eines insgesamt sparsamen Arzneimittelverbrauchs, ist der Verbrauch von Tranquilizern in England auffallend hoch. Typisch für die englische Medizin ist zudem, dass *bowel problems* (Verdauungsproblemen) eine große Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Was auf die Vielfalt von westlichen Ärzten zutrifft, gilt auch für westliche Patienten. Irving K. Zola (1966) zeigte in seiner Studie „Culture and symptoms – an analysis of patients‘ presenting complaints“, dass Patienten durch ihren jeweiligen westlichen kulturellen Hintergrund beeinflusst sind, wenn sie ihre Beschwerden dem Arzt vortragen. Beispielsweise tendieren Irish-Americans dazu, ihre Beschwerden herunterzuspielen, während Italian-Americans dazu neigen, ihre Symptome übertrieben darzustellen.

Trotz der innerwestlichen Unterschiede gibt es grundlegende Gemeinsamkeiten der biomedizinischen Behandlung, die sich folgend verallgemeinert beschreiben lassen:

7.2.1. Philosophie und Körperbild

Einst war das Körperbild in der westlichen Medizin durch ein humorales Konzept geprägt: Wie bereits erläutert wurde, sahen Hippokrates und Galen einen gesunden Körper im Gleichgewicht von seinen Körpersäften und behandelten ihn daher nach einem humoralpathologischem Konzept.

Diese humorale Ansicht des menschlichen Körpers ist größtenteils aus der westlichen Biomedizin verschwunden und durch die Cartesianische Trennung von Körper und Geist ersetzt.

Aus dem **Dualismus von „body“ und „mind“** hat sich ein **mechanistisches Körperverständnis** entwickelt:

„The machine model includes the idea that individual parts of the body, like the parts of a motor car, may fail or stop working, and may sometimes need to be replaced. Modern spare part surgery, with its widespread usage of organ transplants and artificial organs and body parts, as well as the use of electronic aids such as pacemakers and transistor hearing-aids, all help to reinforce the image of the body as a repairable machine, with treatment consisting of ‘new parts for old’” (Helman 2007:32).

Der menschliche Körper wurde in anatomische Einheiten aufgeteilt (vgl. Thews 1991): *Zellen* stellen die kleinsten Funktionseinheiten des menschlichen Organismus dar.

Ein Verband von mehreren Zellen bildet ein *Gewebe*; beispielsweise das Muskelgewebe oder das Nervengewebe.

Mehrere Gewebe bilden ein *Organ*, wozu zum Beispiel Herz, Lunge, Nieren, Gehirn, Leber, Geschlechtsorgane und Haut gehören.

Zudem haben Biomediziner eigenständige Funktionssysteme des menschlichen Körpers ausfindig gemacht: Herz-Kreislauf-System, Nervensystem, Hormonsystem und Immunsystem gehören zum Beispiel dazu.

Um diese voneinander getrennten Körperbereiche haben sich medizinische Fachrichtungen gebildet, deren Mediziner auf das jeweilige Organ spezialisiert sind. Die Organe des Patienten werden nach einem mechanistischen Verständnis behandelt und wieder „gesund repariert“.

“In the Western industrialized world, many contemporary concepts of the body’s structure and function seem to be borrowed partly from the worlds of science and technology” (Helman 2007:30). Dies macht sich in der biomedizinischen Krankheitsbehandlung bemerkbar, wenn beim Körper „die Batterie wieder aufgeladen“

oder „ein Körperteil ersetzt“ wird. Geisteskrankheiten werden „umzuprogrammieren“ versucht, da sich für den menschlichen Geist das Bild eines Computers manifestiert hat.

„Allied with this image of the body as a machine is that of the mind as a **computer**. The increasing use of computers has influenced the ways many people in the industrialized world think about themselves“ (Helman 2007:32). Um den geistigen Teil (Psyche oder Gedanken) – „mind“ – eines Patienten kümmern sich Psychiater und Psychologen, für den physischen Körper – „body“ – gibt es entsprechende medizinische Organspezialisten.

7.2.2. Pathogenese

Biomedizinische Theorien zur Krankheitsentstehung basieren daher auf den Erkenntnissen und Methoden der Naturwissenschaften Mathematik, Biologie, Physik und Chemie.

Diese werden als kausalanalytisch, induktiv und experimentell bezeichnet. Sie eignen sich, um logische Konzepte von Kausalität, Eindeutigkeit, Widerspruchsfreiheit, Quantifizierung und Begründbarkeit zu überprüfen.

Auf biomedizinische Modelle zur Krankheitsentstehung übertragen bedeutet dies, dass jede Krankheit eindeutig als objektive Funktionsstörung definiert sein muss; Konzepte über Krankheitsentstehung müssen in sich widerspruchsfrei und logisch begründbar sein.

Mithilfe induktiver Verfahren (Schlussfolgerung vom Einzelfall auf das Allgemeine) wird von einzelnen Krankheitssymptomen auf ein allgemeines Krankheitsbild geschlossen. Um Hypothesen zur Krankheitsentstehung zu beweisen, werden Experimente durchgeführt, die den wissenschaftlichen Kriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* genügen.

Unter *Objektivität* versteht man den Grad, in dem die Ergebnisse einer Beobachtung unabhängig vom Beobachter sind. Durch die *Reliabilität* (Zuverlässigkeit) soll gewährleistet sein, dass das Experiment bei einer wiederholten Durchführung mit denselben Methoden dasselbe Ergebnis erzielt. Sie bezeichnet die Genauigkeit der Messung und gibt Auskunft über Stabilität und Konsistenz des experimentellen Ergebnisses. Die *Validität* (Gültigkeit) sollte eingehalten werden, um genaue und präzise Ergebnisse zu erhalten. Ein wissenschaftliches Experiment ist dann valide, wenn es genau das misst, was der Forscher vorgibt zu messen.

Die westliche Biomedizin bedient sich dieser logischen naturwissenschaftlichen Methoden, um Krankheitssymptome und Krankheitsbilder objektiv und allgemeingültig darzulegen.

„Die naturwissenschaftliche Methode [...] befähigt uns [...] zur naturwissenschaftlichen Fragestellung. Die naturwissenschaftliche Frage ist die logische Hypothese, welche von einem bekannten Gesetz durch Analogie und Induktion weiterschreitet; die Antwort darauf gibt das Experiment, welches in der Frage selbst vorgeschrieben liegt“

schreibt der berühmte Arzt **Rudolf Virchow** (1847:7). Virchow (1821 – 1902) befürwortete eine streng naturwissenschaftlich orientierte Medizin und begründete die moderne *Pathologie* (Krankheitslehre).

Seit Virchows *Zellulärpathologie* steht die Zelle im Mittelpunkt der Krankheitsuntersuchung. Krankheitszustände des Organismus werden auf krankhafte Veränderungen der Körperzelle zurückgeführt. Aufgrund dieser lokalisierten Krankheitsauffassung werden Krankheiten nicht mehr als Allgemeinerkrankung des menschlichen Organismus aufgefasst.

So wird nicht nur der Sitz der Krankheit, sondern auch die *Pathogenese* (Entstehungsweise krankhafter Veränderungen) anatomisch und experimentell untersucht. Demnach unterliegen Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf chemischen und physikalischen Gesetzen.

Nach der biomedizinischen *Ätiologie* (Lehre von den Krankheitsursachen) gibt es endogene und exogene Krankheitsursachen (vgl. Rotter 1985:3f.).

Endogene Krankheitsursachen haben einen genetischen Hintergrund wie Mutation oder Chromosomenaberration. Zu den *exogenen* Krankheitsursachen gehören beispielsweise Krankheitserreger wie Viren, Bakterien etc., Störungen in der Nahrungs- oder Sauerstoffzufuhr, Traumata sowie Temperatur- oder Luftdruckveränderungen.

In der Pathogenese unterscheidet die Biomedizin verschiedene Phasen (vgl. Rotter 1985:4f.): Als *strukturelle Pathogenese* gilt die Änderung der Struktur von Organen. Die *funktionelle Pathogenese* bedeutet eine funktionelle Veränderung.

Krankheiten werden in *akut* (kurzfristig) oder *chronisch* (langdauernd) unterteilt.

Mit dieser naturwissenschaftlichen Konzeption von Krankheitsentstehung ist es möglich, die biologische Krankheit unabhängig von der Person zu erfassen und zu behandeln. Mit den Worten Kleinmans ausgedrückt, konzentriert sich die Biomedizin

auf *disease* (**objektiv messbare Krankheiten**) und nicht auf *illness* (**subjektive Krankheitserlebnisse**).

Den Biomediziner interessiert nicht die Lebenswelt eines Patienten, sondern überwiegend physische Körperprozesse sowie Laborwerte und Diagnosen, die mithilfe technischer Geräte messbar und auswertbar sind.

Gene, Zellen und Organe dienen als Untersuchungsgegenstand und werden als Ursache für eine Krankheit angesehen.

7.2.3. Diagnostik in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung

7.2.3.1. Anamnese

In der Anamnese wird der Patient nach Art und Dauer seiner aktuellen Beschwerden gefragt (vgl. Classen, Diehl & Kochsiek 1991:3-6).

Durch die Erhebung der *Voranamnese* werden Vorerkrankungen und frühere Operationen erfragt.

Die *Familienanamnese* soll Auskunft über Erbkrankheiten sowie gehäuftes Auftreten einer Erkrankung in der Familie geben.

Außerdem kann nach allgemeiner Verfassung, Gewichtsveränderungen, Appetit, Durst, Stuhlgang, Schlafgewohnheiten, Nachtschweiß, Husten und Fieber gefragt werden.

In der *organbezogenen Anamnese* wird der Patient dann gezielt über Art, Lokalisation und Dauer seiner Beschwerden befragt.

Aufgrund dem mechanistisch-naturwissenschaftlichem Verständnis erfolgt die Betrachtung des kranken Körpers getrennt vom sozialen Umfeld, der Lebensgeschichte und den Werthaltungen der kranken Person.

Obwohl in Lehrbüchern der Inneren Medizin das ärztliche Gespräch als sehr bedeutsam beschrieben wird –

„Es nimmt eine zentrale Stellung in Diagnostik und Therapie ein. Mit dem Gespräch wird die Vertrauensbasis gelegt, die Grundlage jeder ärztlicher Behandlung ist. Das ärztliche Gespräch muss mehr sein als die alleinige Erhebung einer sorgfältigen und richtig verstandenen Vorgeschichte, obwohl diese selbstverständlich von überragender Bedeutung ist. Mit dem Gespräch sollte der Arzt die Lebensgeschichte und Persönlichkeit des Kranken erfassen“ (ebd. 3).

– hat das Gespräch in der Behandlung keinen eigenständigen Stellenwert, sondern dient nur als äußerer Rahmen, der mit der medizinischen Expertentätigkeit gefüllt wird. Angehende Ärzte werden in ihren medizinischen Prüfungen nicht auf die Be-

ziehung zu ihren Patienten geprüft. Daran sieht man, dass dem persönlichen Gespräch mit Patienten in der Praxis keine große Bedeutung beigemessen wird.

7.2.3.2. Körperliche Untersuchung

Nach dem einleitenden Gespräch untersucht der Arzt den Körper des Patienten. Dazu gehören Inspektion (Betrachten), Palpation (Abtasten), Perkussion (Abklopfen) und Auskultation (Abhören) (vgl. Classen, Diehl & Kochsiek 1991:7-10).

Bei der *Inspektion* werden Farb- und Formveränderungen der Haut und der sichtbaren Körperteile erfasst.

Die *Palpation* – eine Untersuchung durch Abtasten und Befühlen von dicht unter der Körperoberfläche liegenden inneren Organen – erfolgt mit beiden Händen des Arztes.

Die *Perkussion* dient dazu, die Herz- und Lungengrenzen zu bestimmen. Veränderungen der Schallqualität sollen Hinweise auf pathologische Größenänderungen der Organe oder beispielsweise auf Entzündungen geben.

Mithilfe des Stethoskops wird die *Auskultation* von Herz, Lunge und Darm durchgeführt. Zusätzlich werden auch Strömungsgeräusche von Gefäßen auskultatorisch erfasst.

Zur vollständigen körperlichen Untersuchung zählt auch die Beurteilung des Allgemein- und Ernährungszustandes und der psychischen Verfassung. Messung der Atem- und Herzfrequenz, des Blutdruckes und der Körpertemperatur komplettieren die körperliche Untersuchung.

7.2.3.3. Medizinische Technologie

Um den kranken Körper des Patienten detailliert zu untersuchen, bedient sich der Biomediziner apparativer Diagnostik, die nach naturwissenschaftlichen Kriterien entwickelt wurden – deren Ergebnisse also nicht anzweifelbar sind.

Mit hochspezialisiert entwickelten medizinischen Technologien ist es möglich, den menschlichen Körper auf kleinsten Ebenen zu beobachten. „Medical diagnosis routinely deals with abnormalities at the biochemical, cellular and even molecular level“ (Helman 2007:41).

Hat jemand den Patienten gesehen ?

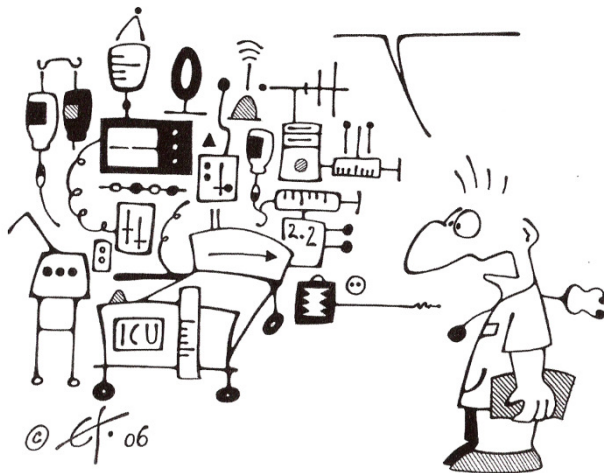


Abbildung 3: Medizinische Technologie in der westlichen Medizin¹⁰

Es gibt in der Biomedizin eine Vielzahl an technischen Geräten und Verfahren, die den menschlichen Körper zum Beispiel auf einer molekulargenetischen oder mikrobiologischen Ebene diagnostizieren können (vgl. Abholz 1986). Zu den bekanntesten bildgebenden Verfahren zählen Röntgenbilder, Sonographie (Ultraschall), Computertomographie (CTG) und Kernspintomographie (MRI, „Magnetic Resonance Imaging“). Physikalisch-technische Untersuchungen des menschlichen Körpers werden beispielsweise durch das Elektrokardiogramm (EKG) oder das Elektroenzephalogramm (EEG) vollzogen.

Durch die bildgebende Diagnostik können dem Patienten die Diagnosen direkt vor Augen geführt werden. Medizinische Befunde werden so für den Patienten entmystifiziert und veranschaulicht.

Anhand der apparativen Diagnostik kann der biomedizinische Arzt die endgültige Krankheitsdiagnose stellen. Dabei beschränkt sich die Diagnose meist auf physische Störungen, die dann von einem dafür zuständigen Spezialisten weiterbehandelt werden.

7.2.4. Krankheitsbehandlung in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung

„Die Behandlung eines Kranken gliedert sich in allgemeine und spezielle Maßnahmen“ (Kochsiek 1991:57).

¹⁰ Quelle: Elmar Frink, Deutschland. In: Kocher 2006:80

Diätberatung und physiotherapeutische Anwendungen wie beispielsweise Massagen und Heilgymnastik gehören zu den *allgemeinen* oder begleitenden therapeutischen Maßnahmen.

Zu den *speziellen* Therapiemaßnahmen gehört unter anderem die Arzneimitteltherapie, die chirurgische oder technische Intervention, Chemotherapie, Bestrahlung und Transplantation.

Dabei unterscheidet die biomedizinische Krankheitsbehandlung zwischen *kurativen* und *palliativen* Therapien: Bei der *kurativen* Therapie steht als Ziel die Heilung im Vordergrund; alle Krankheitsursachen können durch die Therapiemaßnahme beseitigt werden. Dagegen führt eine *palliative* Krankheitsbehandlung nicht zu einer Heilung der Erkrankung, sondern nur zu einer Linderung der Symptomatik. Es ist eine schmerzlindernde Krankheitsbehandlung, die nicht die Ursachen der Krankheit bekämpft, sondern nur die Beschwerden der Krankheit lindern kann.

Da die biomedizinischen Krankheitsbehandlungen überwiegend auf physische Symptome spezialisiert sind, kann man sie im Sinne Kleinmans mit „**curing the disease**“ und nicht als „healing the illness“ bezeichnen.

Gesondert zu erwähnen ist die Psychotherapie, die zur Behandlung von psychischen oder psychosomatischen Beschwerden angewendet wird.

8. Ethnomedizinische Untersuchung der Tibetischen Medizin

In einem völlig unterschiedlichen Kulturkreis hat sich ein anderes, aber ebenso wirkungsvolles Medizinsystem entwickelt. Bei der nun folgenden Untersuchung der tibetischen Medizin dienen folgende Aspekte als Leitsätze:

1. Es soll aufgezeigt werden, welche Ereignisse und Einflüsse zu dem hochentwickelten tibetischen Medizinsystem geführt haben. Die Thesen des Sozialkonstruktivismus sollen erneut bestätigt werden, denn auch die tibetische Medizin ist eine menschliche Konstruktion.
2. Der geschichtliche Blick soll zeigen, wie sich die tibetische Medizin zu der heutigen Form entwickelt hat. Welche Konzepte, Ansichten und Vorstellungen stecken in ihr? Ein zur westlichen Medizin grundsätzlich verschiedenes Medizinsystem soll als eine Bereicherung kennengelernt werden.

3. Die medizingeschichtliche Betrachtung soll zeigen, wie eng Kultur, Religion und Medizin zusammenhängen. Die tibetische Medizin ist das Juwel der tibetischen Kultur.



Abbildung 4: Geographische Lage Tibets¹¹

8.1. Geschichte Tibets im Kontext der Medizingeschichte (social reality)

Tibet genoss in der asiatischen Welt seit jeher den Ruf, das „Land der Arzneimittel“ zu sein. Es ist eines der entlegensten Gebiete der Erde, in dem Geographie, Klima und Höhenlage weltweit einzigartig sind.

In Tibet, dem „Dach der Welt“, ist fernab vom Rest der Welt über die Jahrtausende ein hochentwickeltes Heilsystem entstanden.

Das „Schicksal“ Tibets ist eng mit der buddhistischen Kultur verknüpft, an der die tibetische Medizin einen wesentlichen Anteil hat. Die buddhistischen Lebenseinstellungen kommen in der tibetischen Medizin und dort insbesondere in der Arzt-Patienten-Beziehung zum Vorschein.

¹¹ Quelle: Buchsteiner, J., Hoischen, O. & Lohse, E., 2008. Warum ausgerechnet Tibet? Der Trumpf im Weltpokker. *FAZ*, 22.03.08 (online), www.faz.net/s/Rub12B8DA96820F497992EEB0FCA66A2524/Doc~EC227C77322B146639BE35E0222E57F23~ATpl~Ecommon~Scontent.html (Zugriff Juni 2008)

Nun soll die tibetische Medizingeschichte im Zusammenhang mit den prägendsten Geschichtsepochen Tibets vorgestellt werden.

8.1.1. Tibetische Königsherrschaft (617 – 842 n. Chr.)

Ab dem 7. Jahrhundert nahm die Entwicklung der tibetischen Medizin ihren Lauf. Unter der Herrschaft des Königs **Songtsen Gampo** (Reg. 617 – 649) wurde das junge Königreich Tibet erstmals geeint. Es erhielt eine aus dem indischen Alphabet abgeleitete Schrift und bildete eine eigene kulturelle Identität. Das tibetische Reich entwickelte sich zu einer beachtlichen Militärmacht, welche bis zum 9. Jahrhundert bestehen sollte. In dieser Zeit inspirierten die Kulturen Indiens, Chinas und Persiens die tibetische Kultur (vgl. Meyer 1997:110).

Die Werke der chinesischen Medizin, wie auch der griechischen und der indischen Medizin, wurden in Tibet eingeführt und es kam zu einer Vermischung dieser Heilsysteme.

„Die Bandbreite der Fremdeinflüsse – besonders indischen und chinesischen Ursprungs –, die den Anfängen der tibetischen Medizin von der Tradition zugeschrieben werden, werden auch von zeitgenössischen Dokumenten und von Anhaltspunkten aus den heute noch in Gebrauch befindlichen medizinischen Werken bestätigt“ (ebd. 112).

Die drei wichtigsten Einflüsse auf die tibetische Medizin – indische, chinesische und buddhistische – werden nun kurz dargestellt.

8.1.1.1. Ayurvedische Medizin aus Indien

Das medizinische System aus dem *professionellen Sektor* Indiens, genannt *Ayurveda* (heiß wörtlich übersetzt „heilige Weisheit vom Leben“, „Wissenschaft vom langen Leben“ oder „heilige Wissenschaft vom Leben“), lässt sich in zwei bedeutende Perioden einteilen (vgl. Ackerknecht 1992:28f.): Zum einen in die **Veda-Periode** (1200 v. Chr. – 800 v. Chr.) und zum anderen in die **brahmanische Periode** (800 v. Chr. – 1000 n. Chr.).

Aus der Veda-Periode stammen die bedeutenden *Vedas* („Veda“ bedeutet „Wissen“): *Rigveda* und *Atharvaveda*. Diese *Vedas* gehören zu den heiligsten Schriften der Religion des Hinduismus und wurden in vedischer Sprache verfasst, einer frühen Form des Sanskrit¹². In diesen Schriften werden Krankheiten noch überwiegend durch den Einfluss von Dämonen erklärt. Trotz der engen Verbindung von Magie, Religion und Medizin entwickelte sich eine von den Priester-Magier-Heilern verschiedene Ärzteschaft. „Es waren in vedischer Zeit vor allem die als Rishis bezeichneten Dichter-

¹² Das Sanskrit besitzt in Indien einen ähnlichen Stellenwert wie das Lateinische in Europa.

Propheten, die aufgrund ihrer Meditation und ihrer durch yogische Übungen gewonnenen Kräfte lernten zu heilen und damit wichtige Impulse für die Entwicklung einer eigenständigen medizinischen Tradition gaben“ (Clifford 1989:60).

Es wird angenommen, dass in der Veda-Periode der Ursprung der klassischen Werke aus der brahmanischen Zeit zu finden ist. Dazu gehören die ayurvedischen Werke „*Charaka-Samhita*“ und „*Sushruta-Samhita*“. In der brahmanischen Periode gehörten Ärzte einer „dritten Kaste an, die im Range unter den Priestern stand. Sie verwendeten Helfer aus noch niedrigeren Kasten. Sie dienten vor allem den Fürsten und einer dünnen Oberschicht“ (Ackerknecht 1992:28).

Eine der vielen Parallelen zwischen der hinduistischen und der griechischen Medizin bestand in dem Schwur, den angehende Ärzte bei der Einführung in ihren Beruf ablegen mussten. Kennzeichnend für die brahmanische Medizin war die Lehre der Körpersäfte (Humoral-Pathologie) sowie Theorien, die Krankheiten durch Dämonen sowie als „Strafe für eine in einem früheren Leben begangene Sünde“ (Ackerknecht 1992:29) erklärten.

Auch die religiöse Bewegung des **Buddhismus** (560 – 480 n. Chr.) beeinflusste den indischen Ayurveda: „Sie führte zur Gründung von hospitalähnlichen Einrichtungen in Indien, viele Jahrhunderte früher, ehe das Christentum seit dem frühen Mittelalter die gleiche Entwicklung in den abendländischen Kulturen fördern sollte“ (ebd. 29).

Die altindische Medizin verwendete eine hochentwickelte Diagnostik, wozu die Befragung, Berührung durch Pulsuntersuchung sowie die Untersuchung mit allen Sinnen gehörte: „Der süße Geschmack des diabetischen Urins, der ‚Honigurin‘, war den Indern lange vor den Europäern bekannt“ (ebd. 30).

Aus der ayurvedischen Medizin hat die tibetische Medizin das meiste ihrer Theorien bezüglich Physiologie, Pathologie und Therapie entlehnt.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass erst durch den Druck der britischen Kolonialbehörden ayurvedische Organisationen und Institutionen gegründet wurden: „Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurde offensichtlich, dass Ayurveda eigene Interessen gegen die von den britischen Kolonialbehörden unterstützte westliche Medizin nur dann gezielt vertreten konnte, wenn sie diese in ihren Organisationsformen und auf institutioneller Ebene imitierte. So begannen ayurvedische Heiler, professionelle Vereinigungen und Ausbildungszentren zu gründen. Nach westlichem Vorbild wurden Textbücher geschrieben, die das Heilwissen systematisierten und standardisierten“ (Postert 2003:94).

Eine reine Form des Ayurveda ist „ein ideologisches Konstrukt [...], das ohne den kolonialen Kontext und den langen Kontakt zur Biomedizin in Indien nicht denkbar wäre“ (Postert 2003:94).

8.1.1.2. Chinesische Medizin

Die chinesische Medizingeschichte ist durch eine Vielfalt von medizinischen, religiösen und philosophischen Praktiken gekennzeichnet. Vor allem drei legendäre Kaiser prägten die chinesische Medizin (vgl. Ackerknecht 1992:33): **Fu-Hsi** (um 2900 v. Chr.) erfand die fundamentale Philosophie von **yin und yang** – den weiblichen und männlichen Elementen der Natur.

Auf **Shen-Nung** (um 2700 v. Chr.) geht die **Akupunktur** und die Arzneimittellehre zurück.

Huang-ti (um 2674 v. Chr.) verfasste das *Neiching*, das klassische Buch über innere Krankheiten.

In der frühen chinesischen Medizingeschichte gehörte der Arzt nicht zu der höhergestellten Gruppe „und hatte nicht teil an der allgemeinen Achtung, die den Gelehrten gezollt wurde“ (ebd. 33).

Durch **Lao-tse** (lebte im 6. Jahrhundert v. Chr.) wurde der **Taoismus** (auch Daoismus genannt) populär. Für Taoisten ist Gesundheit ein Ausdruck der Harmonie des Himmels, die durch das Gleichgewicht innerer und äußerer Kräfte erlangt wird.

Auch der **Buddhismus** und der **Konfuzianismus** prägten die chinesische Kultur und die zugehörigen medizinischen Behandlungsmethoden.

"Harmonie und Mitte, Gleichmut und Gleichgewicht sind das Ziel" lautet ein typischer Leitsatz des berühmtesten chinesischen Philosophen **Konfuzius** (551 v. Chr. bis 479 v. Chr.), der auch in der medizinischen Praxis wiederzufinden ist, wo sich oft buddhistische, daoistische und konfuzianistische Einflüsse vermischen (vgl. Postert 2003:77f.).

Man begegnet vielen Elementen aus der ayurvedischen Medizin in der chinesischen Medizin – und, wie später noch gezeigt wird, auch in der tibetischen Medizin. Beispielsweise ist das Prinzip der Disharmonie der Körpersäfte als Krankheitsauslöser sowohl in beiden Medizinsystemen wiederzufinden.

Die altchinesische Medizin verwendete überwiegend die Puls- und Zungendiagnose, die auch in die tibetische Medizin eingegangen sind. Die traditionellen chinesischen Ärzte stellten ihre Diagnose, indem sie den Patienten beobachteten, befragten und seinen Puls fühlen. Es gibt es „nicht weniger als 51 verschiedene Pulsarten und 37 ver-

schiedene Schattierungen der Zunge werden beschrieben“ (Ackerknecht 1992:33). Außerdem hat die tibetische Medizin die einzigartige Behandlungsmethode der Akupunktur aus der chinesischen Medizin übernommen. Die Akupunktur ist die älteste und heute am weitesten verbreitete Heilmethode der Welt.

Aus den chinesischen Medizinbehandlungen wurde sehr viel später die „Traditionelle Chinesische Medizin“ (TCM) konzipiert. „Tatsächlich ist die ‚Traditionelle Chinesische Medizin‘ jedoch nicht so traditionell, wie der Name andeutet“ (Postert 2003:70).

Postert betont, dass – entgegen dem im Westen weit verbreiteten Glauben – *die* traditionelle chinesische Medizin nicht existiert, „weil es zu keinem Zeitpunkt in der langen Geschichte Chinas eine einheitliche heilkundliche Tradition gegeben hätte, die Ausdruck der Weltanschauung der Mehrheit der Bevölkerung gewesen wäre“ (ebd. 78). Erst seit der Gründung der Volksrepublik China 1949 wurde ein Prozess zur Standardisierung und Systematisierung des chinesischen Heilwissens in Gang gesetzt – um kommunistische Vereinheitlichungsideologien zu vertreten und auch um sich vom kapitalistischen Westen in medizinischer Hinsicht zu lösen.

„Ab 1955 begann eine systematisierte Bewertung der chinesischen Medizin. Tausende junge Chinesen wurden alten Heilern zugeteilt, um das im klassischen Modus von Lehrer zu Schüler weitergegebene Wissen zu sammeln [...]. Hierfür wurden an zahlreichen Institutionen und Krankenhäusern eigene Abteilungen für „Traditionelle Chinesische Medizin“ eingerichtet (ebd. 84).

„Die heutige TCM ist so ein Kunstprodukt dieses Jahrhunderts“ (ebd. 86).

Interessant ist außerdem, dass in China unsere westliche Biomedizin die Standardmedizin darstellt. Die meisten Krankenhäuser sind nach biomedizinischen Vorstellungen konzipiert und die Biomedizin ist die geläufigste Medizinbehandlung der Chinesen. Die TCM ist der Biomedizin untergeordnet, obwohl die TCM seit 1950 von der kommunistischen Regierung die Genehmigung erhalten hat, sich als zur Biomedizin gleichwertiges Medizinsystem zu etablieren.

8.1.1.3. Buddhismus

Die größte Einflussquelle auf Tibet und die tibetische Medizin ist zur Zeit der tibetischen Königsherrschaft der Buddhismus gewesen: „Seine Missionare kamen aus Indien, China und Zentralasien. Sie verbreiteten aber nicht nur die Lehre des ‚Erleuchteten‘ und eine blühende Religion, sondern auch die anderen mit dem Buddhismus verbundenen Wissenschaften“ (Meyer 1997:110).

Der Buddhismus als Religion wurde im 5. Jahrhundert v. Chr. von **Gotama Siddharta Shakyamuni** (563 v. Chr. – 483 v. Chr.) begründet. Gotama war ein indischer Prinz, der mit der Erkenntnis des „mittleren Weges“¹³ unter einem Feigenbaum die ‚Erleuchtung‘ erlangte. Von da an lehrte er die „vier edlen Wahrheiten“¹⁴ und den „achtfachen Pfad“, der zum Erwachen führen würde.

Im frühen indischen Buddhismus wurde Buddha auch „König der Heiler“ genannt, „derjenige, dessen Lehren das einzig radikale Gegenmittel gegen das in allen Existenzformen im Teufelskreis endloser Wiedergeburten inhärente Leiden darstellt“ (Meyer 1997:110).

In Buddhas Lehren geht es vorrangig um die Erlösung vom Leiden.

Die Ursachen des immerwährenden Daseinslaufes *Samsara* (die Wiedergeburt eines „Unerlösten“, in der sich das Leiden und Sterben wiederholt) sind laut Buddha befleckte Taten und Leidenschaften. Wenn das Bewusstsein zu sehr unter den Einfluss der Leidenschaften gerät, wird der Mensch von verschiedenen Geistesgiften wie Begierde, Hass, Stolz, verkehrten Ansichten und der Anhaftung an die eigene Person geleitet. Diese Geistesgifte führen zu einer falschen Vorstellung von einem vermeintlich inhärenten Ich, welches jedoch durch Leidenschaften verblendet ist.

Buddha lehrte, wie man dem leidverbundenen *Samsara* entkommen kann: Alle Phänomene sollten als frei oder leer von inhärenter Existenz erkannt werden. Dann nimmt man auch sich selbst nicht als ein verblendetes inhärentes Ich wahr und es entsteht kein Leiden.

Unwissenheit über diese Existenzweise der Phänomene und dem Ich ist die Wurzel aller Leiden(schaften). Befreiung (Nirwana) erlangt man nur, indem man von allem loslässt; die Phänomene als leere Existenz erkennt und somit die Ursache der eigenen Leiden(schaften) beseitigt.

Der Buddhismus gelangte um 700 n. Chr. nach Tibet und wurde noch im gleichen Jahrhundert Staatsreligion. Es kam zu einer Vermischung mit der alten tibetischen Bön-Religion, in der zahlreiche Götter und Geister verehrt und angebetet wurden und die durch viele schamanistische und magische Elemente gekennzeichnet war.

¹³ Der „mittlere Weg“ wird auch der „achtfache Pfad“ genannt, denn man muss acht Dinge erfüllen, um vom Leiden befreit zu werden und ins Nirwana einzugehen: Nötig sind die rechte Anschauung und die rechte Gesinnung, rechtes Reden, rechtes Handeln, rechtes Leben, rechtes Streben, rechtes Denken und rechtes Meditieren.

¹⁴ Die „vier edlen Wahrheiten“ lauten: 1. Das Leben ist leidvoll. 2. Ursache des Leidens ist das unablässig drängende Begehren und Wünschen. 3. Erkennen wir dies, so können wir uns vom Leiden befreien. 4. Dies wird durch Beschreiten des „achtfachen Pfades“ erreicht.

8.1.2. Gyüshi

Der Legende nach lehrte Buddha (Siddartha) Shakyamuni die Medizin. Hierbei soll er sich in zwei Emanationen manifestiert haben (vgl. Clifford 1989:74): Einerseits in den Geist des heilenden Buddhas in der Gestalt des Weisen Rigpai Yeshe und andererseits als die Rede des heilenden Buddhas, in der Form des Weisen Yilay Kye. In einem Dialog zwischen diesen beiden Buddha-Emanationen ist das Basiswerk der tibetischen Medizin verfasst, welches den Namen „**Gyüshi**“ („Das Buch vom Wissen und Heilen“) trägt und aus „**Vier Tantras**“ besteht.

Jedoch ist der Ursprung des *Gyüshi* umstritten (Meyer 1997:114): Diese *Vier Tantras* können die authentische Lehre des Buddhas oder aber eine medizinische Abhandlung ungeklärter Autorschaft sein.

„Es setzte sich jedoch die Meinung durch, dass die *Vier Tantras* das authentische Wort des Buddhas selbst seien, weil der Fünfte Dalai Lama und sein Regent, Sangye Gyamtso, diese Ansicht mit ihrer politischen Autorität stützten. Für sie waren die *Vier Tantras* eine Lehre, die Buddha [Siddartha] Shakyamuni gegen Ende seines Lebens in Indien verkündet hatte, indem er die Form des ‚Meisters der Heilmittel‘ annahm“ (ebd.).

Unter dem Monarchen **Thrisong Detsens** (Reg. 784 – 794) erhielt der indische tantrische Meister **Padmasambhava** (Guru Rinpoche), der später als der zweite Buddha verherrlicht werden sollte, die tibetische Übersetzung der berühmten *Vier Tantras* durch seinen Schüler **Vairocana**.

Die medizinischen Schriften gelangten dann zu dem berühmten Arzt **Yuthog Yönten Gonpo**. Um sie vor Zerstörung zu bewahren, versteckte er sie in einem Pfeiler des Klosters Samye.

Im 11. Jahrhundert wurde das *Gyüshi* von **Yuthog dem Jüngeren** wiederentdeckt, bearbeitet und in der heute bekannten Form kommentiert.

Der berühmte Grundlagentext *Gyüshi* ist bis heute das zentrale Werk der tibetischen Medizin und besteht aus folgenden vier Tantras (vgl. Meyer 1997:114): Das *Wurzeltantra* ist eine Zusammenfassung sämtlicher Elemente der medizinischen Lehre in ihrer Beziehung zueinander. Das *Erklärungs-Tantra* beinhaltet die Lehre des Körpers, seiner Genese, Struktur, Physiologie und Pathologie. Im *Unterweisungs-Tantra* wird eine klinisch orientierte Erklärung der Medizin gegeben. Die praktischen Aspekte von Diagnose und Behandlung werden im *Schlussstantra* betrachtet.

Im *Gyüshi* werden insgesamt 1600 Krankheiten und 2293 Heilmittelzutaten erklärt (vgl. Choedrak 2003:111). Eine westliche Terminologie-Entsprechung gibt es nicht.

Laut dem *Gyüshi* soll der ideale Arzt über sechs Eigenschaften verfügen (vgl. Choedrak 2003:146f.): Er soll klug, reinen Geistes, Verpflichtungen eingegangen sowie enthusiastisch sein; er soll sich auskennen und Geschicklichkeit zeigen. Außerdem soll der Arzt sich stets an die sechs Gebote halten:

„Er muss in den Meistern den Buddha sehen [...]; Achtung gegenüber den Schriften empfinden; die Studierenden lieben und Zuneigung und Wohlwollen gegenüber den Schülern entwickeln; Patienten mit Mitgefühl betrachten, wie seine eigenen Söhne [...]; keinen Widerwillen gegenüber ekelerregenden Substanzen wie Ausscheidungen, Eiter, Urin, Stuhlgang und Blut empfinden“ (ebd. 146).

Im 13. Jahrhundert vernichtete die islamische Herrschaft in Indien die buddhistische Religion: „Eine ganze Kultur wurde ausgelöscht, Mönche hingerichtet, Texte vernichtet“ (Clifford 1989:87). Tibet wurde somit zum Bewahrer der spirituellen und wissenschaftlichen Schriften, wozu auch die medizinischen Überlieferungen gehörten. Die Muslime unterdrückten die ayurvedische Medizin und führten dafür ihr eigenes Medizinsystem – die Yunani-Medizin – ein.

8.1.3. Mongolische und chinesische Herrschaft (ab 1249)

1249 wurde Tibet in das mongolische Reich eingebunden. Tibet akzeptierte die mongolische Oberhoheit; im Gegenzug nahmen die Mongolen den buddhistischen Glauben an. Dieser für Tibet vorteilhafte „Deal“ kam hauptsächlich durch die tibetische Medizin zustande: Tibetische Mönchsärzte verwendeten das effektive System der tibetischen Medizin, um den Hof des mongolischen Herrschers Kublai Khan zu bekehren. Da die tibetischen medizinischen Heilungen und Weissagungen so genaue Voraussagen und Ergebnisse erzielten, wurden sie von den Mongolen als Wunder angesehen. So führte der mongolische Herrscher Kublai Khan 1260 den Lamaismus in seinem Reich ein. Die obersten tibetisch-buddhistischen Geistlichen (Lamas) erhielten vom mongolischen Regenten die Oberherrschaft über Tibet zugesprochen und der tibetische Buddhismus wurde zur Staatsreligion des mongolischen Weltreiches.

1350 wurde Tibet von den Mongolen unabhängig. Daraufhin beanspruchten jedoch die chinesischen Dynastien der Ming und Mandschu die Oberhoheit über Tibet, was sich zu einem Verhältnis wechselnder Abhängigkeit entwickeln sollte und die Ursache der heutigen „Tibet-Frage“ ist. Denn unter Berufung auf diesen frühen Herrschaftsanspruch stationierte China – ohne Einverständnis der Tibeter – in den darauffolgenden Jahren bevollmächtigte Regierungsvertreter in Lhasa (um 1700). Die mandschurische Armee verteidigte Tibet, wenn es von Nepal angegriffen wurde

(1788, 1854). Als Gegenleistung forderte China, dass wichtige Entscheidungen über die tibetische Verwaltung von chinesischen Vertretern getroffen werden.

Um 1400 reformierte der buddhistisch-tibetische Geistliche Tsongkhapa (1357 – 1419) den Lamaismus und gründete die Schule der *Gelugpas* („Gelbmützen“, „Gelbmützensekte“ oder „gelbe Schule“ genannt), als deren Oberhaupt seit dem 16. Jahrhundert der **Dalai Lama** (bedeutet wörtlich „Ozean der Weisheit“ sowie auch „Gottkönig“) gilt.

Bei einer zweiten Bekehrung der Mongolen zum Buddhismus, verleihen die Mongolen 1578 Sonam Gyatso, einem Schüler Tsongkhas, den Ehrentitel „Dalai Lama“ und die Herrschergewalt über ganz Tibet. Seitdem gibt es die Inkarnationslinie als Dalai Lama. Da die beiden Vorgänger Sonam Gyatsos nachträglich als Dalai Lamas anerkannt wurden, zählt er selbst als der Dritte Dalai Lama.

Der frisch ernannte „Dritte“ Dalai Lama Sonam Gyatso und seine Anhänger gründeten im Feudalstaat Tibet mehrere große Klöster in der Umgebung von Lhasa. Dort wurde auch die medizinische Kunst an Klosteruniversitäten gelehrt, wo sie zum einen dazu diente, durch das Heilen ‚Mitgefühl‘ (das oberste Ziel buddhistischer Lehren) zu entwickeln und zum anderen stellte sie ein geeignetes Mittel zur Bekehrung dar. „Das Heilen der Kranken scheint eine herausragende Rolle in der erfolgreichen Verbreitung des Buddhismus in ganz Asien gespielt zu haben“ (Meyer 1997:110).

Aufgrund ihres hohen Ansehens wurden Ärzte in Tibet schon bald „König der Götter“ oder „Allwissender“ genannt.

„Ein überragender Arzt war daran zu erkennen, dass er allen Wesen jederzeit Erbarmen entgegenbrachte, sein Können zu ihrem Wohl ständig weiter vervollkommnete und nie vergaß, dass ein Arzt den Heilenden Buddha und die heilige Übermittlungslinie des medizinischen Wissens repräsentiert“ (Clifford 1989:89-90).

Diesem Ideal sind zweifellos nicht alle, aber viele der tibetischen Ärzte und Lama-Ärzte gerecht geworden, erläutert Clifford über die Entwicklung der tibetischen Medizin. „Die größten Ärzte Tibets waren auch große Lamas, deren aus meditativer Schulung gewonnene Weisheit viel weiter reichte als jedes weltliche Verständnis von Medizin und Moralität“ (ebd. 90).

8.1.4. Wiedervereinigung Tibets (1642)

Erst unter der Herrschaft der *Gelugpa*-Schule und des Fünften Dalai Lamas wurde Tibet im Jahr 1642 wiedervereinigt. Der Fünfte Dalai Lama förderte die medizini-

sche Lehre und ließ spezialisierte Institutionen bauen. Er initiierte eine neue Ausgabe der *Vier Tantras*, die jedoch erst nach seinem Tode durch Sangye Gyamtso vollendet wurde.

8.1.4.1. Blauer Beryll und Chagpori

Ende des 17. Jahrhunderts veröffentlichte der Regent Sangye Gyamtso (1653 – 1705) einen Kommentar zu den *Gyüshi* namens **Blauer Beryll** und ließ ihn mit einer Serie außergewöhnlicher Bilder illustrieren. Da die Chinesen diese Bilder bei der Besetzung Tibets zerstörten, wurden sie durch einen Künstler auf Rollbildern, den **Medizin-Thangkas**, originalgetreu nachgemalt.

Insgesamt über 8000 Einzelbilder auf 79 Thangkas sind zur Veranschaulichung des tibetischen Medizinwissens entstanden, auf denen oft die Beziehung zwischen Arzt und Patient dargestellt ist. In der historisch medizinischen Bilderserie wird immer wieder betont, dass der Arzt den Gesundheitszustand seines Patienten durch eine präzise Wahrnehmung untersuchen und behandeln soll.

Die bildliche Darstellung der Tibetischen Medizin ist einzigartig, denn kein anderes Medizinsystem verfügt über eine komplette bildliche Form seines medizinischen Wissens.

Diese medizinische Bilderserie ist eine „der großen Errungenschaften medizinischer Ikonographie“ (Meyer 1997:117) und heute immer noch ein bedeutender Bestandteil der Standardausbildung tibetischer Medizinstudenten.

1696 wurde durch **Sangye Gyamtso** die erste Medizinschule **Chagpori** („Eisenberg“) auf dem Eisenhügel in Lhasa errichtet. Es war die erste für tibetische Medizin erbaute Institution und der Beginn des „öffentlichen Gesundheitswesens“ in Tibet (vgl. Clifford 1989:89).

„Ihre allgemeine administrative und akademische Struktur jedoch entsprach den monastischen Hochschulen des *Gelugpa*-Ordens, dessen Oberhaupt der Dalai Lama war. Neben der festen Anzahl von Mönchen aus den *Gelugpa*-Klöstern wurden im *Chagpori* auch Mönche anderer Schulen und sogar Laien aufgenommen“ (Meyer 1997:117).

Trotz der Institutionalisierung der medizinischen Lehre

„setzte sich auch eine medizinische Tradition individueller Meister fort, manchmal auch in Familientraditionen. [...] Aus diesem Grunde haben die tibetischen Ärzte, die ihren Beruf häufig neben anderen Verpflichtungen weltlicher oder religiöser Art nachgingen, niemals eine echte sozioprofessionelle Gruppe herausgebildet“ (ebd. 118).

Aus der medizinischen Institution *Chagpori* gingen sämtliche Leibärzte der großen religiösen Herrscher hervor. 1959 wurde es jedoch von den Chinesen völlig zerstört.

8.1.5. Tibet im Interesse der Großmächte (ab 1900)

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stand Tibet im Interesse von den Großmächten Großbritannien, Russland und immer noch China. Es kam zu Besetzungen und Kriegsverhandlungen, die vorerst mit einem Abzug der Truppen endeten.

Bis 1912 erkannte die Weltpolitik Tibet als ein mit China assoziiertes Gebiet an. Außen- und Sicherheitspolitik (Militär) lagen in den Händen von China, ansonsten konnte Tibet sich selbst verwalten. Die Tibeter jedoch sahen sich aufgrund der eigenen Sitten, Sprache, Literatur, Schrift, Flagge usw. als eigenständige Nation und nicht als Teil Chinas an. Um die Abgrenzung zu den Chinesen zu veranschaulichen schreibt Tenzin Choedrak, der ehemalige Leibarzt des gegenwärtigen 14. Dalai Lama: „Die Tibeter lieben es, recht auffällige Ohrringe zu tragen; kein Chinese käme auf die Idee, sich damit zu schmücken. Nein, es gab keinerlei Ähnlichkeit zwischen uns und ihnen; sogar unsere Währungen waren verschieden“ (Choedrak 2003:184).

8.1.5.1. Unabhängigkeit Tibets (1913)

Im Jahr 1913 hat der damalige Dreizehnte Dalai Lama zwar die Unabhängigkeit Tibets erklärt, aber weder von Peking noch in internationalen Verträgen wurde Tibet jemals als ein von China unabhängiger Staat gekennzeichnet. 1914 erkannten Großbritannien und Russland die chinesische Oberhoheit über Tibet vertraglich an. Indien erkannte 1954 Tibet als Teil des chinesischen Staates an.

Auch der Völkerbund, der Vorläufer der Vereinten Nationen, hat Tibet nie als eigenständiges Land betrachtet. Ein wichtiges Kriterium für die Anerkennung eines Staates war damals die Beteiligung an den Angelegenheiten der internationalen Staatengemeinschaft. Tibet hatte sich nach 1913 jedoch in die Selbstisolation begeben und es versäumt, am Leben der Staatengemeinschaft teilzunehmen.



Abbildung 5: Tibetische Nationalflagge

(in China und dem „autonomen Gebiet Tibet“ verboten)

8.1.5.2. Mentsikhang (Schule für Medizin und Astrologie)

1916 gründete der Dreizehnte Dalai Lama in Lhasa den *Mentsikhang* („Medizin-Haus“), eine Schule für Medizin und Astrologie. Unter der Leitung seines Leibarztes **Khyenrab Norbu** (1883 – 1962) kam die Schule zu hohem Ansehen. Auf Khyenrab Norbu geht eine riesige Sammlung medizinischer Rezepturen zurück und er gilt bis heute als einer der größten tibetischen Mediziner.

Der *Mentsikhang* ist eines der wenigen Institutionen, welche die „Kulturrevolution“ der Chinesen überlebte. Seit der chinesischen Besetzung Tibets ist der *Mentsikhang* allerdings nicht mehr ein rein tibetisch medizinisches Institut; eine chinesische und eine westliche medizinische Abteilung wurden ebenfalls angegliedert. Es scheint, dass der Erhalt dieser medizinischen Institution ein Zugeständnis an die Effektivität der tibetischen Heilkunde ist.

8.1.6. Machtübernahme der Chinesen (ab 1950)

Nachdem China 1949 unter Mao Zedong zur kommunistischen Volkrepublik China wurde, starteten die Chinesen einen neuen Versuch, Tibet zu erobern – hauptsächlich, um sich gegen den immer mächtiger werdenden Nachbarn Indien strategisch zu schützen.

Im Jahr 1950 vollzog China das, was es als Wiederherstellung seiner legitimen Rechte ansah und gliederte Tibet gewaltsam an. Folterungen, Vergewaltigungen und Freiheitsentzug standen von nun an auf der Tagesordnung.

Mit der Machtübernahme der Chinesen wurden der Großteil der Klöster und Tempel zerstört und jede religiöse Aktivität in Tibet verboten. Dazu gehörte auch die Praktizierung der tibetischen Medizin.

„Many Tibetan physicians, particularly the older doctors and professors, were put into a group known as ‚gods, ghosts, and evil spirits‘, a revolutionary pariah group singled out for particularly harsh treatment. Many were sent to labor camps and rural communes where they were forbidden to practice medicine. Religious activities were proscribed, and large numbers of medical texts were destroyed. Possession or use of the root tantras was outlawed, and many of the doctors and students were forced to hide their texts“ (Janes 1995:19).

Die tibetische Medizin erlitt während der folgenden „Kulturrevolution“ (1966 – 1976) gewaltigen Schaden. Die einheimische tibetische Medizinausübung wurde gewaltsam unterdrückt und die großen medizinischen Zentren wurden bis auf wenige Ausnahmen vollständig zerstört.

Die Chinesen

„zerstörten, plünderten, verwüsteten alles, was im engeren oder auch nur im weitesten Sinne mit tibetischer Kultur zu tun hatte. Zehntausende von Tibetern waren in den Lagern verschwunden. Gedemütigt, zermürbt, entkräftet, bedankten sich manche angesichts der ständigen Bedrohung am Ende sogar bei ihren Folterern“

beschreibt Tenzin Choedrak (2003:261). Er war der Leibarzt des gegenwärtigen 14. Dalai Lama und befand sich selbst 21 (!) Jahre in chinesischer Gefangenschaft, wo er grausame Torturen überlebte. Die tibetische Bevölkerung musste

„ständige Kontrollen und Misshandlungen über sich ergehen lassen: Hausdurchsuchungen, Schwangerschaftsregistrierungen, Zwangsverhütung. Die Politik der Geburtenkontrolle wird übrigens heute noch fortgesetzt und aus Berichten geht hervor, dass seit 1960 junge zwangssterilisierte Mädchen und schwangere Frauen als Versuchskaninchen für skrupellose chinesische ‚Wissenschaftler‘ dienten“ (ebd. 261-262).

8.1.7. Wiederbelebung der tibetischen Kultur und der tibetischen Medizin (ab 1976)

Nachdem der 14. Dalai Lama 1959 ins indische Exil, nach **Dharamsala**, fliehen musste, folgten ihm viele hunderttausende Tibeter, um dem grausamen Leben in Angst und Terror unter der chinesischen Besatzung zu entgehen. Auf Betreiben des Dalai Lama wurde eine **Exilregierung** eingeführt, „die nach dem Muster zahlreicher anderer Länder funktioniert. [...] Dieses Bild hat nur einen Makel: Die Exilregierung Tibets ist von keiner anderen Nation anerkannt“ (ebd. 318).

Nach dem Tod Maos 1976 und dem Ende der auf ihn zurückgehenden „Kulturrevolution“ erhielten die Tibeter wieder die Erlaubnis zur Ausübung ihrer Kultur. An der Wiederbelebung der tibetischen Kultur hatte die Wiederherstellung der tibetischen Medizin einen wesentlichen Anteil.

8.1.7.1. Men-Tsee-Khang

Auch dem 14. Dalai Lama ist es ein wichtiges Anliegen, das Wissen der tibetischen Medizin zu sichern und wieder aufleben zu lassen. Im indischen Exil gründete der Dalai Lama 1961 eine Ambulanz für traditionelle Medizin, die sich 1967 durch die Hinzufügung der Abteilung für Astrologie zum bekannten *Tibetan Medical and Astrology Institute* (TMAI), auch „Men-Tsee-Khang“ genannt, entwickelte (www.men-tsee-khang.org, Zugriff April 2008).

Am TMAI dauert die Ausbildung zum Arzt gewöhnlich 5 bis 6 Jahre, gefolgt von einer zweijährigen Praxis. Angehende Ärzte lernen die Wirkung aller Heilkräuter aus dem Himalaya kennen, sie werden vertraut mit Astrologie, der Unterscheidung von

1600 Krankheiten, erlernen Diagnosetechniken und die Herstellung tibetischer Arzneien.

Heute ist das TMAI die größte und profitabelste nicht-religiöse Institution der tibetischen Exil-Regierung, und wird weithin als repräsentativ für tibetische kulturelle Ideale angesehen.

Aus dem Exil „gelangte die tibetische Medizin in die Grenzländer Indien und Nepal und später auch in den Westen“ (Meyer 1997:143).

Heute wird die tibetische Medizin fast unverändert gelehrt und praktiziert – nicht nur in Tibet.

8.2. Konzept und Struktur der Tibetischen Medizin (clinical reality)

Eine Einteilung in drei Bereiche kennzeichnet die tibetische Medizin (vgl. Clifford 1984):

Der spirituelle Teil wird als „Dharma-Medizin“ bezeichnet.

Im energetischen Teil geht es um „tantrische Medizin“.

Beim dritten somatischen Teil dient das Konzept der „**3-Säfte-Lehre**“ als zentrales Prinzip. Dieser somatische Bereich, der im Allgemeinen mit tibetischer Medizin gleichgesetzt wird und den auch ich in dieser Arbeit hauptsächlich behandle, wird am häufigsten praktiziert.

8.2.1. Philosophie und Körperbild

Das philosophische Gedankengebäude des Buddhismus ist die Basis der tibetischen Medizin; Religion und Medizin sind nicht voneinander getrennt. Somit kann die tibetische Medizin nicht losgelöst des buddhistischen Menschenverständnis von Grobstofflichem und Feinstofflichem – Körper und Seele – betrachtet werden.

Im Buddhismus ist „der menschliche Körper stets das Objekt besonderen Interesses gewesen“ (Meyer 1997:124). Einerseits wird die Wiedergeburt im menschlichen Körper als beste Existenzform derselben betrachtet. Durch psychophysische Übungen (Atemtechniken, Körper Einstellungen) des Körpers kann man nach buddhistischer Sicht die Kontrolle über den eigenen Geist erlangen. Der Körper dient somit als wertvolles Hilfsmittel, um den „Erleuchtungsgeist“ zu entwickeln.

Andererseits wird der Körper stets als eher negatives, vergängliches Objekt angesehen. Durch die physischen Gegebenheiten des menschlichen Körpers erfährt man leicht Anhaftung, was die Ursache des Leidens darstellt.

Laut dem Buddhismus setzt sich wie der Makrokosmos, auch der menschliche Mikrokosmos aus den **fünf Elementen Wind (Luft), Raum, Feuer, Erde, Wasser** zusammen. Zudem besagt die buddhistische Philosophie, dass das menschliche „Wesen“ (das Entstehen des Bildes vom individuellen „Ich“, einer Persönlichkeit) aus **fünf sich dauernd verändernden Phänomenen**, genannt „skandhas“, entsteht: Form, Empfindung, Wahrnehmung, Formkräfte und Bewusstsein (vgl. Meyer 1997:120f.).

Dieses buddhistische Gedankengerüst wird auch in der tibetischen Medizin verwendet, so dass der tibetische Arzt den physischen Körper als eine Zusammenstellung von den fünf Grundelementen sieht. Dabei stellt das fünffache Bewusstseinsprinzip „das zentralisierende Prinzip aller Sinneseindrücke dar und ist damit Sitz des diskursiven Denkens“ (ebd. 122).

Das **Körpersubstrat** selbst setzt sich einerseits „aus den **sieben Körperstoffen** oder -geweben – Chylus, Blut, Fleisch, Fett, Knochen, Mark und Reproduktionsflüssigkeit – und den Rückständen ihres Metabolismus – Kot, Urin, Schweiß, Zähnen, Haaren und Nägeln – zusammen“ (ebd.) und andererseits aus **drei humoralen Säften** namens *rLung (Wind)*, *Tripa (Galle)* und *Badken (Schleim)*. Diese Körpersäfte werden im folgenden Abschnitt über die Krankheitsentstehung genauer beschrieben.

8.2.2. Pathogenese

Die Hauptursache für Krankheiten ist Unwissenheit („Marigpa“). Diese **Unwissenheit von der Nicht-Existenz des Selbst** führen zu einem verblendeten Ich-Wahn sowie zum Anhaften an der Sinneswelt und damit zu immer neuen Wiedergeburten. Diese Gemütsverfassung bedingt körperliches und seelisches Leiden, welches somit immer aus unserer eigenen Wesenheit kommt.

Die „Unwissenheit“ führt zur Entstehung der drei Geistesgifte (vgl. Clifford 1989:127-132): Gier oder Anhaftung, Zorn oder Hass, Dummheit oder Verwirrung und somit zu einer Veränderung der physiologischen Körpersäfte *rLung (Wind)*, *Tripa (Galle)* und *Badken (Schleim)*.

In dieser **3-Säfte-Lehre** ist **rLung** (bedeutet „Wind“, hat keinerlei Bezug zum meteorologischen Phänomen Wind) für Bewegung und Bewusstsein zuständig und wird mit der Lebensenergie in Zusammenhang gebracht.

„According to classical Tibetan medical theory, the humor wind (rlung) is considered the most important of the three humors; it animates, gives rise to action, and brings life

to physical matter. Glossed simply, rlung might be defined as ‚life force‘ (Janes 1995:29).

Wichtige Körperfunktionen wie Atmung, Auswurf, Muskeltätigkeit, Sprechen, Menstruation, Urinieren und die Übertragung der sensorischen Nervenleitung werden durch rLung gesteuert.

rLung verbindet das Bewusstsein mit dem Körper. Es hat seinen Sitz in der unteren Körperhälfte und aufgrund seiner Verbindung mit dem Geist beruhen alle psychischen Störungen auf einem Ungleichgewicht von rLung. Auf körperlicher Ebene ist rLung zum Beispiel die Basis für die Muskelaktivität, die Nerven, die Atmung oder die Speichelbildung.

Aufgrund der unglücklichen Lebensumstände, in denen die gewaltsam unterdrückten Tibeter zurechtkommen müssen, ist „rLung“ bei Tibetern die am häufigsten diagnostizierte humorale Störung (vgl. ebd. 27-31). Dazu entsprechend zitiert der Ethnomediziner Craig Janes (ebd. 31) einen tibetischen Arzt:

„Of course, rlung must be more common nowadays because Tibet is no longer free. The Chinese government is the government of rlung. The Chinese government makes people unhappy, and so rlung must be more common... Tibetans have rlung because they are not free.“

Tripa (Galle, hat ebenfalls keinen Bezug zur Gallenflüssigkeit westlicher Nomenklatur) ist für die Verdauung und den Stoffwechsel verantwortlich. Es sitzt in der mittleren Körperhälfte, ist für alle verbrennenden Prozesse zuständig und wird der energiebetonten Lebenskraft und der Körperwärme eines Menschen zugeordnet. Auf geistiger Ebene steht Tripa für Mut und Intelligenz.

Badken (Schleim) ist Träger der wässrig-stofflichen Bestandteile des Körpers und zuständig für die Bildung von Körperflüssigkeiten. Es hat seinen Sitz im oberen Körperdrittel und führt zu einer Straffheit von Geist und Körper, verbindet die Gelenke und führt zu physischer Stärke und Stabilität. Auf geistiger Ebene sorgt es für Geduld.

Nach dem tibetischen Medizinverständnis entstehen die drei Körpersäfte aus den schon erwähnten fünf Elementen (Wind (Luft), Raum, Feuer, Erde, Wasser):

Wind (Luft) ist das Prinzip des Erhaltens und Bewahrens.

Raum dient als Träger der anderen vier Elemente.

Feuer steht für das Prinzip des Reifens.

Erde ist das Prinzip der Verfestigung und Formgebung.

Wasser ist das Prinzip des Zusammenhangs.

Grundsätzlich ist jeder Körpersaft von allen Elementen durchdrungen; jedoch wird jeder Körpersaft von einem bestimmten Element dominiert. Wie an der Tabelle 1 erkenntlich ist, wird beispielsweise Tripa (Galle) vom Element Feuer dominiert und ist daher im Körper für energieaufwändige Funktionen wie Stoffwechsel und Verdauung zuständig. (Wie dieses medizinische Konzept über Elemente und Säfte in der Praxis angewendet wird, soll in Kapitel 10 veranschaulicht werden.)

Element	Köpersaft	Funktion im Körper
Wind (Luft), Raum	rLung – Wind	Geistige Funktion, Bewusstsein, Bewegung (Antrieb der physiologischen Funktionen)
Feuer	Tripa – Galle	Energie, Mut, Verdauung, Stoffwechsel
Erde, Wasser	Badken – Schleim	Geduld, Regulation der Körperflüssigkeiten, physische Stärke

Tabelle 1: Das tibetische Medizinverständnis – Element, Körpersaft und Körperfunktion

Die Säftelehre der tibetischen Medizin ist mit der ayurvedischen Säftelehre Indiens praktisch identisch und hat Ähnlichkeit mit dem westlichen humoralpathologischen Konzept von Hippokrates und Galen: Sind die Körpersäfte/ energien im Gleichgewicht, ist man gesund. Wird eins verstärkt oder abgeschwächt, entsteht Krankheit. Die Geistesgifte haben einen entscheidenden Anteil an der zu Krankheit führenden Veränderung der Körpersäfte: „Begierde verursacht Wind, Hass und Zorn verursachen Galle und Unwissenheit und Ignoranz Schleimkrankheiten“ (Hobert 2004:89). Krankheiten entstehen also durch eine Disharmonie der drei Säfte, die – wenn nicht durch äußere Unfälle verursacht – aufgrund von falscher Ernährung, falschem Verhalten, zu wenig oder zu viel Bewegung, den Jahreszeiten unangemessenes Verhalten, aber auch durch böse Geister entsteht.

Durch Geistesgifte verursachtes falsches Denken ist somit eine der wichtigsten Krankheitsursachen und bedarf keiner pharmazeutisch-, naturstofflichen Behandlung, sondern „nur“ einer Änderung der Lebensführung.

Da die tibetische Medizin davon ausgeht, dass die meisten Krankheiten allein mit einer Verhaltensänderung zu kurieren sind, wird der Patient für die Ursachen seiner Krankheit ebenso verantwortlich gemacht wie für seine Heilung.

Interessant ist außerdem, dass die tibetische Medizin den menschlichen Körper nie als völlig gesund ansieht:

„Die tibetische Medizin hat sich die buddhistische pessimistische Sicht von der menschlichen Bedingtheit zu eigen gemacht und bezeichnet die Säfte, selbst wenn sie sich in ihrem Normalzustand befinden, entweder mit dem Begriff „nyepa“, was Fehler bedeutet, oder aber mit dem Begriff „nä“, Krankheit. Krankheit wird also nicht als eine fremde Größe gesehen, die den Körper befällt, sondern als eine im Wesen des Prinzips Leben selbst potentiell inhärent vorhandene Größe“ (Meyer 1997:128).

8.2.3. Diagnostik in der tibetischen Arzt-Patienten-Beziehung

Der Diagnoseprozess kommt in der tibetischen Medizinbehandlung ohne technische Instrumente aus und verläuft gewöhnlich in drei Schritten: Gespräch, Pulsdiagnose, Zungen- und Urinanalyse.

8.2.3.1. Gespräch

Die Gespräch wird eine große Bedeutung zugemessen, welches eine motivierende und persönlichkeitsstärkende Wirkung haben soll.

Der Arzt befragt den Patienten ausführlich zu Beschwerden, Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, nach seinem Alter, Beruf, wichtigen Lebensumständen und Verhalten (vgl. Clifford 1989:144). Indem der Arzt seinem Patienten zuhört, erforscht er den Ursprung der Krankheitssymptome. „Dabei benutzt er neben bewährten traditionellen Diagnoseprinzipien, die vornehmlich auf seiner subjektiven Sinneswahrnehmung beruhen, auch seine Intuition, die ihm hilft, ein tieferes, spirituelles Verständnis der Zusammenhänge zu erlangen“ (Hobert 2004:197).

So ist es dem Arzt möglich, ganzheitliche Zusammenhänge der Krankengeschichte seines Patienten ausfindig zu machen.

8.2.3.2. Arzt und Patient

Die Besonderheit der tibetischen Medizinpraxis liegt im außergewöhnlichen Arzt-Patienten-Verhältnis, welches auf Verständnis und Mitgefühl basiert.

Choedrak (2003:150) schreibt über den tibetischen Arzt: „Er muss den Patienten so betrachten, als handele es sich um einen Verwandten. Verstößt er gegen dieses Gebot, so entsteht unverzüglich ein Hindernis zwischen Arzt und Patient, und die Krankheit wird dann sehr viel schwieriger zu behandeln sein.“ Dieses Verhalten soll beim Patienten Vertrauen, Sicherheit und Geborgenheit wecken und somit zum Heilerfolg beitragen.

In der tibetischen Medizin existiert die Vorstellung, dass die Heilerfolge vom geistigen und moralischen Entwicklungszustand des Arztes abhängig sind. Fühlt sich der Patient bei dem Arzt in vertrauensvollen Händen, spürt er sein ehrliches Interesse und Mitgefühl, fördert dies den Heilungsprozess.

Die moralische und spirituelle Integrität des Arztes sowie die fachliche Kompetenz sind in den Augen der tibetischen Medizin von ausschlaggebender Bedeutung für den Heilerfolg.

Das ethische Vorbild für den Arzt ist der **Bodhisattva**, ein Wesen, welches von der buddhistischen Motivation geleitet ist, alle vom Leiden zu befreien. Die Fähigkeit zum „Mitgefühl“ spielt, wie im Buddhismus auch, in der tibetischen Medizin eine zentrale Rolle.

Auch vom Patienten wird in der tibetischen Medizinbehandlung erwartet, dass er Liebe und Mitgefühl entwickelt, Mantras rezitiert, Visualisierungs- und Atemtechniken anwendet und sich in der Meditation übt.

Patient und Arzt tragen beide zu gleichen Teilen zum Heilungserfolg bei: Während der Patient für die Beseitigung der Krankheitsursachen verantwortlich ist, liegen Heilung und Erteilung von Ratschlägen in den Händen des Arztes.

8.2.3.3. Pulsdiagnose

„Die Ärzte von einst vermochten den Puls zu lesen, wenn sie nur den Schnürsenkel des Patienten berührten“ (Choedrak 2003:321) pflegte man früher in Tibet zu sagen.

Die wichtigste und von einigen tibetischen Ärzten ausschließlich verwendete Diagnoseform ist die Pulsdiagnose. Tibetische Ärzte sind darin geschult mit einer speziellen Grifftechnik insgesamt 49 verschiedene Pulse zu unterscheiden.

Dabei fühlt der Arzt mit der linken Hand die Pulse am rechten Handgelenk des Patienten. Mit dem Zeigefinger können die Pulse der Lungen und des Dickdarms ertastet werden, durch den Mittelfinger die der Leber und der Gallenblase und durch den Ringfinger die der rechten Niere und der Harnblase.

Mit der rechten Hand erfühlt der tibetische Arzt die Pulse am linken Handgelenk des Patienten. Durch den Zeigefinger liest er die Pulse des Herzens und des Dünndarms; mit dem Mittelfinger die der Milz und des Magens und der Ringfinger die der linken Niere und des Samengefäßes.

Wird eine weibliche Patientin untersucht, sind die Pulse der Organe unter dem Zeigefinger des Arztes vertauscht; unter seinem linken Zeigefinger befindet sich dann der Herzpuls und unter seinem rechten Zeigefinger der Lungenpuls.

Die Eigenschaften der Grundpulse können beispielsweise als kräftig, oberflächlich, schnell, gespannt, schwach, langsam, aufgebläht oder leer unterschieden werden. Bildlich wird der Pulsschlag eines Menschen mit den „**Wellen des Ozeans**“ vergli-

chen: Genau wie sich die Höhe und Position bei den Wellen des Ozeans durch Windstärke und Richtung verändern, ist auch der Puls der einzelnen Körperorgane bei einem Ungleichgewicht (Krankheit) verändert. So können tibetische Ärzte fühlen, ob beispielsweise der ‚Herzwind‘ oder der ‚Nierenwind‘ stärker ist.

Zuerst wird überprüft, welches bzw. welche der drei Körperprinzipien **rLung, Tripa und Badken** aus dem Gleichgewicht gekommen sind.

„Nach tibetischer Ansicht ist der Arzt der beste, der seine Diagnose ausschließlich aufgrund der Pulsuntersuchung stellen kann, ohne dem Patienten auch nur eine einzige Frage stellen zu müssen“ (Meyer 1997:132).

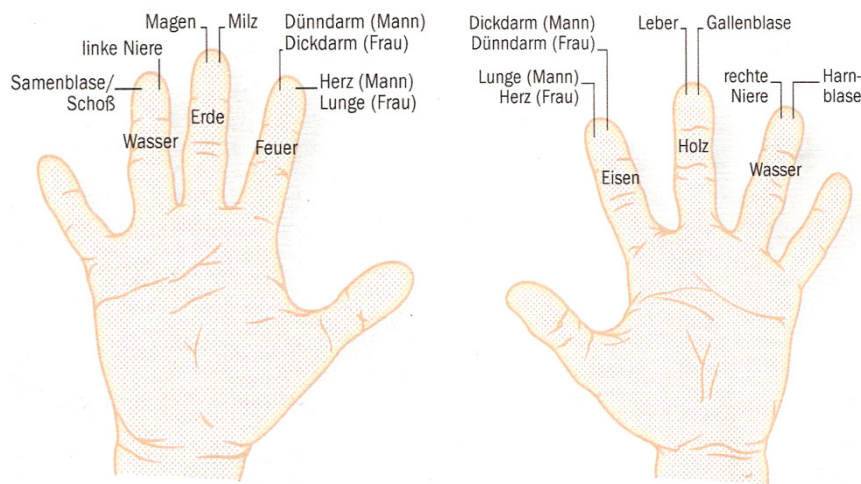


Abbildung 6: Rechte und linke Hand des tibetischen Arztes für die Pulsuntersuchung

Mit der Pulstastung ist eine akkurate, nachprüfbare, effiziente und preiswerte Diagnostik möglich. Das Krankheitsspektrum, das damit abgedeckt wird, ist etwa das gleiche, dem sich der im Westen niedergelassene Arzt gegenüber sieht. Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes, Stoffwechselstörungen, Krebserkrankungen oder Tuberkulose können in verschiedenen Organen ohne technische Hilfsmittel diagnostiziert werden. 95% aller bekannten Krankheiten können durch die Pulsdiagnose festgestellt werden.

8.2.3.4. Zungenanalyse und Urinanalyse

Als weitere Diagnosetechnik untersucht der Arzt das Gesicht, die Zunge und den frisch gelassenen Urin. Dazu schlägt er den Urin mit einem Stäbchen und untersucht ihn auf Schlieren- und Blasenbildung, sowie Geruch und Geschmack.

Die Urinanalyse stellt ein besonderes Merkmal der tibetischen Medizin dar.

„Tatsächlich kennt die chinesische Medizin die Urinanalyse als spezifische Diagnose-technik nicht. Im Ayurveda wird sie nicht vor dem elften Jahrhundert erwähnt und hat darüber hinaus nur wenig mit ihrem tibetischen Gegenstück gemein“ (Meyer 1997:134).

Trotz des tibetischen Ursprungs hat die Urinanalyse aufgrund der aufwändigen Durchführung in der tibetischen Medizinbehandlung deutlich an Bedeutung verloren (vgl. ebd. 132).

Mit der tibetischen Puls- und Zungendiagnose lassen sich äußere (z. B. klimatische Einflüsse) und innere Krankheitsauslöser (z. B. emotionale Blockaden) bereits im Frühstadium diagnostizieren. Somit kann durch gezieltes Gegensteuern und rechtzeitige Behandlung der Krankheitsausbruch verhindert werden.

8.2.4. Krankheitsbehandlung in der tibetischen Arzt-Patienten-Beziehung

Die tibetische Medizinthherapie baut auf einem stufenweisen Prinzip auf: Zuerst werden sanfte innere Methoden angewendet und wenn diese nicht wirken, wird auf stärkere äußere Methoden zurückgegriffen. Alle Behandlungsmethoden haben zum Ziel, das Gleichgewicht der Kräfte im Körper wiederherzustellen.

Anfangs thematisiert der Arzt im **Gespräch** mit seinem Patienten Ratschläge zu **Er-nährung**.

Nach der tibetischen Medizinlehre setzen sich auch Nahrungsmittel aus den fünf Elementen Wind (Luft), Raum, Feuer, Erde, Wasser zusammen. Durch das Vorherrschen bestimmter Elemente haben sie den Elementen entsprechende Funktionen. Genau wie Tripa (Galle) vom Element Feuer dominiert ist und daher Körperfunktionen wie Verdauung, Stoffwechsel auslöst, haben beispielsweise scharfe Gerichte dieselbe Wirkung. Scharfe Nahrungsmittel werden ebenfalls vom Element Feuer dominiert und lösen daher energetische Funktionen wie Stoffwechselfvorgänge aus. Leidet man nun an einem Mangel des Körpersaftes Tripa (Galle), was sich zum Beispiel durch mangelnde Energie bemerkbar macht, so kann man ganz einfach mit scharfen, salzigen und sauren Nahrungsmitteln, die durch das Element Feuer dominiert sind, diese Störung ausgleichen.

Dasselbe Prinzip wird beim umgekehrten Krankheitsfall angewendet: Leidet ein Mensch an einem Überschuss von Tripa (Galle) was sich beispielsweise in Aggression, Ungeduld, Kopfschmerzen ausdrückt, wären die geeigneten Geschmacksrichtungen süß, bitter und zusammenziehend.

Insgesamt gibt es sechs Geschmacksqualitäten, welche die Nahrungsmittel charakterisieren:

- 1) süß (Erde und Wasser)
- 2) sauer (Erde und Feuer)
- 3) bitter (Wasser und Luft)
- 4) salzig (Wasser und Feuer)
- 5) scharf (Feuer und Luft)
- 6) zusammenziehend (Erde und Luft)

Ein weiterer Punkt der medizinischen Behandlung ist die **Lebensführung** und das **Verhalten** des Patienten, dabei steht dessen psychoemotionales Grundthema im Zentrum der Betrachtung (vgl. Hobert 2004:197-200). Der Arzt empfiehlt ein angemessenes Verhalten entsprechend der Störung des Körpersaftes. Beispielsweise sollen Menschen mit einem Überschuss des Körpersaftes Tripa (Galle) übermäßige Hitze meiden, häufige Ruhepausen einlegen, viel trinken und kühlende Speisen bevorzugen (vgl. ebd. 58).

Der tibetische Mediziner nimmt sich ausreichend Zeit für ein lebensordnendes Gespräch mit seinem Patienten, um ihn zu motivieren und gezielte Ratschläge zur Wiederherstellung des Energiegleichgewichts zu geben.

Die besondere Kraft der tibetischen Heilkunde besteht darin, dem Patienten mit diesen **ausführlichen Gesprächen** zu helfen, seine emotionale Balance wiederzufinden. Hier wird erkenntlich, dass sich die tibetische Medizin eher auf den *illness*-Aspekt konzentriert; das subjektive Empfinden des Patienten wird im Gespräch mit dem Arzt thematisiert. Kleinman hatte also Recht, als er davon sprach, dass sich asiatische Medizinsysteme eher auf *illness*, im Gegensatz zur *disease*-orientierten westlichen Medizin, konzentrieren. Nicht *curing the disease*, sondern *healing the illness* stehen in der tibetischen Medizinbehandlung im Vordergrund.

Nach dem Gespräch werden **innere (natürliche) Heilmethoden** wie Kräuterpillen, Abführmittel, Brechmittel oder Schnupfmittel als Medikamente verschrieben, wenn eine Änderung der Ernährungs- und Verhaltensweise nicht zur Beseitigung der Krankheit ausreicht (vgl. Hobert 2004:273-305). Hier verfügt die tibetische Medizin über einen großen Schatz an unterschiedlichsten Pillen, die teilweise über 80 verschiedene Bestandteile haben.

Die Tibet-Arzneien aus der Himalaja-Region („goldene Schatzkammer der Medizin“) gehen auf eine jahrhundertealte Tradition zurück. Sie sind komplizierte Mischungen vieler Wirkstoffe mit besonderen Verarbeitungsmethoden. Astrologische Aspekte werden für die Vorherbestimmung günstiger Tage für das Sammeln von Heilpflanzen berücksichtigt.

Die tibetischen Heilmittel enthalten Kräuter und Gewürze, aber auch Metalle, Edelsteine und animalische Zusätze in Pulverform.

Die **Juwelenpille** gilt als die Krone der Himalaja-Apotheke. Die sagenumwobenen Pillen sollen „mit jeder Krankheit fertig“ werden. Juwelenpillen enthalten neben Arzneipflanzen auch Gold, Silber, Smaragde, Diamanten, Korallen (insgesamt zwischen 25 bis 165 Einzelbestandteile) und werden nach einer alten Geheimlehre hergestellt.

Westliche Kritiker warnen vor dem Gebrauch von Quecksilber in den Juwelenpillen als Gegenmittel für alle Arten von Giften. Tibetische Mediziner jedoch glauben an die Worte im *Gyüshi*: „Gereinigtes, entgiftetes Quecksilber bringt Klarheit in Geist und Sehvermögen; der Geruchssinn wird verfeinert, und man hört mit großer Intensität. Die fünf Sinne werden extrem angeregt“ (Choedrak 2003:143).

Damit die Juwelenpillen richtig wirken, sollten sie in den frühen Morgenstunden eingenommen, im Mund zerbissen und mit heißem Wasser hinuntergespült werden (vgl. ebd. 144). Dabei ist das Mantra des Medizin-Buddhas zu rezitieren und der Medizin-Buddha zu visualisieren. In den darauffolgenden Tagen sieht die Behandlung vor, eine Diät einzuhalten (Verzicht auf Fleisch, Eier, rohes Gemüse und Obst etc.) sowie auf anstrengende Tätigkeiten zu verzichten.

In Deutschland sind nur wenige der tibetischen Kräuterarzneien auf Verschreibung vom Arzt zugänglich. Die bekannteste Arznei ist **Padma 28**, die in der Schweiz nach westlichen Standards hergestellt wird und in Deutschland auf Rezept erhältlich ist. Es enthält 21 Kräuter, Tannine, Flavonoide, ätherische Öle und Kampfer, außerdem Kalziumsulfat. Es soll entzündungshemmend wirken und vor allem bei Arteriosklerose

rose, Durchblutungsstörungen, schlecht verheilenden Wunden sowie bei chronischer Bronchitis und Polyarthritiden helfen.

„Mehrere klinische Studien nach naturwissenschaftlichen Kriterien (auch randomisierte Doppelblindstudien) haben die Wirksamkeit der tibetischen Präparate aus der Schweiz eindeutig nachgewiesen“ (Hobert 2004:278).

Als weitere **sanfte Heiltechniken** können Heilmassagen, heiße und kalte Kompressen sowie Bäder, Inhalation, Einlauf (Klistier, Klyasma), Massagen, Mineralbäder und Räucherungen in der tibetischen Medizinbehandlung Anwendung finden.

Wenn Medikamente, Ernährungsumstellung, Verhaltensänderungen und sanfte äußere Anwendungen wie Massagen etc. nicht ausreichen, können tibetische Ärzte **externe Behandlungsmethoden** verwenden (vgl. ebd. 200-227). Zu den äußeren intensiveren Heilmethoden gehören: Aderlass, Kauterisation, Moxabustion, Schröpfen, Goldene-Nadel-Therapie, Akupressur sowie die im Westen beliebte Akupunktur.

Die tibetische Medizin kann auch auf **spirituelle Heilverfahren** zurückgreifen, wozu astrologische und numerologische Betrachtungsweisen, Handauflegen (Tsa Lung), Chakrenreinigung und die Arbeit mit heiligen Mantras der Lamas gehören (vgl. ebd. 227-239).

Im Praxisalltag werden Rezitationen von Gebeten, aber auch Visualisierungstechniken relativ häufig benutzt, um die Wirkung der therapeutischen Maßnahmen zu verstärken.

Allerdings muss hier angemerkt werden, dass hauptsächlich die Moxabustion (dabei werden die Akupunktur-Punkte nicht durch Nadelstiche, sondern mit Hitze stimuliert) eine noch häufig praktizierte Form der äußeren Behandlungsmethoden in der zeitgenössischen tibetischen Medizinpraxis ist. Die anderen externen und spirituellen Methoden haben weitestgehend an Bedeutung verloren.

9. Gegenüberstellung: Westliche Medizin und Tibetische Medizin

Nachdem die westliche Biomedizin und die tibetische Medizin auf ihre historische Entstehungsgeschichte sowie auf ihre kennzeichnenden Merkmale zur Krankheits-

entstehung und Krankheitsbehandlung untersucht wurden, sollen sie hier zusammenfassend gegenübergestellt werden.

9.1. Historische Ereignisse und kulturelle Denkweise

Aufgrund unterschiedlicher historischer Ereignisse haben sich in den verschiedenen Kulturen unterschiedliche Heilsysteme entwickelt.

Die westliche Kultur wurde geprägt von Industrialisierung und einem naturwissenschaftlichen Verständnis, während die asiatische tibetische Kultur überwiegend durch den Buddhismus beeinflusst wurde. Dies spiegelt sich auch in den Medizinsystemen wieder, welche ja ein Produkt ihres Kulturkreises sind und nicht davon losgelöst betrachtet werden können.

9.2. Philosophie und Körperbild

Kennzeichnend für die westliche Medizin ist der Cartesianische Dualismus: Körper und Geist werden getrennt voneinander betrachtet und behandelt. Daraus hat sich ein mechanistisches und naturwissenschaftlich dominiertes Körperverständnis entwickelt. Der menschliche Organismus wurde in immer kleinere Funktionseinheiten wie Zellen, Organe oder Gene eingeteilt und demnach untersucht.

Die Anatomie der westlichen Biomedizin ist jedoch nicht die einzig mögliche Körperauffassung: Die tibetische Medizin zeigt, dass das Individuum in tiefere Bedeutungsbezüge von Körper und Kosmos eingebettet gesehen werden kann.

„Being part of much larger cosmologies, these traditional ‚maps‘ of the human body bear little relation to the illustrations in a Western anatomy textbook“ (Helman 2007:30).

Die tibetische Medizin beruht auf der geisteswissenschaftlichen Lehre des Buddhismus: Der Mikrokosmos Körper wird wie der universale Makrokosmos aus den fünf Elementen Wind (Luft), Raum, Feuer, Erde, Wasser sowie den drei Energien rLung, Tripa und Badken bestehend gesehen.

Helman (ebd.) schreibt passend über die Betrachtung des tibetischen Körperbildes aus der westlichen Perspektive:

„To the scientific medical mind, these ‚maps‘ of the body are merely symbolic – mystical metaphors that bear no relation to physical reality. To the practitioners of these ancient forms of healing, however, they represent true models of how the body functions in both health and disease, and are rooted in religious traditions many thousands of years old“.

9.3. Pathogenese

Die Biomedizin verwendet naturwissenschaftliche Theorien und Methoden, um Krankheitsursachen zu erklären und allgemeingültige Krankheitstheorien aufzustellen. Dabei bedient sie sich einer kausalanalytischen, experimentellen und induktiven Herangehensweise. Die Krankheitsbilder und Theorien ihrer Entstehung genügen der Kausalität, Eindeutigkeit, Widerspruchsfreiheit, Quantifizierung und Begründbarkeit. Es wird zwischen *endogenen* und *exogenen* Krankheitsursachen unterschieden, die alle zu physiologischen Störungen führen. Aufgrund der rein naturwissenschaftlichen Konzeption von Krankheitsentstehung ist es möglich, die Krankheit unabhängig von der leidenden Person zu untersuchen. Die biologisch-messbare Krankheit (*disease*) steht im Vordergrund und nicht das subjektive Krankheitserleben (*illness*).

Nach der tibetischen Medizin führt eine Disharmonie der drei Körpersäfte rLung, Tripa und Badken zu Krankheit. Der Hauptauslöser für dieses Ungleichgewicht der Körperenergien ist geistige Unwissenheit. Daneben lösen die fünf Elemente Wind (Luft), Raum, Feuer, Erde, Wasser, eine falsche Lebens- oder Ernährungsweise sowie ein den Jahreszeiten unangemessenes Verhalten ein Ungleichgewicht der Körpersäfte und somit Krankheit aus.

9.4. Diagnostik

Die naturwissenschaftliche Diagnostik der Biomedizin besteht aus der Anamnese und einer körperlichen Untersuchung. Dabei werden apparative Diagnosetechniken zur endgültigen Diagnose verwendet.

Während der westliche Mediziner durch ein Mikroskop schaut, um die Ursachen der Krankheit auf einer molekularen Ebene zu erkennen, fangen tibetische Ärzte beim Patienten an.

Dem Gespräch kommt eine besondere Bedeutung zu, woraus der tibetische Mediziner ganzheitliche Zusammenhänge der Krankengeschichte seines Patienten ausfindig zu machen versucht. Die Diagnostik in der tibetischen Medizin vertraut nicht auf optische, akustische oder computergestützte Diagnosegeräte und technische Apparate, sondern auf die erhöhte Wahrnehmung des Arztes.

Nach dem Gespräch dient die hochentwickelte Pulsuntersuchung als wichtigste Diagnoseform, mit der viele unserer westlichen Kultur bekannte Krankheiten festgestellt werden können. Einige tibetische Ärzte wenden zusätzlich auch die Zungen- und Urinanalyse an.

9.5. Krankheitsbehandlung

Um die physiologisch diagnostizierte Krankheit zu behandeln, wendet die Biomedizin *allgemeine* Behandlungsmethoden wie Diätberatung oder physiotherapeutische Anwendungen wie Massagen oder Heilgymnastik an. Zu den *speziellen* Therapiemethoden gehören chirurgische Eingriffe, Arzneimitteltherapie, Chemotherapie und Bestrahlung.

Für rein psychische Krankheiten finden Psychotherapien und andere auf die Psyche konzentrierte Therapien Anwendung.

In der tibetischen Medizin findet nicht nur die Diagnose, sondern auch die Krankheitsbehandlung überwiegend im Gespräch statt. Hier wird das subjektive Krankheitsempfinden (*illness*) des Patienten analysiert und Arzt und Patient erarbeiten gemeinsam, wie die Krankheitsauslöser beseitigt werden können.

Anschließend werden Arzneimittel sowie sanfte *innere* Behandlungsmethoden, wozu Massagen und Kompressen gehören, angewendet. Wirken diese Behandlungsmethoden nicht, greift die tibetische Medizin auf *externe* Behandlungsmethoden zurück, wozu hauptsächlich Moxabustion und Akupunktur zählen. In manchen Fällen werden auch astrologische Betrachtungen, Chakrenreinigung und das Rezitieren von Mantras als *spirituelle* Behandlungsmethoden durchgeführt.

Eine zusammenfassende Gegenüberstellung gibt die folgende Tabelle 2.

9.6. Tabelle

	Westliche Biomedizin	Tibetische Medizin
Merkmale der Medizinkultur	Naturwissenschaftliches-technisches Denken in der (post)modernen Industriegesellschaft	Medizin als eine mit dem Buddhismus verbundene Wissenschaft
Wissenschaftliche Herangehensweise	Naturwissenschaften	Empirie und Phänomenologie
Philosophie und Körperbild	Cartesianischer Dualismus <ul style="list-style-type: none"> - Trennung von Körper und Geist - Mechanistisches, reduktionistisches, materialistisches Körperverständnis - Nur physischen Merkmale werden untersucht und behandelt 	Buddhistische geisteswissenschaftliche Lehre <ul style="list-style-type: none"> - Körper besteht aus fünf Elementen (Wind (Luft), Raum, Feuer, Erde, Wasser) sowie aus drei humoralen Säften (rLung, Tripa und Badken) - Ganzheitliche medizinische Untersuchung und Behandlung
Pathogenese	Naturwissenschaftliches Konzept von Krankheitsentstehung <ul style="list-style-type: none"> - Endogene und exogene Krankheitsursachen führen zu physiologischen Störungen - Krankheiten unterliegen physikalischen und chemischen Gesetzen - Krankheitsursache wird in Zellen, Genen und Organen gesucht <p>Pathologisch orientiert <i>Disease</i> orientiert</p>	Humoralpathologisches Konzept von Krankheitsentstehung: <ul style="list-style-type: none"> - Disharmonie der Säfte durch - Geistige Unwissenheit - Falsche Ernährung - Den Jahreszeiten unangemessenes Verhalten <p>Philosophisch orientiert <i>Illness</i> orientiert</p>
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese - Körperliche Untersuchung - Verwendung von medizinischer Technologie - Visuell-symptomorientierter Zugang: Betrachtung von kleinsten Körperbestandteilen wie Zellen, Genen und Organen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräch und Beobachtung durch erhöhte Wahrnehmung des Arztes - Pulsdiagnose - Zungenanalyse und Urinanalyse
Krankheitsbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Behandlung (Diätberatung, Massagen, Heilgymnastik) - Spezielle Behandlung (Arzneimitteltherapie, chirurgische und technische Eingriffe, Chemotherapie, Bestrahlung, Transplantation) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lebensordnendes Gespräch - Innere Heilmethoden (Arzneien aus der Himalaja-Apotheke, Massagen, Bäder) - Äußere Heilmethoden (Moxabustion, Akupunktur) - Spirituelle Heilmethoden (Chakrenreinigung, Mantras, Astrologische und Numerologische Betrachtungen) - Lebensphilosophie
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung von akuten Notfälle, Infektionen - Hochentwickelte Unfallchirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> - Prävention geeignet, Störungen der Körpersäfte können sehr früh erkannt und behandelt werden

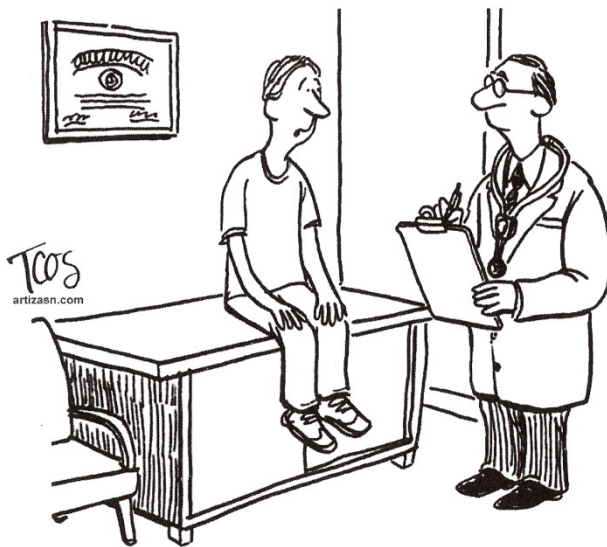
Tabelle 2: Gegenüberstellung: westliche Medizin und tibetische Medizin

10. Ethnomedizinische Fallbeispiele aus der Arzt-Patienten-Beziehung

Nachdem die – in den Worten Kleinmans ausgedrückt – *social reality* und die *clinical reality* des westlichen sowie des tibetischen Medizinsystems hinsichtlich ihres Entstehungshintergrunds und ihrer Theorien und Konzepte behandelt wurden, soll nun die *symbolic reality* der beiden Medizinsysteme anhand einiger ethnomedizinischer Fallbeispiele veranschaulicht werden.

Diese sollen zeigen, wie unterschiedliche kulturelle Vorstellungen in der medizinischen Praxis umgesetzt werden.

Dabei erheben sie nicht den Anspruch auf Allgemeingültigkeit, sondern stellen nur exemplarisch dar, wie die Arzt-Patienten-Beziehung, das zentrale Element *jeder* medizinischen Behandlung und der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit, in der westlichen Medizin sowie in der tibetischen Medizin in der Praxis aussehen kann.



«Before you examine me, promise me nothing's wrong.»

Abbildung 7: Vor der medizinischen Untersuchung¹⁵

10.1. Westliche Medizin (symbolic reality)

Um einen Einblick in die westliche medizinische Praxis zu geben, werde ich die zuerst die Sicht- und Denkweise eines westlichen Internisten darstellen.

Danach werde ich die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten erläutern.

¹⁵ Quelle: Andrew Toos, USA. In: Kocher 2006:55

10.1.1. Sicht- und Denkweise eines westlichen Arztes

Die Ethnomediziner Robert A. Hahn und Atwood D. Gaines (1985) zeigen in ihrem Band „Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice“, wie die – mit Kleinmans Begriff ausgedrückt – *symbolic reality* in der Biomedizin durch die Behandlungsweise der Ärzte gestaltet wird. Jahrelange (teilnehmende) Beobachtung in der biomedizinischen Praxis resultierte in diesem umfangreichen Werk über westliche Medizinpraxis.

Daraus verwende ich Material des Portraits über den Internisten ‚Barry Siegler‘. Hahn (1982, 1985) beschreibt in der Darstellung ‚Barrys‘ aufschlussreich, durch welche Erklärungsmodelle, Glaubensvorstellungen und Grundsätze dieser westliche Internist seine Patienten behandelt.

Durch Beobachtung und Begleitung dessen alltäglicher Arbeit hat Hahn verbale sowie nicht-verbale (körperliche Gesten, Instrumente, Kleidung) Daten aufgezeichnet. Dieses Material diente ihm zur Aufstellung eines Portraits von Barry. Insbesondere werden darin die Weltansichten und Behandlungsweisen des Arztes beschrieben, die exemplarisch für die Leitsätze und Behandlungskonzepte der Biomedizin stehen können.

Ein Internist ist im europäisch-nordamerikanischen Raum ein Allgemeinmediziner, der sich mit den „inneren“ Krankheitsbildern der Patienten beschäftigt. Operationen gehören nicht zu seinem Aufgabenbereich. Internistische Medizin wird häufig auch einfach „Medizin“ genannt, da es der zentrale und am häufigsten aufgesuchte Bereich der westlichen Biomedizin ist: „Internal medicine is the mind, if not the heart, of ‘Western’ medicine – Biomedicine. It is called simply “medicine”“ (Hahn 1985:51).

Hahn (1982:227f.) beschreibt Barry Siegler als einen typischen Internisten: Er ist über 50 Jahre alt und praktiziert seit 20 Jahren internistische Medizin. Er lebt in einer Kleinstadt mit 200 000 Einwohnern in den USA, wo er außer seiner alltäglichen medizinischen Arbeit auch aktiv am Leben in der politischen und medizinischen Gemeinschaft teilnimmt. Sein ganzes Leben ist an seinem Beruf als Mediziner ausgerichtet und weit im Voraus geplant:

„He knows when he will take his vacation next year, which weekends and nights he is “on call”, which mornings he will make rounds in which hospital, and the hourly contours of each day. These plans are generally changed only for emergencies – those of patients, colleagues, and his family“ (Hahn 1985:61).

Barry Siegler sieht auch wie ein typisch westlicher Mediziner aus: „He always carries his stethoscope, hung or draped around his neck; he uses it frequently“ (Hahn 1985:58). Er arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis mit zwei anderen Internisten. Obwohl sie sich die Räumlichkeiten sowie das Personal teilen, hat jeder Arzt seine „eigenen“ Patienten. Auch die Patienten denken, dass sie einen „eigenen, für sie verantwortlichen“ Arzt haben, von dem sie sich regelmäßig behandeln lassen; interne Arztwechsel sind in der Gemeinschaftspraxis nicht üblich. Hahn (1982:227) bemerkt jedoch zu diesem scheinbar ausgeglichenen Besitzverhältnis zwischen Ärzten und Patienten: „This apparently reciprocal relationship of possession is in reality quite asymmetrical, with multiple moral, legal, emotional and therapeutic facets. These are the foundations for what is called simplistically, ‚the doctor-patient relation‘“.

Ein wesentliches Merkmal von Barrys Denken ist ein dualistisches Menschenbild, worin Körper und Geist getrennt voneinander betrachtet werden. Obwohl Barry philosophische Ansichten als „airy and useless“ bewertet, ist bei seinem Handeln doch eine Philosophie zu erkennen „which is pragmatic and activist. Body/non-body dualism is prominent as is rationalism“ (ebd. 234).

Hahn (ebd. 231) hat zur Veranschaulichung von Barrys medizinischem Denken ein Bild entworfen, welches seine Ansichten über die menschlichen Patienten widerspiegelt:

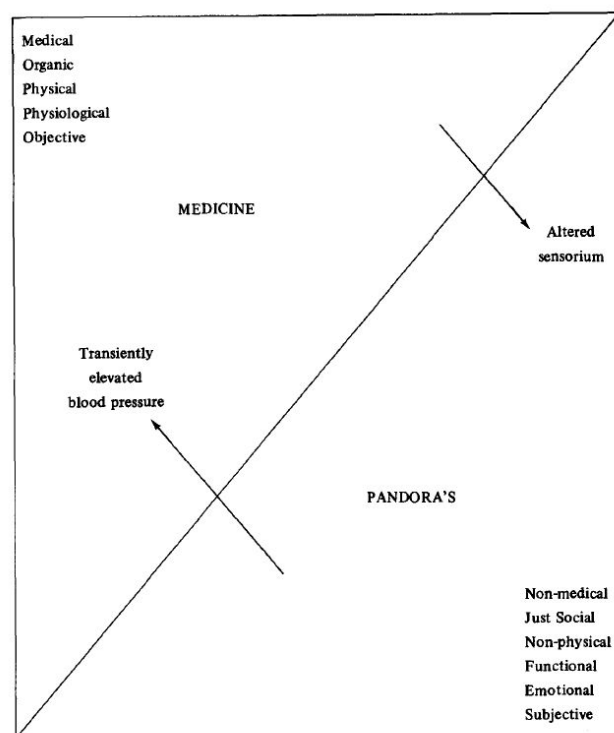


Abbildung 8: Denkweise des westlichen Internisten

Diese Graphik steht nicht nur für „Barry’s own emotional life and his practice, but also for his relations with his patients, and for the broader institutions of medicine which his practice exemplifies“ (Hahn 1982:231).

Der körperliche Bereich des Menschen ist Barrys wie auch das Metier der internistischen Medizin. Er behandelt physische, organische, objektive und wissenschaftliche Gebiete. Die geistliche, psychologische oder soziale Seite eines Menschen sieht er klar getrennt von seinem Aufgabenbereich und nennt sie „Pandora’s“ (ebd. 232).

Er ist froh darüber, sich nicht mit der „undurchschaubaren, rätselhaften“ Seite eines Menschen befassen zu müssen und sagt über sich selbst: „I’m a poor psychiatrist. I’m as poor a psychiatrist as I am a dermatologist“ (ebd. 230).

Einerseits ist er froh nichts mit den Spezialrichtungen Psychiatrie, Neurologie, Chirurgie, Anästhesie, Geburtskunde, Radiologie und Onkologie („It’s a horrible specialty. I can’t imagine doing that. But thank God some people are willing to do that... Cancer is a big ball game. You’ve got to treat it with guns on day one.“) zu tun zu haben und seine Patienten bei Bedarf dorthin zu überweisen (Hahn 1985:67). Andererseits ärgert er sich über mangelnde Kommunikation mit den anderen Medizinspezialisten („That’s communication again with surgeons. We just don’t get it. I get very irritated by that – not knowing what’s going on with patients.“), weil er von ihnen oft nicht vollständige Informationen über den Gesundheitszustand seines zu behandelnden Patienten bekommt (ebd. 68).

Jedoch fürchtet Barry von allen medizinischen Spezialisierungen die rätselhafte „Büchse der Pandora“ am meisten: „I’m not sure what all this means, and I’m not sure that I want to get involved in that; I’m not sure I can handle what I have come up with“ (Hahn 1982:230).

Mit seinem mechanistischen Bild vom Körper als ein geschlossenes System, diagnostiziert und behandelt er entsprechend: „Barry regards the bodily world as essentially self-contained, integral – a largely closed system. This closure allows comprehensive work within the body, avoiding the necessity to venture beyond“ (ebd. 232). Krankheiten entstehen demnach für Barry Siegler nicht aufgrund personaler und sozialer Umstände, sondern aufgrund physiologischer Faktoren. Nach Barrys internistischem Weltbild ist die Pathogenese objektiv beobachtbar und erklärbar (vgl. ebd. 233).

Von diesem Konzept der Pathogenese ist auch seine diagnostische Vorgehensweise geprägt: Obwohl Barry seinen auszubildenden Ärzten immer wieder zu sagen pflegt: „Treat the patient, not the lab“ (Hahn 1982), meint er mit dieser Anweisung keine ganzheitliche Betrachtungsweise der Patienten. Zwar hat es den Anschein, dass Barry an dem ganzen emotionalen psychologischen Zustand seiner Patienten interessiert ist, wenn er sagt „single numbers and labs are insufficient“ oder „listen to the patient“, jedoch ist Barry nur an einer vollständigen *physiologischen* Diagnose interessiert (ebd. 229). Seiner Ansicht nach ist die (physiologische) Geschichte des Patienten das beste Mittel, um zu diagnostisch relevanten Informationen zu gelangen. Daher ist er während der Anamnese hauptsächlich mit organisch physiologischen Informationen und nur wenig mit der Lebenswelt des Patienten beschäftigt.

„‘Numbers’, ‘labs’, or ‘values’“ sind für den Internisten „metric products“ (ebd. 228), die er anzweifelt. Er scheint medizinischer Technologie skeptisch gegenüber zu stehen: „Barry has grave doubts regarding validity, reliability, and diagnostic merit. He is wary of technology, and suspicious of contemporary reliance on it“ (ebd. 228-229).

Daher legt er größeren Wert auf direkte Diagnosemöglichkeiten wie „‘taking’ of a pulse or the assessment of a blood pressure“ (ebd. 228), die sich zwar auch auf die physiologischen Gegebenheiten konzentrieren, aber ohne medizinische Technologieverfahren auskommen.

Während der Diagnose ist Barry „searching for ‘a picture’, ‘a story’, or ‘a thing’“ (ebd. 229). Er wird von einem dualistischen und realistischen Bild geleitet, wonach er überwiegend nach physiologischen Faktoren sucht. „When his picture fails or when he can find no picture, he may adopt an extreme nominalism, exclaiming in profound frustration, “Nothing’s black or white. I’m beginning to think there’s no such thing as black or white”“ (ebd. 230).

Barry weiß sich in Zweifelsfällen geschickt aus der Affäre zu reden; auch ansonsten bedient er sich einem geschickten sprachlichen Umgang.

In Gegenwart seiner Patienten wendet Barry meistens eine spezifisch medizinische Aussprache an „rich in its own forms of discourse and in a vocabulary which overlapped with common usage, but which was in many ways distinctive. Medical talk

maintains a separation from patients, and a distance also from the immediacy of their suffering“ (Hahn 1985:56).

Dennoch redet er freundlich, manchmal auch tröstend auf seine Patienten ein (vgl. Hahn 1982:233).

Wenn Barry seine Patienten beeinflussen möchte, dass sie seinen ärztlichen Anweisungen folgen werden, kommuniziert er auf eine persönlichere Weise mit seinen Patienten.

Je nach Patient und Behandlungssituation informiert er vorsichtig und umsichtig; manchmal scherzt er auch, um das Gespräch aufzulockern.

Auch mit seinen Kollegen wendet er eine diplomatische und geschickte Redegewandtheit an (vgl. ebd. 233). Dabei wird er davon geleitet, die gewünschten Informationen zu bekommen oder die intentionierten Antworten zu erlangen.

Am deutlichsten wird Barrys „rhetorical mask“ jedoch, wenn er den Ärzten im Praktikum seine Anweisungen erteilt: „Listening to the patient“ und „taking the patient’s history“ (Hahn 1985:91) sollen nur verwendet werden, um ein vollständiges physiologisches Diagnosebild zu erhalten.

„What is whole, knowledgeable, treatable, and of value for him lies apart from this person with a life world“ (Hahn 1982:233). Belehrend redet Barry auf die angehenden Ärzte ein: „He elicits information he considers necessary for diagnostic and therapeutic responses, discards information he regards as irrelevant, and attempts to persuade his apprentices how to construct their knowledge and their action“ (ebd. 228).

Nichtsdestotrotz ist Hahn (ebd. 232-233) davon überzeugt, dass Barry Siegler wirklich mit der Fürsorge seiner Patienten befasst ist – allerdings nur mit dem physiologischen Wohlergehen:

„He is aware also of their personal characteristics and backgrounds. I am claiming that his knowledge is surface, and that he regards such personal and biographic information as irrelevant to his practice of medicine, or relevant only in understanding the physiology through the patient’s history, and in predicting and affecting the patient’s ‘compliance’ with his recommendation“.

10.1.2. Wie kommunizieren Ärzte und Patienten?

Wenn die Denkweise eines Arztes ähnlich der Sicht Barry Sieglers und überwiegend auf physiologische Faktoren beschränkt ist, kann ein Gesprächsablauf mit dem Patienten häufig so ablaufen wie von Kleinman (1988:128-129) beschrieben:

MRS. LAWLER: Dr. Jones, I am here to see you because of my psoriasis. I understand you are an expert in the use of a new treatment.

DR. JONES: How long have you had psoriasis?

MRS. LAWLER: Oh, about fifteen years.

DR. JONES: Where did it begin?

MRS. LAWLER: I was in college, under lots of pressure from exams, and there is a family history of skin problems. It was winter and I was wearing heavy woolen sweaters that seemed to bother my skin. My diet was—

DR. JONES: No, No! I meant where on your skin did you first notice plaques?

MRS. LAWLER: My shoulders and knees. But I had a problem for some time with my scalp that I never—

DR. JONES: How has it progressed the past few years?

MRS. LAWLER: These have been difficult years. I mean I have been under great stress at work and in my personal life. I—

DR. JONES: I meant, how has your skin problem progressed?

Dieses Praxisbeispiel zeigt, wie konflikthaft die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ablaufen kann, wenn der Arzt ausschließlich auf physiologische Gegebenheiten und einem starren Erklärungsmodell konzentriert ist.

Viele Studien bestätigen die problembehafteten Gespräche in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung.

Zum Beispiel zeigte Elliot George Mishler (1985) in seinem kritischen Werk „The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews“, dass die Interaktion zwischen Arzt und Patient wie ein Verhör abläuft. In einer soziolinguistischen Analyse präsentiert Mishler die Dominanz des biomedizinischen Denkens: Der Arzt ist hauptsächlich daran interessiert, die Beschwerden des Patienten in eine biomedizinische Krankheitsdiagnose zu übersetzen, wie in dem Beispiel oben deutlich wird.

Er befragt den Patienten in einem autoritären Stil und lässt sich nicht von seinem eigenen Gesprächsplan abbringen. Dieser soll nach der Sicht des Arztes möglichst schnell zu einem ausschließlich physiologisch definierten Krankheitsbild führen. Auf soziale oder persönliche Umstände wird (trotz gegebener Ansatzmöglichkeiten) nicht eingegangen.

Howard Waitzkin (1985) untersuchte 336 Arzt-Patienten-Gespräche in den USA. In seiner Studie „Information Giving in Medical Care“ zeigt er, dass der Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient im Durchschnitt 16,5 Minuten dauert. Patienten ist der daraus hervorgehende Informationsgehalt häufig zu gering. Ärzte wiederum unterschätzen das hohe Informationsbedürfnis ihrer Patienten.

Vielleicht liegt hier der Kern des Kommunikationsproblems zwischen Ärzten und Patienten in der westlichen Medizin? Die Ärzte scheinen ihre Patienten falsch einzuschätzen und nichts von deren Bedürfnis nach Information zu wissen.

Zudem weist Waitzkin darauf hin, dass sich Patienten in ihrem Kommunikationsverhalten schichtspezifisch unterscheiden: Patienten aus der Mittelschicht sprechen auf eine direkte und verbale Weise mit ihrem Arzt, während Patienten der Unterschicht ihre Belange mit nicht-verbalem Verhalten ausdrücken wollen. Da besonders viele Patienten in der alltäglichen Praxis aus der Unterschicht kommen, scheint es nicht zu verwundern, wenn Missverständnisse zwischen Ärzten und Patienten entstehen: Da Ärzte nicht als Kommunikationsexperten geschult werden, ist davon auszugehen, dass sie häufig das nonverbale Verhalten ihrer Patienten nicht richtig deuten.

Waitzkins Gesprächsanalysen bestätigen ebenfalls, dass der Arzt während des Gespräches mit seinem Patienten auf physiologische Prozesse fokussiert ist und soziale oder personale Umstände nicht ergründet.

Leider gibt es keine Studien, die Patienten zu ihrem Erlebnis und ihrer Zufriedenheit über das Gespräch oder die Kommunikation mit ihrem Arzt befragen.

Es lässt sich jedoch vermuten, dass sie es bestimmt unangenehm erleben, wenn der Arzt anscheinend nicht an ihrem Krankheitsempfinden interessiert ist, ihre persönlichen Schilderungen autoritär unterbricht (Kleinman 1988:128-129), das Gespräch in einem Verhör- und Befragungsstil abläuft (Mishler 1985) oder wenn außer dem Emotions- auch noch ein Informationsdefizit vorhanden ist (Waitzkin 1985).

Wie wird sich ein Patient wohl fühlen, wenn an seiner eigenen Sicht der Krankheit kein Interesse besteht? Und anders gefragt: Wie wirkt es sich auf die Genesung eines Patienten aus, wenn er sich von seinem behandelnden Arzt missverstanden und im Gespräch unwohl fühlt?

Interessant wäre herauszufinden, wie sich Patienten in der medizinischen Behandlung fühlen, was genau sie vermissen, und wo sie Verbesserungsmöglichkeiten se-

hen. Hier sollten Studien über Erlebniswelten von Patienten durchgeführt werden, in denen die Sicht von Patienten deutlich zum Vorschein kommt. Solche Untersuchungen könnten aufschlussreiche Hinweise für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung liefern.

Die einzigen persönlichen Aussagen von Patienten habe ich über einen Arzt gefunden, mit dem die Patienten nicht unzufrieden, sondern im Gegenteil sehr glücklich waren: Kleinman (1988:211f.) beschreibt einen außergewöhnlichen Internisten, Dr. Paul Samuels, aus dem mittleren Westen der USA. Trotz derselben biomedizinischen Ausbildung unterscheidet er sich hinsichtlich seiner sehr engagierten und mitfühlenden Behandlungsweise deutlich von der Mehrheit seiner Fachkollegen.

Beispielsweise sagte eine Patientin über ihn:

„He listens. Doc Samuels knows what you’re going through. I don’t know, it feels like – well, you know, like he’s there with you, right with you while you go through a bad spell, an emergency. He wants you to get better. Sometimes I think he needs you to get better“ (ebd. 212).

Eine weitere Patientin sagt über ihn:

„He don’t get impatient. I never see him irritable or cold. Hell, now that I think of it, in my experience that’s 90 percent of the problem with medicine. From the receptionist to the nurses and specialists, they got no time for ya. [...] Dr. Samuels, is the opposite. [...] Dr. Samuels cares what is happening to ya. He remembers what ya been through. Ya feel good just bein’ with him. Hell, sometimes I can feel better just talking to him on the telephone. The symptoms, the pain it gets less listenen’ and tellin’ him“ (ebd. 212-213).

Über sich selbst sagt dieser westliche Ausnahmearzt:

„It is a great privilege being a healer. Entering patients’ life worlds and listening to their pain, helping them make sense of their suffering, helping to cope with the burden of disease – all that is what makes my work rewarding. Frankly, I can’t think of not doing it. In some way, I need to be a healer, I need to be of use to others“ (ebd. 213).

Leider denken und handeln die wenigsten Ärzte wie Paul Samuels. Offensichtlich würde ein Umdenken jedoch größte Zufriedenheit und Wohlbehagen bei ihren Patienten auslösen, wie die Sichtweise der beiden glücklichen Patientinnen zeigte.

10.2. Tibetische Medizin (symbolic reality)

Aufgrund Tibets spezieller politischer Situation ist die Rezeption tibetischer Medizin im Westen noch nicht weit fortgeschritten. Während die chinesische Medizin auf eine 50-jährige Rezeptionsgeschichte zurückblicken kann und Akupunktur als Be-

handlungstechnik seit Januar 2007 in Deutschland sogar als Kassenleistung anerkannt ist, steht die tibetische Medizin hier noch am Anfang.

Um den Bekanntheitsgrad zu steigern und die Praktizierung von tibetischer Medizin zu fördern, muss zunächst Übersetzungsarbeit an tibetischen Medizintexten und Schriften erfolgen. Viele dieser Schriften sind bislang nur auf Tibetisch zugänglich und erschweren daher die Beschäftigung mit denselben für westliche Medizininteressierte.

Aus gleichem Grund ist es schwierig Erlebnis- oder Erfahrungsberichte von Patienten oder Ärzten aus der tibetischen Medizinbehandlung zu bekommen: Es scheint laut Geshe Gendun Yonten, dem norddeutschen Vertreter des Dalai Lama, genug Fallbeispiele von Ärzten und Patienten zu geben – allerdings nur auf Tibetisch.

In der westlichen Literatur existieren darüber ebenfalls keine Studien.

Um dennoch zu versuchen, einen Einblick in die tibetische Medizinpraxis zu geben, werde ich das wenig zur Verfügung stehende Material folgenderweise verwenden:

Zur Beschreibung der Sicht- und Denkweise eines tibetischen Arztes, werde ich einen von seinem westlichen Hintergrund geprägten Arzt beschreiben, der sich der tibetischen Medizin zugewendet hat. Daraus soll der unterschiedliche Denkansatz zwischen tibetischer und westlicher Medizin deutlich werden.

Anschließend gebe ich ausschnittsweise einige Aussagen von tibetischen Ärzten wieder, wozu ich Material des Filmes „Das Wissen vom Heilen“, den Vortrag des tibetischen Arztes Dr. Pasang Arya (vom 31.05.09 in Bad Homburg), im Internet veröffentlichte Interviews mit der tibetischen Ärztin Dr. Dönckie Emchi sowie Feedbacks von Patienten aus der tibetischen Medizinbehandlung (in der Form von E-Mails, geschrieben von Patienten an Geshe Gendun Yonten) verwende.

10.2.1. Sicht- und Denkweise von tibetischen Ärzten

Der Ethnomediziner Dr. Asshauer ist ein Internist aus Hamburg. Es ist anzunehmen, dass sein Denken der vorhin vorgestellten Sicht des westlichen Internisten Barry Sieglers ähnelte – bis er in Kontakt mit der tibetischen Medizin kam.

Der deutsche Internist war dieser, wie wahrscheinlich die meisten westlichen Ärzte, anfangs sehr skeptisch gegenüber eingestellt. Als er das erste Mal das Standardwerk der tibetischen Medizin – das *Gyüshi* – las, fragte er sich: „Sollte man das alles ernst nehmen? Stand das nicht dem Dämonenglauben und der Magie längst vergangener Zeiten näher als unserer wissenschaftlichen Medizin?“ (Asshauer 2003:56). Er konn-

te mit dem tibetischen Konzept der Säftelehre nichts anfangen, bis er viele Jahre später tibetischen Ärzten und der tibetischen Medizin begegnete.

Asshauer (2003:56) erkannte, dass die „tibetischen Wunderheiler“ seriöse Ärzte waren und er begriff, dass er es „mit einem anderen System zu tun hatte, mit dem man, verstand man nur damit umzugehen, im ärztlichen Alltag genauso viel bewirken konnte wie mit unserer Medizin.“

Durch die Teilnahme an der medizinischen Arbeit tibetischer Ärzte erfuhr er sogar am eigenen Leibe, wie diese mit einem dem westlichen völlig andersartigem Wissen zu den gleichen (und teilweise sogar genaueren) Ergebnissen kamen, wie er selbst mit seiner westlichen Schulmedizinausbildung: Da er an einem Leberproblem und Nierensteinen litt, ging er zur Pulsuntersuchung zu tibetischen Ärzten. Drei von ihnen erkannten unabhängig voneinander sein Leber- und Nierenproblem, ausschließlich anhand der Pulsdiagnose. Dies beseitigte den letzten Zweifel bei Asshauer und führte bei ihm zu einer intensiveren Beschäftigung mit dem tibetischen Medizinsystem.

So kam es auch, dass der hier in dieser Arbeit schon erwähnte Dr. Tenzin Choedrak, der ehemalige Leibarzt des Dalai Lamas, in Asshauers Praxis einige westliche Patienten untersuchte.

„Dr. Choedrak diagnostizierte in wenigen Minuten, was ich in langen Gesprächen und mehr oder weniger kostspieligen Untersuchungen auch festgestellt hatte. Ich denke besonders an einen Journalisten, den ich hin gebeten hatte und den ich vorher auf seinen Wunsch hin völlig untersucht hatte. Er war immer müde, hatte Kopfschmerzen, wurde leicht schwindlig und klagte über unbestimmte Bauchschmerzen. Seine Leber war leicht angeschwollen und entzündet, der Fettspiegel war zu hoch. Er war ständig gestresst und trank zuviel Alkohol“

beschreibt Asshauer (ebd. 59) ein Fallbeispiel.

„Dr. Choedrak tastete für etwa eine Minute die Pulse und meinte dann: „Ihr Hauptproblem ist eine kranke Leber, die zu einer schweren Störung in der Verdauung ihrer Nahrung führt. Der Leberwind ist nicht in Ordnung. Haben Sie Schwindel und Kopfschmerzen? Wahrscheinlich haben Sie viel Luft im Bauch und sind verstopft. Haben Sie bitteren Geschmack im Mund? Sind Sie oft müde und unkonzentriert? Trinken Sie zu viel Alkohol? Außerdem haben Sie unreines Blut. Deswegen sollten Sie zu fette Speisen, zu viel Fleisch und Butter, natürlich auch Alkohol meiden“ (ebd.).

Verblüfft bejahte der Journalist alle Fragen und zog sich nach Erhalt der tibetischen Medikamente wortlos zurück.

Dr. Asshauer gehört zu den ersten Ärzten Europas, die sich mit dem tibetischen Medizinwissen beschäftigten und hier im Westen bekannt und populär machen. Er wirkte unter anderem als redaktioneller Begleiter des Buches über Franz Reichles (1996)

Dokumentarfilm „Das Wissen vom Heilen“ mit, welcher ein Wegbereiter für die tibetische Medizin im Westen war.

Durch seine langjährige Freundschaft mit dem Dalai Lama hatte Egbert Asshauer die Möglichkeit, die tibetische Medizin detailliert zu erforschen. Sein heutiges Resümee ist, dass die tibetische Medizin zusätzlich zur westlichen Schulmedizin angewendet werden sollte (vgl. Asshauer 2003:62).

Vor allem durch das Denken über den „feinstofflichen Körper“ unterscheiden sich tibetische von westlichen Medizinern, erläuterte Dr. Pasang Arya auf der Veranstaltung „Tibetische Medizin im westlichen Kontext“ am 31.05.08 in Bad Homburg. Nach der buddhistischen Grundansicht sind Grobstoffliches (Körper) und Feinstoffliches (Geist) nicht voneinander zu trennen – auch nicht in der medizinischen Behandlung.

Durch diese ganzheitliche Sichtweise behandelt die tibetische Medizin den körperlichen Zustand eines Patienten nicht unabhängig vom seelischen Befinden.

Der tibetische Arzt und Medizinlehrer Dr. Pasang Arya betonte in seinem Vortrag, dass die tibetische Ethik für Ärzte bei der Behandlung von Patienten eine vorrangige Stellung hat.

Noch immer steht der von dem tibetischen König Trisong Detsens aus dem 8 Jhd. n. Chr. geprägte Leitsatz, welcher im *Gyüshi* festgehalten ist, im Vordergrund: „Physicians are like fathers, the sick are to be pitied. They are the sons, do not declare their faults.“

Die mitfühlende und liebevolle Haltung des Arztes gegenüber allen Patienten sollte die Basis der medizinischen Behandlung bilden. Da sich nach dem buddhistischen Verständnis der tibetische Arzt in eine Buddha-Form verwandelt, sind die Ärzte aufgefordert, sich mit spiritueller Arbeit zu befassen.

Tatsächlich scheinen sich viele tibetische Ärzte an die Anweisungen im *Gyüshi* zu halten, so schreibt zum Beispiel der tibetische Leibarzt Tenzin Choedrak (2003:147):

„Bevor ich meine Sprechstunden abhielt, versäumte ich nie, mich an meine Verpflichtungen zu erinnern und mir die Gottheiten gewogen zu stimmen, um mich auf diese Weise gegen Widrigkeiten und mögliche Hindernisse zu schützen.“

Auch die tibetische Ärztin Dr. Dönckie Emchi nimmt die Anweisung aus dem *Gyüshi* sehr ernst: „Die spirituelle Arbeit an mir selbst stellt für mich die Basis dar. Doch sie ist nur ein Teil der Lösung.“

Auf der Internetseite www.tibet-medizin.ch/veroeff.htm#4 (Zugriff Juni 2008) sind Interviewauszüge veröffentlicht, die auch in schweizerischen und österreichischen Gesundheitsmagazinen publiziert wurden. Dort steht, dass es der tibetischen Ärztin sehr wichtig gewesen sei, „sich nebst des strengen Studiums der Traditionellen Tibetischen Medizin mit den spirituellen Übungen zu beschäftigen und auch zwischendurch eine Schweige- und Fastenwoche einzulegen“ Auf die Frage, was heute aus der spirituellen Arbeit aus der Studienzeit übrig geblieben ist, antwortet sie: „Ich beginne jeden Tag mit der Mantrenrezitation. [...] Ich versuche damit, dem Ideal der besonnenen, ausgeglichenen Ärztin nachzukommen.“

10.2.2. Wie werden Patienten diagnostiziert und behandelt?

Dr. Dönckie Emchi stammt selbst aus einer seit acht Generationen tätigen tibetischen Ärztesfamilie. Sie ist in Tibet geboren und absolvierte ihre Schul- und Medizinausbildung in der Schweiz. Das spezielle Abschluss-Diplom als tibetische Ärztin erwarb sie an der Hochschule für Traditionelle Tibetische Medizin in Lhasa, Tibet.

Heute führt sie eine eigene Praxis in der Schweiz und verwendet zur Behandlung ihrer Patienten vor allem ihre fünf Sinnesorgane:

„Wie fühlt sich das Haar des Patienten an, wie riecht er, wie ist seine Haut beschaffen... Die Pulsdiagnose ist mein wichtigstes Arbeitsinstrument. Anhand der Pulsarten stelle ich fest, welche der Energien im Ungleichgewicht und welches Organ von der Krankheit befallen ist.“

Ist die Diagnostik durch Beobachten (Farbe, Form, Größe, Konstitutionstyp), Tasten (Puls) und Fragen (Vorgeschichte) abgeschlossen, werden dem Patienten zuerst direkte Ratschläge und Anweisungen gegeben, in der Regel zuerst zu Ernährung und Verhaltensänderung:

„Viele Krankheiten basieren auf falschen Lebensgewohnheiten und falscher Ernährung. Eine Änderung des Verhaltens und der Essgewohnheiten ist deshalb der erste therapeutische Schritt. Medikamente werden erst eingesetzt, wenn die Verhaltensänderung allein nicht ausreicht, um eine Besserung zu erzielen.“

Um den Diagnoseprozess in der tibetischen Medizinbehandlung zu veranschaulichen, erläutert Dr. Emchi ein Praxisbeispiel:

„Ein Patient, eher korpulent, klagt über chronische Beschwerden im Leberbereich. Trotz mehrjähriger Diät mit fettarmer Nahrung, wenig Alkohol oder Kaffee wird er ständig von Schmerzen oder Druck im Leber-Gallenbereich geplagt. Schulmedizinisch hat man

nur erhöhte Cholesterinwerte festgestellt. Der Patient ist Firmeninhaber und steht beruflich unter Dauerstress. Seelisch fühlt sich der Patient wohl.“

Dr. Emchi diagnostiziert folgendermaßen: „Beim Begrüßen spüre ich, dass er warme Hände hat und im Innern seiner Hand eher leichte Schweißablagerungen. Sein Gesicht ist leicht rot-gelblich, er hat eher trockene Haut und schütteres Haar.“

Sie beginnt eine Pulsuntersuchung und stellt fest,

„dass er einen kräftigen, tiefliegenden, und leeren Puls besitzt, der über die ganzen Organe verteilt scheint, hauptsächlich aber stärker im Leber-Gallenbereich ist. Der Patient weist eine leichte ‚Überhitztheit‘ im oberen Körperteil auf. Die Zunge ist gelb dick belegt. Der Urin ist konzentriert und dunkelgelb, obwohl der Patient angibt, viel zu trinken. Die Zusammensetzung des Urins ist aber klar und ohne Niederschlag. Der Schaum des Urins ist beständig, einzelne größere Blasen fallen auf.“

Die Diagnose von Dr. Emchi lautet: „Chronische Leberüberhitztheit durch rLung(Wind)eigenschaft unterstützt.“ Zur Begründung ihrer Diagnose dient ihr folgendes Erklärungsmodell:

„Der Körperbau dieses Patienten gibt uns an, dass es sich um einen Tripa(Gallen)-Typ handelt, der in der Grundeigenschaft schon diese feurige Eigenschaft in sich besitzt. Zusätzlich hat er eine Lebensweise, die ihm diese Eigenschaft im schlechten Sinn vermehren hilft. Dieser indirekte berufliche Druck erhöht die Eigenschaft der ‚Funktionshitze‘. Der leere Puls gibt ein Zeichen von rLung(Wind)eigenschaft an. Im tiefsten Inneren beschäftigen den Patienten trotz angegebener seelischer Ruhe einige Dinge. Die Pulseigenschaft ‚kräftig‘ gibt uns an, dass diese Windeigenschaft die Grundhitze im Negativen beeinflusst hat, und so zu einer noch erhöhten ‚Überhitzung‘ führte. Das alles hat sich schließlich im ‚Verdauungszyklus‘ Phase Blut und so in der Organbeziehung Leber eine Störung ausgelöst, die sich in Form von Druck und Schmerzen bemerkbar macht.“

Tibetische Ärzte gehen niemals nur nach Symptomen vor. „In der tibetischen Medizin existieren der Magen – wie auch alle anderen Organe – nicht als isolierter Körperteil. Alle Organe stehen in Abhängigkeit zueinander. Deshalb wird auch keine spezifische Magenuntersuchung gemacht.“

Es geht um das sinnliche und außersinnliche Wahrnehmen, nicht um das starre Befolgen von Kategorien, wie in der westlichen Medizin.

Bei Patienten scheint diese intuitive ganzheitliche Art der Diagnose und Behandlung positiv anzukommen.

Beispielsweise schreibt eine westliche Patientin als Feedback nach einer tibetischen Medizinbehandlung an Geshe Gendun Yonten, dem norddeutschen Vertreter des Dalai Lama:

„Vielen Dank für die kraftvolle Behandlung. Seit den vielen Gesprächen und der von Ihnen verordneten Tabletten-Kur fühle ich mich in vielen Dingen besser: Konzentration ist etwas besser, Sehstärke wieder gut, kaum noch Kopfschmerzen, kaum noch Magenschmerzen, 8 kg abgenommen.“

Ein anderer Patient schreibt in seiner E-Mail:

„Ich möchte mich nochmals ganz herzlich für ihre Behandlung bedanken. Es hat mir sehr viel gegeben, Gespräche mit ihnen zu führen. [...] Die ersten kleinen Erfolge der tibetischen Medizin scheinen sich auch schon einzustellen. Ich verspüre wieder Appetit und mehr Motivation im Alltag.“

10.3. Zusammenfassung

Natürlich sind diese Praxisbeispiele nicht repräsentativ, jedoch geben sie Einblicke in die medizinische Praktik aus der Arzt-Patienten-Beziehung. Obwohl sie nicht stellvertretend für die gesamte medizinische Praxis stehen können, ist doch anzunehmen, dass sie sich dort, wenn auch in veränderter Form, wiederfinden.

In der westlichen Medizinbehandlung wird der Patient mit einer ausschließlich physiologischen Sichtweise diagnostiziert (Hahn 1982, 1985). Die Sichtweise von Patienten wird – aus Zeitgründen und Unwissen – weder ernst genommen, noch ausreichend beachtet (Kleinman 1988). Patienten empfinden diese Ignoranz als negativ, sie fühlen sich unverstanden, was in Unzufriedenheit resultiert und den Heilungserfolg mindert. Zudem weisen soziolinguistische Studien (Mishler 1985, Waitzkin 1985) aus der westlichen Medizinbehandlung auf die problembehaftete Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten hin. Es entstehen leicht Missverständnisse und Fehlinterpretationen zwischen Arzt und Patient, was die Diagnose und Behandlung erschwert.

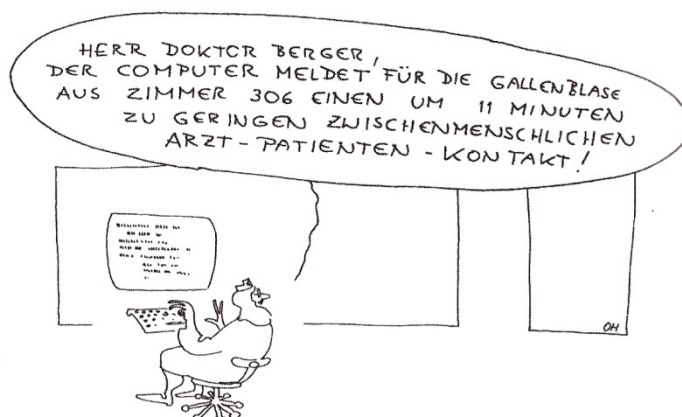


Abbildung 9: Geringer zwischenmenschlicher Arzt-Patienten-Kontakt¹⁶

¹⁶ Quelle: Oswald Huber, Schweiz. In: Kocher 2006:288

In der tibetischen Medizinbehandlung wird eine ganzheitliche Betrachtungsweise verwendet (Asshauer 2003, Choedrak, Emchi 2008, Arya 2008). Aufgrund einem buddhistischen Welt- und Menschenbild behandeln tibetische Mediziner ihre Patienten anders als ihre westlichen Kollegen: Verkürzt zusammengefasst sind Sinneswahrnehmung, ausführliche Gespräche, Ernährungs- und Verhaltensanweisungen die Schwerpunktsetzung während der Diagnose und der medizinischen Behandlung. Entschließen sich Patienten zu einer tibetischen Medizinbehandlung, sind sie mit der Behandlung zufrieden, was anhand der E-Mailausschnitte aufgezeigt wurde.

Interessant wäre eine genauere Untersuchung von Patienten, die aus der westlichen und aus der tibetischen Medizinbehandlung Erfahrung haben. Daraus könnte deutlich werden, wie und welche Merkmale der beiden Medizinsysteme in der Praxis von den Patienten positiv bzw. negativ erlebt werden.

11. Schlussfolgerungen

Die theoretische und praktische Darstellung der Arzt-Patienten-Beziehung aus der westlichen und der tibetischen Medizin zeigt die Unterschiede der beiden Heilsysteme auf.

Beide Medizinformen haben ihre Vor- und Nachteile in Theorie und Praxis.

An der viel kritisierten westlichen Medizin ist nicht alles so negativ wie es scheint, vor allem bei unfallchirurgischen Operationen, akuten Notfällen oder lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten möchte wohl niemand auf die biomedizinische Behandlung verzichten.

Es mangelt der westlichen Medizin eher an zwischenmenschlicher Kompetenz und der Fähigkeit, die Lebenssituationen des Patienten mit einzubeziehen. Aus den hier vorgestellten Praxisbeispielen geht hervor, dass es schwerwiegende Kommunikationsprobleme in der Arzt-Patienten-Beziehung gibt (Mishler 1985, Waitzkin 1985, Kleinman 1988): Kurze Gespräche, autoritärer Gesprächsstil vom Arzt sowie die Ignoranz gegenüber dem Krankheitserleben des Patienten aufgrund der Konzentration auf physiologische Merkmale sind die wohl auffälligsten Kennzeichen, die einer Veränderung bedürfen.

Der aktuelle Ansturm von westlichen Patienten auf Alternativmedizinen scheint diese Unzufriedenheit zu bestätigen (Sharma 1992, Eisenberg et al. 1998, Cant & Sharma 2000, Kaptchuk & Eisenberg 2001, Borck 2003, Härtel & Volger 2004).

Nachteilig ist zudem, dass die schulmedizinische Behandlung mit hochentwickelter Medizintechnologie immer kostenintensiver wird. Wenn sich dieser Trend weiter fortsetzt, wird sich unser Gesundheitssystem einem Zwei-Klassen-Gesundheitssystem, wie zum Beispiel in den USA, immer mehr annähern. Damit die Gesundheitsversorgung für alle Patienten weiterhin gewährleistet bleibt, wird bald ein Umdenken erforderlich.

Ärztetammern, die berufsständische Selbstverwaltung der deutschen Ärzte, klagen über eine Unterfinanzierung des Gesundheitssystems (Lehmann 2008) und fordern mehr Geld.

Auch die einflussreiche deutsche Ärztevereinigung (www.marburger-bund.de, Zugriff Juni 2008) fordert höheres Gehalt für den konventionellen Arztberuf.

Forderungen nach alternativen kostengünstigeren Behandlungen werden jedoch von der größten Ärztevereinigung Europas nicht vernommen.

Auch der Ärztestreik 2006 setzte sich nur für eine höhere Bezahlung der Mediziner ein – eine Veränderung des Lehr- und Ausbildungsplans (um zum Beispiel die Arzt-Patienten-Beziehung mehr zu gewichten) stand nicht zur Debatte.

Es stellt sich die Frage, ob nicht eine kostengünstigere Behandlung möglich sein könnte – jedoch nicht durch Rationierung bisheriger medizinischer Leistungen, sondern in der Form von komplementären Methoden. Wäre die tibetische Medizin nicht eine bereichernde Ergänzung für unsere überbezahlte westliche Medizin? Könnte der komplementäre Gebrauch von tibetischer Medizin möglicherweise ein Weg aus der anhaltenden „Finanzkrise“ des westlichen Medizinsystems sein?

Und könnte dieser in Verbindung mit den tibetischen ethischen Ansichten nicht zu einer verbesserten Arzt-Patienten-Beziehung führen?

11.1. Tibetische Medizin als Komplementärmedizin?

Die Praktizierung von tibetischer Medizin würde in der Tat ein kostengünstiges Alternativmodell anbieten: Ernährungsberatung, Ratschläge zur Lebensführung und Pulsdiagnostik kosten im Vergleich zur westlichen medizintechnologischen Diagnose und Behandlung nicht viel und sind in der Praxis leicht umsetzbar.

Erfahrene westliche Mediziner mit langjährigen Kenntnissen in tibetischer Medizinpraxis (Asshauer 2003, Hobert 2004) bestätigen, dass die tibetische Medizin im ärztlichen Alltag sicherlich genauso wirkungsvoll wie die westliche Schulmedizin ist. Das Konzept der tibetischen Medizin ist nicht nur für das Behandeln von Krankheiten, sondern auch gerade für die Vorbeugung geeignet. Durch frühzeitiges Erkennen energetischer Funktionsstörungen kann die tibetische Medizin als effektive Präventivmedizin eingesetzt werden.

Zudem ist der Erfolg in der Behandlung chronischer und psychosomatischer Krankheiten durch pflanzliche Medikamente nach tibetischen Arzneirezepten bekannt (Schwabl & Vennos 2006) und könnte mit der Erforschung weiterer tibetischer Kräuterpräparate neue Behandlungsmöglichkeiten hervorbringen. Aufgrund vorhandener Gesetze (die auf westliche Monopräparate und nicht auf tibetische Vielstoffgemische ausgerichtet sind) mangelt es jedoch an solchen (prospektiven) Studien über die Wirksamkeit tibetischer Arzneien.

Die vorhandene Gesetzgebung schränkt die Forschung an tibetischen Medikamenten stark ein – aus diesem Grund wurde die *European Initiative for Traditional Asian Medical Products* (EITAM) (www.eitam.eu, Zugriff Juni 2008) gegründet. Mit der Unterstützung für asiatische Heilmittel wird darauf aufmerksam gemacht, dass neue gesetzliche Regelungen erforderlich sind, welche den Besonderheiten der tibetischen Arzneimittel gerecht werden sollten. Da diese Initiative noch in den Anfangsschritten steckt, ist es wichtig, ihren Bekanntheitsgrad in der Öffentlichkeit zu steigern und die Unterstützung von medizinischen Verbänden zu gewinnen, so dass eine angestrebte Gesetzesänderung für tibetische Medikamente ins politische Bewusstsein transportiert wird.

Da gerade im Westen die Anzahl chronisch Kranker stetig zunimmt und in der medizinischen Praxis beachtet werden sollte (Kleinman 1988, Dörner 2001), könnte die Praktizierung von tibetischer Medizin inklusive der Verabreichung tibetischer Medikamente bei Patienten mit chronischer Erkrankung eine wirkungsvolle Ergänzung anbieten.

Nur ein komplementärer Gebrauch von tibetischer Medizin scheint ein sinnvoller Weg für ihre Verwendung im Westen zu sein. Zwar ist die Pulsdiagnose eine effektive Diagnosetechnik, jedoch in manchen Fällen nicht für die Krankheitsbilder westlicher Patienten geeignet.

„Die tibetische Medizin ist keine Allheilmedizin, sondern sollte pragmatisch immer komplementär zur allopathischen Medizin angewendet werden. Das ist auch der Standpunkt des Dalai Lama“ (Asshauer 2003:62).

Der Dalai Lama nutzt ganz pragmatisch beide Medizinformen:

„Heute schätzt der Dalai Lama die traditionelle Medizin ebenso wie die westliche medizinische Wissenschaft, doch er gibt zu, dass er die Einnahme von medizinischen Medikamenten bevorzugt. Im Übrigen unterzieht er sich regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Meistens stimmen die Diagnosen überein“ (Choedrak 2003:327).

Im Dokumentarfilm „Das Wissen vom Heilen“ sagt der Dalai Lama im Gespräch zu dem Regisseur Franz Reichle (2003:20): „In einigen Fällen ist die westliche Medizin wirkungsvoller, in anderen die tibetische, die über längere Zeit genommen werden muss.“

Als Komplementärmedizin wäre die tibetische Medizin also kostengünstig und vor allem für die Behandlung chronischer und psychosomatischer Krankheiten geeignet. Wie könnte die westliche Medizin sonst noch von der tibetischen Medizin profitieren?

Zum einen könnte das vorhandene Defizit der einseitigen physiologischen Betrachtungsweise durch das ganzheitliche Konzept aus der tibetischen Medizin ausgeglichen werden. So könnte die (philosophische) Lücke im westlichen Medizinsystem mit dem tibetischen Gespür für ganzheitliche Zusammenhänge endlich geschlossen werden.

Die tibetische Medizin hat dank der buddhistischen Philosophie klare Konzepte über den Menschen, Krankheit, Leben und Tod, was bei Patienten laut dem Vortrag von Sonja Marić (auf der Veranstaltung „Tibetische Medizin im westlichen Kontext“, Jubiläumsveranstaltung 15 Jahre Ärztliche Ausbildung Tibetische Medizin, 31.05.08 in Bad Homburg) gut ankommt.

Hier bietet es sich an, in weiteren Studien herauszufinden, ob es einen Zusammenhang zwischen Compliance der Patienten und den Erklärungsmodellen der jeweiligen Medizinform gibt. Befolgen Patienten eher die Anweisungen des Arztes, wenn ihre Krankheitsbilder und Heilung ganzheitlich vom Arzt erklärt und behandelt werden? Auch wären Studien über die Zufriedenheit von Patienten aus der tibetischen Medizinbehandlung aufschlussreich, um die angenommene positive Wirkung einer ganzheitlichen medizinischen Behandlung zu bestätigen.

Außerdem verfügt die tibetische Medizin über einen ethischen Grundsatz, der weit über den hippokratischen Eid hinausgeht und für die westliche Arzt-Patienten-Beziehung bereichernd wäre: Wie schon theoretisch und praktisch erläutert wurde, behandelt der tibetische Arzt seine Patienten mit vollem Mitgefühl und Liebe.

„Das wahre, zutiefst empfundene Verlangen des Arztes, das Leid seiner Patienten zu lindern und möglicherweise dauerhaft zu beseitigen, weckt Vertrauen und ist einer der wichtigsten Garantien für den Heilerfolg“ (Hobert 2004:197).

Diese buddhistische Grundhaltung scheint genau das zu sein, was in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung fehlt. Würden sich westliche Ärzte an diesen ethischen Codex halten, hätte dies bestimmt positive Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Führt dann eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu einer erfolgreicherer Heilung?

Auch hier sollten wissenschaftliche Untersuchungen unternommen werden, um herauszufinden, wie sich die Patienten in der Beziehung mit ihrem Arzt fühlen. So sollten sich weitere Studien nicht auf soziolinguistische Aspekte konzentrieren (Mishler 1985, Waitzkin 1985), sondern die Patienten direkt zu ihrem Erleben der Arzt-Patienten-Beziehung befragen: Empfinden Patienten das Gespräch mit dem Arzt in der westlichen Medizin oder in der tibetischen Medizin angenehmer? Welche Aspekte der Beziehung zu ihrem Arzt sind für Patienten am wichtigsten und werden diese Wünsche und Bedürfnisse vom Arzt in der medizinischen Behandlung beachtet?

Dies sind meiner Ansicht nach wichtige Ansatzpunkte für weitere Forschungen und Studien, damit die tibetische Medizin als Komplementärmedizin rechtliche und wissenschaftliche Anerkennung im westlichen Medizinsystem finden kann.

11.2. Ein schwieriger Weg: Von der Randgruppe zum integralen Bestandteil des westlichen Medizinsystems

Über 60 % der westlichen Patienten nutzen Komplementärmedizin (Härtel & Volger 2004). Dennoch stellt die Komplementärmedizin im westlichen Medizinsystem bislang nur eine Randgruppe dar.

Man muss sich nur vor Augen führen, wie lange die Homöopathie verachtet worden ist: Die Lehre der Homöopathie wurde, wie schon im historischen Teil der Darstellung über westliche Medizin gezeigt wurde, 1800 von Hahnemann eingeführt. Erst 200 Jahre später, seit Februar 2006, sind homöopathische Leistungen von den Krankenkassen anerkannt. Laut der auf Naturheilverfahren ausgerichteten Krankenkasse

SECURVITA gibt es heute etwa 5000 Ärzte in Deutschland mit der Zusatzausbildung Homöopathie, die Tendenz ist steigend – was auf ein Umdenken westlicher Mediziner hinweist (www.securvita.de/securvita-aktuell/homoeopathie.html, Zugriff Juni 2008).

Die zweitbeliebteste komplementäre Behandlungsmethode ist in Deutschland die Akupunktur. Seit Januar 2007 wird die Behandlung mit Akupunktur von einigen Krankenkassen übernommen. Allerdings ist die gesetzliche Regelung nicht optimal verlaufen: Deutsche Ärzte müssen zur Praktizierung von Akupunktur lediglich 200 Stunden Ausbildung nachweisen, was von Akupunktur-Experten als zu geringe Lehre bemängelt wird. Im europäischen Vergleich gibt es große Unterschiede: Beispielsweise müssen Ärzte in Portugal über 2000 Stunden Ausbildung in Akupunktur absolvieren, bevor sie diese praktizieren dürfen.

Die kassenärztliche Akzeptanz einer medizinischen Behandlungstechnik führt in der medizinischen Praxis zu einem häufigeren Gebrauch dieser Behandlungsmethode und trägt auch zu einer festen Etablierung im Gesundheitssystem bei.

Allerdings zeigt der Fall der Akupunktur, dass die kassenärztliche Anerkennung einer medizinischen Behandlungsform nicht immer positiv zu sehen ist: Denn die Anwendung einer Komplementärmedizin hat keinen großen Nutzen, wenn sie biomedizinischen Interessen entsprechend verändert wurde und stark von dem ursprünglichen Heilkonzept abweicht.

Hier sollten Komplementärmedizinen zukünftig einen größeren Einfluss und Mitspracherecht auf die medizinische Gesetzgebung zur Praktizierung von Komplementärmedizinen haben.

Bislang sind die zentralen Komplementärmedizinen in Deutschland jedoch nicht in einem einflussreichen Dachverband organisiert und vernetzt. So haben sie auch keine gemeinsame Stimme und können durch kleine einzelne Verbände/ Vereine oder einem Zusammenschluss weniger Verbände nur geringen Einfluss auf die Gesundheitspolitik ausüben.

Die Schweiz nimmt eine Vorreiterrolle in Europa für Komplementärmedizin ein: Seit 2003 gibt es die *Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen* (www.unioncomed.ch, Zugriff Juni 2008). Diese Organisation für Komplemen-

tärmedizin vertritt die sechs wichtigsten Ärztesellschaften aus dem komplementärmedizinischen Bereich:

- 1) ASA Assoziation Schweizerischer Ärztesellschaften für Akupunktur und Chinesische Medizin
- 2) SAGEM Schweizerische Ärztesellschaft für Erfahrungsmedizin
- 3) SANTH Schweizerische Ärztesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke
- 4) SMGP Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie
- 5) SVHA Schweizerischer Verein homöopathischer Ärztinnen und Ärzte
- 6) VAOAS Vereinigung anthroposophisch orientierter Ärzte in der Schweiz

Insgesamt repräsentiert diese Vereinigung für Komplementärmedizin mehr als 2000 Ärzte aus der Schweiz. Zusätzlich verschafft sie sich mit ihrem offiziellen Mitteilungsorgan „Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin“ sowie mit der Förderung der schweizerischen Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“ politisches Gehör.

Durch erreichte Gesetzesänderungen zugunsten komplementärer Behandlungsmethoden zeigt diese *Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen*, wie man als organisierte Gemeinschaft einflussreich in der biomedizinisch dominierten Gesundheitspolitik mitwirken kann.

Seit Januar 2008 gibt es in Deutschland, ähnlich wie in der Schweiz, mit der *Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin* ein Bündnis für Komplementärmedizin. 16 000 Ärzte, die Komplementärmedizin praktizieren, werden in der *Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin* durch diese Ärztesellschaften repräsentiert:

	Teilnehmende Verbände	Homepage	Mitgliederzahl von Ärzten
1)	Hufelandgesellschaft e.V. (Dachverband der Ärztegesellschaften für Naturheilkunde und Komplementärmedizin)	www.hufelandgesellschaft.de	4.500
2)	ZAEN - Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e.V.	www.zaen.org	6.000
3)	Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD) e.V.	www.damid.de	1.200
4)	Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V.	www.dzvhae.com/portal/loader.php?org=1113&seite=Index	4.000

Tabelle 3: Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin

„Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist das gemeinsame Vertreten von Interessen gegenüber Politik, Verbänden und der Öffentlichkeit. Es ist den Verbänden ein Anliegen, der komplementären Medizin ihre Stellung im Gesundheitssystem zu sichern“ (www.hufelandgesellschaft.de/presse.html#gruendung08, Zugriff Juni 2008).

Mit diesem Zusammenschluss ist auch in Deutschland der erste Schritt gesetzt, komplementärmedizinische Interessen im Gesundheitssystem verstärkt zu vertreten. Es bleibt abzuwarten, ob diese Arbeitsgemeinschaft die Defizite der westlichen Medizin ausgleichen und eine positive Veränderung erzielen kann.

Die Arztverbände asiatischer Komplementärmedizinen haben sich bislang nicht zu einem Dachverband zusammengeschlossen und sind wohl deshalb auch nicht in der „Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin“ vertreten.

	Verbände für asiatische Medizin	Homepage	Mitgliederzahl von Ärzten
5)	SMS Internationale Gesellschaft für Chinesische Medizin e.V., deutschsprachigen Ärztegesellschaft für traditionelle Chinesische Medizin	www.tcm.edu	ca. 1.200 (aus Deutschland)
6)	Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.	www.daegfa.de	ca. 12.000
7)	Verband Europäischer Ayurveda-Mediziner & -Therapeuten	www.ayurveda-verband.eu	357 (aus Deutschland)
8)	Verband tibetischer Ärzte in Deutschland	<u>Gibt es bislang noch nicht!</u>	

Tabelle 4: Möglicher Dachverband für asiatische Komplementärmedizin

Auch in der *Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen* gibt es keine Vereinigung von asiatischen Medizinern, jedoch ist wenigstens die *ASA Assoziation Schweizerischer Ärztegesellschaften für Akupunktur und Chinesische Medizin* vertreten. Ein repräsentativer Verband für ayurvedische Medizin ist nicht vertreten, ein Verband für tibetische Medizin existiert gar nicht.

Nach dem schweizerischen Modell könnte die „*Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin*“ (Tabelle 3) mit einem noch zu gründendem „*Dachverband asiatischer Komplementärmedizinen*“ (Tabelle 4) zu einem „*Dachverband deutscher komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen*“ (Tabelle 5) erweitert werden, so dass die Repräsentation der acht wichtigsten Komplementärmedizinen politisch größeren Einfluss nehmen kann.

	Teilnehmende Dachverbände	Mitgliederzahl von Ärzten
1)	Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin	16.000
2)	Dachverband asiatischer Komplementärmedizinen	?

Tabelle 5: Möglicher Dachverband deutscher komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen

Die Gründung einer repräsentativen Organisation für tibetische Medizin und ein Dachverband asiatischer Medizinverbände wären also die nächstliegenden Schritte zur Etablierung der tibetischen Medizin als Komplementärmedizin.

Zwar gibt es in Deutschland und auch in anderen europäischen Ländern einige Interessensgemeinschaften oder Informationszentren für tibetische Medizin, diese haben aber alleine kein politisches Gewicht.

Der professionellen Organisation der tibetischen Medizin stehen weitere Hindernisse im Weg:

Es wurden viele wichtige medizinische Schriften durch die „chinesische Befreiung“ vernichtet. Die noch erhaltenen Medizinschriften sind zum größten Teil in tibetischer Sprache und noch nicht systematisch erfasst. Damit das Wissen der tibetischen Medizin bewahrt wird und nicht in Vergessenheit gerät, müssen diese übersetzt werden.

Des Weiteren müssten Standards in Ausbildung und Praxis der tibetischen Medizin entwickelt werden. Da diese Richtlinien einige Besonderheiten der Krankheitsbilder in der westlichen Gesellschaft berücksichtigen sollten, wäre ein Austausch zwischen

tibetischen und westlichen Ärzten nötig. Beide Seiten könnten voneinander lernen sowie die andere Seite respektieren und akzeptieren. Leider gibt es kaum Anreize für westliche Ärzte, sich mit der tibetischen Medizin zu beschäftigen: Es gibt keine Kommunikationsplattform für kulturell unterschiedliche Ärzteguppen, keine Fortbildungsveranstaltungen über tibetische Medizin, nicht genügend wissenschaftliche Forschungsarbeiten, klinische Studien sowie Fallberichte und es gibt keinen Raum für interdisziplinäre medizinische Diskussionen.

Bislang gibt es in Deutschland folgende Vereine und Institute für tibetische Medizin, die sich zu einem einheitlichen *Dachverband für tibetische Medizin* zusammenschließen könnten, um die Etablierung der tibetischen Medizin voranzutreiben:

	Institute, Vereine für tibetische Medizin	Schwerpunkte, Tätigkeitsfelder und Ziele	Homepage
1)	Tibet Kailash Haus, Freiburg Kailash-Institut für traditionelle Tibetische Medizin	<ul style="list-style-type: none"> - Enge Zusammenarbeit mit Ärzten des TMAI, Dharamsala - Mehrmals im Jahr werden tibetische Ärzte vom TMAI eingeladen: Erfahrungsaustausch, Durchführung von Vorträgen und Seminaren in ganz Deutschland 	www.tibet-kailash-haus.de/html/kailash-institut.html
2)	DANA e.V., München Gesellschaft zu Erhaltung tibetischer Kultur und Medizin Institut für Tibetische Medizin München des DANA e.V.	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung des Austausches zwischen religiös-philosophischen und wissenschaftlich-medizinischen Fragestellungen - Bemühung um Aufklärung und Informationen, die tibetische Medizin parallel zur westlichen Schulmedizin zu verstehen - Initiierung des internationalen Medizinkongresses, München, zur Förderung der tibetischen Medizin und zum Austausch zwischen tibetischen und westlichen Ärzten 	www.dana-ev.de
3)	Institut für Ost-West-Medizin, Bad Homburg	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung für westliche Schulmediziner in tibetischer Medizin - Kooperation mit dem tibetischen Arzt Pasang Y. Arya T. Sherpa vom bekannten <i>New Yuthok Institute for Tibetan Medicine</i>, Mailand (www.newyuthok.it) - Kooperation mit der <i>DÄGfA - Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.</i>, München (www.daegfa.de) 	www.ostwestmedizin.de

		<ul style="list-style-type: none"> - Integration der tibetischen Medizin in das westliche Gesundheitssystem - Entwicklung von Standards in der Ausbildung von tibetischer Medizin 	
4)	<p>ATTM – Akademie für Traditionelle Tibetische Medizin Deutschland e.V., Neckargmünd</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zweig der <i>Internationalen Akademie für Traditionelle Medizin</i> (IATTM), Mailand & Rom (www.iattm.net) - Erhaltung von Integrität, Authentizität und Kontinuität der tibetischen Medizin - Ausbildung in tibetischer Medizin durch den tibetischen Arzt Dr. Nida Chenagsang - Durchführung von spirituellen Kursen nach tibetischer Heillehre - Veranstaltung von diversen Schulungen, Vorträgen, Seminaren und Kursen über tibetische Medizin sowie Studienreisen nach Tibet - Herausgabe des „Journal of Traditional Tibetan Medicine“ 	<p>www.ttm-germany.net/index.html</p>
5)	<p>EthnoMed Akademie für visionäre Medizin, Steinhude am Meer</p> <p>Praxis für Ganzheitsmedizin, Steinhude am Meer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integration kulturfremder Krankheitsvorstellungen und Behandlungskonzepte - Therapieangebote mit tibetischer Medizin - Veranstaltung von Seminaren und Kursen zu asiatischen und psychosomatischen Heilverfahren, teilweise auch als Fortbildungskurse für Schulmediziner anerkannt - Gemeinsame Zusammenarbeit von Schulmedizinern (westliche Ganzheitsmediziner) und asiatischen Mediziner - Dr. Ingfried Hobert behandelt als Arzt für Ganzheitsmedizin, TCM und tibetische Medizin - Entwicklung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes bestehend aus Schulmedizin und asiatischem Heilwissen - Ganzheitsmedizinische Behandlung mit tibetischer Medizin - Verwendung von tibetischen Heilkräutern und spirituellen Verfahren 	<p>www.ethnomed-akademie.de</p> <p>www.drhobert.de</p>
6)	<p>Tibethaus Chödzung e.V., Frankfurt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Information von Kontakten mit tibetischen Ärzten und Ausbildungsmöglichkeiten für westliche Mediziner 	<p>www.tibethaus.com</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Förderung der wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen tibetischen und westlichen Ärzten - Der Fachbereich ‚Heilkunde‘ befasst sich mit Pharmakologie (Arzneimittel), Klinik (Diagnostik und Therapie) und Lehre (Ausbildung von Studenten) - Mitarbeit von Prof. Klaus Jork (arbeitete als Direktor für Allgemeinmedizin am Klinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt am Main), Experte in Tibetischer Medizin, seit 12 Jahren Zusammenarbeit mit dem <i>Chagpori Tibetan Medical Institute</i>, Darjeeling) 	
--	--	--	--

Tabelle 6: Möglicher Dachverband für tibetische Medizin

Tibetische Ärzte könnten mit diesen bereits bestehenden Einrichtungen für tibetische Medizin bei der Erstellung von standardisierten Richt- und Leitlinien für tibetisches Medizinwissen zusammenwirken. Existierte erst mal ein vollständiges Konzept über einen Lehr- und Behandlungsplan, wäre die tibetische Medizin für westliche Mediziner transparenter, nachvollziehbarer und erlernbar.

Einheitlichkeit, Organisation, Qualitätsstandards und Verwissenschaftlichung sind zur Etablierung im westlichen Gesundheitssystem dringend erforderlich, damit westliche Patienten zukünftig von der tibetischen Medizin profitieren können.

Wie auch der geschichtliche Hintergrund der Berufsgruppe westlicher Mediziner zeigte (siehe Kapitel 7.1.), hat nur eine organisierte und einheitliche Berufsgruppe die Chance sich langfristig in einer Gesellschaft zu etablieren. Erst als sich die westlichen Ärzte sich zu einer Vereinigung zusammengetan und professionalisiert hatten, gelang es ihnen, in der Öffentlichkeit ernst genommen zu werden und den Einfluss ihres Berufsstandes weiter auszubauen.

Es ist also noch eine Menge von tibetischen Mediziner zu tun, bevor westliche Patienten die Möglichkeit haben werden, sich ohne finanzielle Nachteile für eine tibetische medizinische Behandlung zu entscheiden.

Heute ist es außer in den Niederlanden nirgendwo im europäischen Raum offiziell erlaubt, tibetische Medizin zu praktizieren.

Zurzeit genehmigen die deutschen Gesetze weder tibetische Arzneien, noch die medizinische Praktizierung durch tibetische Ärzte – „aus Schutz für den Patienten“.

In Deutschland dürfen nur Ärzte und Heilpraktiker Medizin praktizieren. Wollen diese Berufsgruppen tibetische Medizin erlernen, können sie eine 5-jährige Ausbildung oder „Schnupperkurse“ an der medizinischen Hochschule TMAI, dem Zentrum für tibetische Medizin, im nordindischen Dharamsala absolvieren.

Seit 15 Jahren haben westliche Ärzte außerdem die Möglichkeit, eine Grundausbildung in tibetischer Medizin zu absolvieren – entweder am *New Yuthok Institute for Tibetan Medicine* (www.newyuthok.it, Zugriff Juni 2008) in Mailand oder am *Institut für Ost-West-Medizin* in Bad Homburg (www.ostwestmedizin.de, Zugriff Juni 2008). Diese Ausbildung richtet sich laut Sonja Marić, der Leiterin des deutschen Ausbildungsinstituts, nur an ausgebildete Ärzte, damit die Sicherheit für Patienten mit einer qualitätsgesicherten Behandlung gewährleistet ist. Die beiden Ausbildungsinstitute verfolgen das Ziel, eine Integration der tibetischen Medizin über die Ärzte zu erreichen.

Daher gibt es heute nur wenige Ärzte (*weltweit* gibt es schätzungsweise nur 2000 Ärzte mit tibetischer Medizinausbildung), die tibetische Medizin praktizieren und nur ein europäisches Pharmaunternehmen namens *PADMA AG* (www.padma.ch, Zugriff Juni 2008) welches tibetische Arzneimittel vertreibt. Aufgrund der Gesetzgebung ist es in allen europäischen Ländern schwierig, tibetische Medikamente zu registrieren und zu vertreiben.

Als erste Erfolge gelten die tibetischen Kräuterpräparate *Padma 28* und *Padma Lax*, deren Wirksamkeit durch klinische Studien belegt und die daher in einigen europäischen Ländern – entweder als Arzneimittel oder als Nahrungsergänzungsmittel deklariert – erhältlich sind (Schwabl & Vennos 2006).

Dennoch ist es schwierig, weitere Zulassungen für tibetische Vielstoffgemische zu erhalten, da die westliche Gesetzgebung auf Monopräparate ausgelegt ist und es fast unmöglich macht, die genaue Wirkung einer Arznei mit über 40 verschiedenen Bestandteilen nachzuweisen. Die Beweise nach westlichen Standards bleiben aufwändig und sehr teuer, wenn sich die Regelungen zur Registrierung von Arzneimitteln nicht ändern. Da die tibetische Medizin nicht losgelöst von den tibetischen Arzneien agieren kann, ist also ebenfalls eine Änderung des Arzneimittelgesetzes erforderlich.

Auch wenn eine Veränderung des westlichen Medizinsystems nur langsam voranschreiten kann und es noch ein weiter Weg ist, bis die tibetische Medizin als Komplementärmedizin anerkannt wird, sind kleine Schritte dieser Richtung erkennbar:

Beispielsweise gibt es seit 1996 einen Lehrstuhl für Medizinteorie und Komplementärmedizin an der Universität Witten/ Herdecke. „Ziel ist es, Verfahren der Komplementärmedizin gemeinsam so hochwertig und valide zu beforschen, dass diese [...] integraler Bestandteil der Patientenversorgung werden“

(wga.dmz.uni-wh.de/medizin/html/default/slir-6sp9vm.de.html, Zugriff Juni 2008).

Dann wurde 2004 der erste deutsche Lehrstuhl für Naturheilkunde mit dem Schwerpunkt Integrative Medizin an der Universität Duisburg-Essen eingerichtet. Dies war ein weiterer wichtiger Schritt, um zu erforschen, wie Schulmedizin und Komplementärmedizin effektiv miteinander kombiniert werden können

(www.uni-essen.de/naturheilkunde/de/aktuelles_3.php, Zugriff Juni 2008).

Auch ein erst kürzlich eingeführter Lehrstuhl wird sich positiv auf die Verbreitung und Anerkennung der Komplementärmedizinen auswirken: Seit Mai 2008 gibt es die erste Professur für Komplementärmedizin am Berliner Charité (www.charite.de/epidemiologie/german/ag_witt.html, Zugriff Juni 2008). Neben Studien zu einzelnen Behandlungsverfahren wie Qigong, Akupunktur und Homöopathie wurden bereits große interdisziplinäre Forschungsprojekte zur TCM und auch zur tibetischen Medizin beantragt. Diese Professur nimmt eine Schlüsselrolle für die Anerkennung komplementärer Therapieverfahren im westlichen Medizinsystem ein: Erstmals ist langfristige wissenschaftliche Forschung an einer anerkannten medizinischen Hochschule gesichert, um komplementäre Therapien auch in prospektiven Studien zu untersuchen. Diese Forschungen können langfristig dazu beitragen, die Komplementärmedizinen in Forschung und Lehre der Hochschulmedizin zu integrieren.

11.3. Ausblick

Der sinnvollste Weg, die tibetische Medizin im westlichen Gesundheitssystem praktizieren zu können, führt über die Komplementärmedizin. Die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der tibetischen Medizin sollten eine schulmedizinische Behandlung nicht ersetzen, sondern ergänzen.

Die westliche Medizin kann vor allem durch diese Aspekte von dem Gebrauch der tibetischen Medizin profitieren:

- Kostengünstige Behandlungstechniken (Ernährungsberatung, Ratschläge zur Lebensführung, Pulsdiagnostik)
- Behandlung bei chronischen und psychosomatischen Krankheiten

- Erfolgreiche Behandlung mit aus Kräutern bestehenden Medikamenten: basieren auf natürliche Bestandteilen, ohne schädliche Nebenwirkungen, gut verträglich
- Ganzheitliche Betrachtungsweise kann die physiologisch orientierte westliche Medizin ausgleichen
- Klare Konzepte und Erklärungsmodelle über Leben, Sterben, Krankheit: kommen bei Patienten gut an
- Ethische Grundhaltung des Arztes: Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung

Um die positiven Aspekte der Praktizierung von tibetischer Medizin als Komplementärmedizin zu bestätigen, sind weitere Studien und Forschungsprojekte notwendig. Damit die tibetische Medizin zukünftig in der Öffentlichkeit präsent wird, ist die Gründung eines einheitlichen Dachverbandes unumgänglich. Einheitliche Standards und Regelungen können so entwickelt werden und zur Verwissenschaftlichung und Transparenz beitragen. Die rechtliche Anerkennung könnte dann mit zunehmender Präsenz und der Zunahme an wissenschaftlichen Studienergebnissen folgen.

Damit die Komplementärmedizin einen festen Platz im Gesundheitssystem erlangt, ist es sinnvoll, dass sich alle wichtigen Komplementärmedizinen zusammenschließen (siehe Tabelle 5). Seit Anfang 2008 gibt es bereits die *Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin* (siehe Tabelle 3). Diese könnte sich mit einem Dachverband asiatischer Komplementärmedizinen (siehe Tabelle 4) verbinden, damit ein größerer gesundheitspolitischer Einfluss genommen werden kann.

Zwar gibt es den Dachverband asiatischer Komplementärmedizinen bislang nicht – könnte aber theoretisch, nach Gründung und Etablierung eines Dachverbandes für tibetische Medizin (siehe Tabelle 6) zu Stande kommen.

Die *Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen* zeigt beispielhaft, wie es möglich ist, auf gesellschaftlicher Ebene durch einen Zusammenschluss der wichtigsten Dachverbände im komplementärmedizinischen Bereich Gehör zu erlangen. Dies wäre auch in Deutschland ein Lösungsweg, um auf gesundheitspolitischer Ebene eine Veränderung der westlichen Medizin – durch Ergänzung mit der tibetischen Medizin zu bewirken.

Im Vergleich zu den anderen beiden großen asiatischen Medizinsystemen Ayurveda und TCM steht die tibetische Medizin im Westen noch am Anfang. Es ist noch eine Menge an Organisation, Übersetzung, Aufstellung von einheitlichen Standards etc. zu erarbeiten.

Obwohl die tibetische Medizin das westliche Medizinsystem in vielen Sachen bereichernd ergänzen könnte, sind die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen noch nicht gegeben.

Der Prozess zur Verbreitung und Rezeption der tibetischen Medizin hat also gerade erst begonnen.

12. Zusammenfassende Ergebnisse

Medizinische Themen, Theorien oder Studien kommen nicht ohne die Thematisierung der Arzt-Patienten-Beziehung aus, denn diese ist der zentrale Bestandteil der medizinischen Praktizierung.

Alle wichtigen sozialwissenschaftlichen Theorien thematisieren das Arzt-Patienten-Verhältnis. Einige dieser Theorien nehmen sogar das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt ihrer Theorien, wie zum Beispiel die Funktionalisten, Marxisten, Feministen und auch die Antipsychiatrie-Anhänger. Diese sozialwissenschaftlichen Theorien weisen zum Beispiel auf die Rollen von Ärzten und Patienten (Parsons 1951, 1964) hin, kritisieren die mächtige Stellung des Arztes (Navarro 1976, Waitzkin 1983) oder zeigen, wie willkürlich Ärzte ihre Patienten mit psychiatrischen Diagnosen versehen, die eigentlich keinem Krankheitsbild entsprechen (Chesler 1972, Martin 1987).

Obwohl diese sozialwissenschaftlichen Theorien auf wichtige Merkmale der Arzt-Patienten-Beziehung hinweisen, sind sie für einen kulturellen Vergleich jedoch unzureichend, da sie sich nur auf die (westliche) Gesellschaftsform beschränken.

Da es auf der Welt viele unterschiedliche Gesellschaften und dazu gehörende Medizinsysteme gibt, ist eine ethnomedizinische Herangehensweise für den interkulturellen Vergleich der Medizinpraktik in der Arzt-Patienten-Beziehung eher für diese Arbeit (und auch für die generelle Beschäftigung mit medizinischen Themen) geeignet.

In ethnomedizinischen Theorien geht es ebenfalls vorrangig um die medizinische Praktizierung in der Arzt-Patienten-Beziehung – jedoch in verschiedenen Kulturen (Kleinman 1980).

Viele Analysemodelle der Medical Anthropology wurden extra konzipiert, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu erforschen und auch zu verbessern, wie zum Beispiel die Analysemodelle der Erklärungsmodelle (explanatory models), Berücksichtigung von Krankheitsgeschichten (illness narratives) und die Unterscheidung von Krankheit (disease) und Krankheitserleben (illness).

Ethnomedizinische Konzepte lassen sich nicht nur praktisch, sondern auch als theoretischer Rahmen anwenden. Vor allem das theoretische Modell von Kleinman (1980) über die social reality, clinical reality und symbolic reality ließ sich gut für die ethnomedizinische Untersuchung dieser Arbeit übernehmen.

Im Gegensatz zu sozialwissenschaftlichen Theorien können mit der Ethnomedizin die kulturellen Besonderheiten sowie die Unterschiede und Gemeinsamkeiten von kulturellen Medizinsystemen untersucht werden. Die interdisziplinäre Wissenschaft der Ethnomedizin bedient sich dabei überwiegend qualitativer Methoden, um die Lebenswelten der Menschen zu verstehen und zu ergründen: Durch Ethnographie, Beobachtung, Befragung, Erzählungen und Geschichten ergeben sich stets neue interessante Sichtweisen und Perspektiven für medizinkulturelle Themen aller Art.

Auf diese Weise können Studien und Forschungen der Ethnomedizin die große Variation von Medizinsystemen veranschaulichen und detailliert zeigen, dass Gesundheit, Krankheit und Heilung kulturell konstruiert und auch kulturell relativ sind.

Auch ich wollte in dieser Arbeit etwas von der großartigen kulturellen Vielfalt der Medizinformen darstellen. Damit übe ich natürlich Kritik an der westlichen Medizin, da diese von ihren Verfechtern als einzig wissenschaftliche und gültige Medizin in der Welt präsentiert wird. Hauptsächlich sollten jedoch die westliche und die tibetische Medizin hinsichtlich der medizinischen Praktik in der Arzt-Patienten-Beziehung erläutert und durch Praxisbeispiele veranschaulicht werden.

Dafür habe ich keine eigene empirische Forschung unternommen, sondern schon durchgeführte Untersuchungen, Studien und Praxisbeispiele aus der Ethnomedizin verwendet (Hahn 1982, 1985, Mishler 1985, Waitzkin 1985, Kleinman 1988, Asshauer 2003, Arya 2008, Emchi 1008).

Aufgrund des unterschiedlichen kulturhistorischen Hintergrundes haben sich im westlichen (Ackerknecht 1959, Huerkamp 1989, von Engelhardt 2001, Bergdolt 2004) sowie im tibetischen (Clifford 1989, Meyer 1997, Janes 1995, Choedrak 2003) Medizinsystem jeweils eigene Erklärungsmodelle über Krankheitsentstehung und Krankheitsbehandlung entwickelt.

Stark geprägt vom Cartesianischen Dualismus aus dem 17. Jahrhundert, arbeitet die westliche Medizin heute immer noch nach diesem dualistischen Körperbild: Körper und Geist werden getrennt voneinander behandelt.

Damit Konzepte über Entstehung und Behandlung von Krankheiten widerspruchsfrei und logisch begründbar sind, orientiert sich die westliche Medizin an den Naturwissenschaften und ihren „objektiven Methoden“.

Während der Diagnose kommt es in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung in der Regel zum Einsatz von medizinischen Technologien und Apparaten. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient dient dabei nur als Rahmen, nicht als Mittelpunkt der medizinischen Behandlung.

Um die physiologische Krankheit bis in die *tieftste molekulare Ebene* zu analysieren, werden medizinische Technologien und biochemische Verfahren angewendet.

Eine diagnostische Betrachtung von personalen, sozialen oder mentalen Umständen des Patienten findet auf einer *umfassenderen menschlicheren Ebene* in der biomedizinischen Diagnostik nicht statt.

Leiden westliche Patienten jedoch an einer Krankheit, die keine erkennbaren physischen Ursachen hat, kümmern sich entsprechende Spezialisten aus dem psychologischen oder psychiatrischen Bereich um sie.

Es gibt eine Vielzahl von Gegenbewegungen zur ausschließlich physiologisch orientieren westlichen Biomedizin. Die bekanntesten Schulen wie Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Psychoanalyse oder Psychosomatik sind alle aufgrund der zu einseitigen Sicht- und Behandlungsweise der westlichen Medizinbehandlung entstanden. Insbesondere das mangelhafte Arzt-Patienten-Verhältnis der Biomedizin wurde in diesen Gegenbewegungen bewusst als Schwerpunkt verwendet und im Vergleich zur Biomedizin gegenteilig gestaltet.

Zu einer großen weitreichenden Veränderung der biomedizinischen Praxis haben diese medizinischen Schulen, in denen das Gespräch zwischen Arzt und Patient eine zentrale Bedeutung zukommt, jedoch nicht geführt. Biomediziner wurden nicht aus-

reichend überzeugt, sich mit den ganzheitlichen Medizinkonzepten zu befassen, diese wurden als unwissenschaftlich abgetan.

Nun existieren im westlichen Medizinsystem sowohl ausschließlich physiologisch orientierte Experten, als auch überwiegend auf geistige psychische Prozesse konzentrierte Experten.

Jedoch scheint sich eine Veränderung im deutschen Medizinsystem abzuzeichnen: Komplementärmedizinen werden bei Patienten immer beliebter, wozu auch die einstigen Gegenbewegungen Homöopathie und die Anthroposophische Medizin gehören. Die Gesundheitspolitik reagiert zwar nur langsam darauf, jedoch sind bereits einige komplementärmedizinische Behandlungen als Kassenleistung und damit als wirksam anerkannt worden.

Damit sich die Anwendung von Komplementärmedizinen stärker im Gesundheitssystem verankert und eine breitere Akzeptanz bei Ärzten und Patienten findet, haben sich Anfang 2008 die vier wichtigsten medizinischen Verbände aus dem komplementärmedizinischen Bereich zu der *Arbeitsgemeinschaft Komplementärmedizin* zusammengeschlossen. Durch die Repräsentation von 16.000 Ärzten, die Komplementärmedizin praktizieren, kann sich diese Vereinigung in der Öffentlichkeit verstärkt für ein pluralistisches Medizinsystem und einer weiteren Etablierung der Komplementärmedizinen einsetzen.

Berger und Luckmann (1966:95) erläutern, wie schwierig es ist eine fest integrierte gesellschaftliche Institution zu ändern:

„Der Mensch erlebt sie als fremde Faktizität, ein *opus alienum*, über das er keine Kontrolle hat, nicht als *opus proprium* seiner eigenen produktiven Leistung. Aus unserer vorangegangenen Erörterung der Vergegenständlichung wird klar geworden sein, dass, sobald sich eine objektive gesellschaftliche Welt etabliert hat, die Möglichkeit der Verdinglichung nicht mehr weit ist. Die Gegenständlichkeit der gesellschaftlichen Welt bedeutet, dass diese Welt dem Menschen als etwas, das außer seiner selbst ist, gegenübersteht. Die entscheidende Frage ist, ob er sich noch bewusst bleibt, dass die gesellschaftliche Welt, wie auch immer objektiviert, von Menschen gemacht ist – und deshalb neu von ihr gemacht werden kann.“

Die sozial konstruierten Regeln einer Institution wirken auf die Gesellschaftsmitglieder zurück und werden als objektiv empfunden. Der entstehungsgeschichtliche Hintergrund, der die soziale Konstruktion verdeutlicht, gerät dabei in Vergessenheit, so dass die gesellschaftliche Institution als objektive Wirklichkeit erscheint. Auch unsere westliche Medizin ist so sehr mit dem ganzen legitimierten Machtapparat in unserem gesellschaftlichen Leben verankert, dass sie kaum abzuschaffen oder auszuwechseln wäre.

Da die biomedizinische Behandlung bei akuten Notfällen und der Behandlung von lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten durchaus ihre Vorteile hat, soll sie auch gar nicht vollständig durch ein alternatives Medizinsystem ersetzt, sondern lediglich (durch Komplementärmedizinen) ergänzt werden.

Ein gangbarer Weg, die Mängel der physiologisch orientierten Biomedizin auszugleichen, führt über die Anwendung von Komplementärmedizinen. Wenn westliche Mediziner verstärkt entsprechende Methoden im Behandlungsalltag anwenden würden, wäre dies nicht nur eine mögliche Befreiung aus der Finanzkrise des kaum noch finanzierbaren Medizinsystems, sondern würde auch die Arzt-Patienten-Beziehung zwischenmenschlich verbessern. Ärzte könnten sich in längeren Gesprächen auf den ganzheitlichen Gesundheitszustand ihrer Patienten konzentrieren, ihr Krankheitserleben ernst nehmen und dafür erforderliche Gesprächstechniken, zum Beispiel durch Ausbildung in den Komplementärmedizinen erlernen.

Gerade die tibetische Medizin sollte als Komplementärmedizin in der westlichen Biomedizin eingesetzt werden, damit auch diese Patienten von der einzigartigen tibetischen Medizinbehandlung profitieren können.

Die ethnomedizinische Untersuchung der tibetischen Medizin verdeutlichte Besonderheiten, welche in der westlichen Medizin bereichernd angewendet werden könnten.

Das tibetische Medizinsystem ist (wie die gesamte Kultur Tibets) stark mit der buddhistischen Religion verbunden, so dass die ärztliche Tätigkeit als heilig gesehen wird. Tibetische Ärzte behandeln ihre Patienten unter besonderen ethischen Grundsätzen: Mitfühlend und liebevoll ist das Empfinden und Verhalten des Arztes seinen Patienten gegenüber, eine Haltung, die auch für das westliche Arzt-Patienten-Verhältnis ein großer Gewinn sein könnte.

Durch ein ganzheitliches Menschenbild wird dieser als Mikrokosmos des Makrokosmos gesehen und danach die medizinische Behandlung ausgerichtet. Da die westliche Medizin auf dem Cartesianischen Dualismus basiert und Körper und Geist getrennt voneinander behandelt werden, ist eine ganzheitliche Sichtweise bislang kaum in der Medizinpraktik vorhanden. Die tibetische Medizin bietet ihren Patienten dagegen klare Erklärungsmodelle über Leben, Sterben und Krankheit an – welche auch für die westliche Medizin bereichernd wären. Patienten würden diese ganzheitlichen

vollständigen Erklärungsmodelle sicherlich als positiv empfinden, da es ihnen einen tieferen Sinn vermitteln und Zusammenhänge nachvollziehbar erklären kann.

In der tibetischen Medizin werden Krankheiten durch das humoralpathologische Konzept über die 3-Säfte-Lehre erklärt und behandelt.

Zur Diagnostik dient die hochentwickelte und präzise Pulsdiagnostik, Zungen- und Urinanalyse.

Krankheitsbehandlung setzt in der tibetischen Medizin immer erst bei Ratschlägen zur Ernährung und Verhaltensänderung an. Sollte dies nicht ausreichen, werden tibetische Arzneien zur inneren Behandlung sowie Massagen, Akupunktur oder Moxabustion als äußere Behandlungsmethoden verabreicht.

Insgesamt wäre die komplementärmedizinische Anwendung tibetischer Medizin kostengünstig und eine Bereicherung für die westliche Arzt-Patienten-Beziehung.

Aufgrund der besonderen politischen Situation Tibets ist die Etablierung der tibetischen Medizin im Westen jedoch noch nicht sehr weit fortgeschritten.

Eine Änderung dieser Tatsache wäre erstrebenswert, denn die westliche Medizin kann von den positiven Effekten der tibetischen Medizin auf die Zufriedenheit der Patienten und die Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen nur profitieren.

Auch die tibetische Medizin hätte durch ihre Verwendung als Komplementärmedizin Vorteile: Durch die Verbreitung und Etablierung im Westen könnte ein wesentlicher Teil dieser Kultur zukünftig bewahrt werden.

Die Möglichkeiten für eine Veränderung der medizinischen Praktik in der westlichen Arzt-Patienten-Beziehung sind gegeben – es ist nun an der Zeit sie zu nutzen.

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, E.H., 1959 (1992). *Geschichte der Medizin*. 7. Auflage. Stuttgart: Enke.

Abholz, H.-H., 1986. Das Dilemma medizintechnischer Innovation. In: Abholz, H.-H. et al., 1986. *Technologie und Medizin*. Berlin: Argument-Verlag, 29-49.

Armstrong, D., 1983. *Political Anatomy of the Body*. Cambridge: Cambridge University Press.

Armstrong, D., 1987. Bodies of knowledge: Foucault and the problem of human anatomy. In: Scambler, G. (Hrsg.), 1987. *Sociological Theory and Medical Sociology*. London, New York: Tavistock.

Armstrong, D., 1995. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17 (3), 393-404.

Asshauer, E., 2003. Die Begegnung eines deutschen Arztes mit der Tibetischen Medizin. In: Reichle, F. (Hrsg.), 2003. *Das Wissen vom Heilen*. 6. Auflage. Zürich: Oesch Verlag, 56-68.

Baer, H.A., Singer, M. & Johnsen, J.H., 1986. Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*, 23 (2), 95-98.

Balint, M., 1964 (2001). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. 10. Auflage. Stuttgart: Klett-Cola.

Bergdolt, K., 2004. *Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute*. München: Beck.

Berger, P. & Luckmann, T., 1966 (2007). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. 21. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.

Blech, J., 2003. *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Borck, C., 2003. Zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik. Der Aktionsradius der modernen Medizin. In: Lux, T. (Hrsg.), 2003. *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer.

- Bury, M., 1986. Social constructionism and the development of medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, 8 (2), 137-169.
- Cant, S. & Sharma, U., 2000. Alternative Health Practices and Systems. In: Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S., 2000. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage, 426-439.
- Cassell, E.J., 1967. *The Healer's Art: A new Approach to the Doctor-Patient Relationship*. New York: Lippincott, 47-83.
- Chesler, P., 1972. *Women and Madness*. New York: Doubleday.
- Choedrak, T., 2003. *Im Dienst des Dalai Lama. Die Erinnerungen seines Leibarztes Tenzin Choedrak*. Frankfurt am Main und Leipzig: Insel Verlag.
- Classen, M., Diehl, V. & Kochsiek, K. (Hrsg.), 1991. *Innere Medizin*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Clifford, T., 1984 (1989). *Tibetische Heilkunst*. Bern, München, Wien: Otto Wilhelm Barth Verlag.
- Dörner, K., 2001. Chronisch Kranke – der ärztliche Regelfall. In: Dörner, K., 2001. *Der gute Arzt*. Stuttgart, New York: Schattauer, 102-117.
- Douglas, M., 1970 (2003). *Collected Works, Volume III, Natural Symbols*. London, New York: Routledge.
- Duden, 1989. *Etymologie: Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache*. 2. Auflage. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Eisenberg, D.M. et al., 1998. Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 280 (18), 1569-1575.
- Eisenberg, L., 1977. Disease and Illness: Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 (1), 9-23.
- Engelhardt von, D., 2001. Das Bild des Arztes in medizinhistorischer Sicht. In: Huth, K. (Hrsg.), 2001. *Arzt – Patient: Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung*. Tübingen: Attempto Verlag Tübingen GmbH.

- Engelhardt, K., 1999. *Kranke Medizin: das Abhandenkommen des Patienten*. Münster: Agenda Verlag.
- Flick, U., Kardoff von, E. & Steinke, I. (Hrsg.), 2003. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 2. Auflage*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Foucault, M., 1963 (1988). *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Foucault, M., 1975 (1994). *Überwachen und Strafen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Frank, R. & Stollberg, R., 2002. Ayurvedic Patients in Germany. *Anthropology & Medicine* 9 (3), 291-313.
- Freud, S., 1915-1917 (2001). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Good, B., 1994. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greifeld, K., 2003. Einführung in die Medizinethnologie. In: Greifeld, K. (Hrsg.), 2003. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer.
- Hacking, I., 1995 (2001). *Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Hahn, R.A., 1982. "Treat the Patient, not the Lab" Internal Medicine and the Concept of 'Person'. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6 (3), 219-236.
- Hahn, R.A. & Kleinman, A., 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Ann. Rev. Anthropology*, 12, 305-333.
- Hahn, R.A., 1985. World of Internal Medicine: Portrait of an Internist. In: Hahn, R.A. & Gaines, A.D. (Hrsg.), 1985. *Physicians of Western Medicine: Anthropological Approaches to Theory and Practice*. New York, Heidelberg: Springer, 51-111.
- Härtel, U. & Volger, E., 2004. Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie. *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde* 11, 327-334.

- Haubl, R., 2007. Krankheiten, die Karriere machen: Zur Medizinalisierung und Medikalisierung sozialer Probleme. In: Warrlich, C. & Reinke, E. (Hrsg.), 2007. *Auf der Suche, Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Helman, C.G., 1985. Communication in Primary Care: The Role of Patient and Practioner Explanatory Models. *Soc. Sci. Med.*, 20 (9), 923-931.
- Helman, C.G., 2007. *Culture, Health and Illness. Fifth Edition*. London: Hodder Arnold.
- Hobert, I., 2004. *Die Praxis der Traditionellen Tibetischen Medizin*. Frankfurt am Main: O.W. Barth.
- Huerkamp, C., 1989. Ärzte und Patienten. In: Labisch, A. & Spree, R. (Hrsg.), 1989. *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Illich, I., 1976 (2007). *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 5. Auflage*. München: Beck.
- Janes, C.R., 1995. The Transformations of Tibetan Medicine. *Medical Anthropology Quaterly*, New Series, 9 (1), 6-39.
- Kaptchuk, T.J. & Eisenberg D.M., 2001. Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States. *Ann. Intern. Med.*, 135 (3), 189-195.
- Kleinman, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A., 1988. *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. & Seeman, D., 2000. Personal Experience of Illness. In: Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S., 2000. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage, 230-242.
- Kocher, G., 2006. *Vorsicht, Medizin! 1555 Aphorismen und Denkanstöße*. Bern: Ott Verlag.
- Laing, R.D. & Esterson, A., 1964 (1975). *Wahnsinn und Familie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.

- Lang, H., 2000. *Das Gespräch als Therapie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Lazarus, E.S., 1988. Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 2 (1), 34-58.
- Lehmann, A., 2008. Termin leider erst im nächsten Quartal. *taz*, 24./25. Mai, 5.
- Leslie, C., 1976. *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.
- Leslie, C. & Young, A. (Hrsg.), 1992. *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Lux, T., 2003a. Viele Namen für dieselbe Sache? Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology. In: Lux, T. (Hrsg.), 2003. *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, 10-30.
- Lux, T., 2003b. Krankheit und ihre kulturellen Dimensionen. Ein ideengeschichtlicher Abriss. In: Lux, T. (Hrsg.), 2003. *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, 145-176.
- Martin, E., 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Bacon Press.
- Malinowski, B., 1944 (2005). *Eine wissenschaftliche Theorie der Kultur*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Mechanic, D., 1962. The Concept of Illness Behaviour. *Journal of Chronic Disorders*, 15, 189-194.
- Meyer, F., 1997. Theorie und Praxis der tibetischen Medizin. In: Van Alphen, J. & Aris, A. (Hrsg.), 1997. *Orientalische Medizin: ein illustrierter Führer durch die asiatischen Traditionen des Heilens*. Bern: Haupt.
- Mishler, E.G., 1985. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Westport: Greenwood Publishing Group.

- Mitscherlich, A., 1966. Krankheit als Konflikt: Studien zur psychosomatischen Medizin. In: Allert, T. (Hrsg.), 1983. *Gesammelte Schriften II, Psychosomatik 2*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Morris, D.B., 2000. *Krankheit und Kultur*. Regensburg: Kunstmann.
- Navarro, V., 1976. *Medicine under Capitalism*. London: Croom Helm.
- Parsons, T., 1951 (1991). *The Social System*. London, New York: Routledge, 428-480.
- Parsons, T., 1964. Definitionen von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: Mitscherlich, A. (Hrsg.), 1967. *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Köln: Kiepenheuer und Witsch, 57-87.
- Payer, L., 1988 (1993). *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Pfleiderer, B. & Bichmann, W., 1985. *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Berlin: Reimer.
- Postert, C., 2003. Medizinische Systeme Ost- und Südasiens. In: Greifeld, K. (Hrsg.), 2003. *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*. Berlin: Reimer.
- Reichle, F. (Hrsg.), 2003. *Das Wissen vom Heilen. 6. Auflage*. Zürich: Oesch Verlag.
- Rivers, W.H., 1924. *Medicine, Magic, and Religion*. London: Kegan Paul.
- Rotter, W., 1985. *Lehrbuch der Pathologie. 3. Auflage*. Bd. 1-4. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schumpelick, V. & Vogel, B. (Hrsg.), 2006. *Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel*. Freiburg: Herder.
- Schwabl, H. & Vennos, C., 2006. Der „multi-target“-Ansatz Tibetischer Heilmittel – Wirkmechanismen von Padma 28 im entzündlichen Geschehen am Beispiel der Arteriosklerose. *Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin* 18(4), 213-218.
- Siegrist, J., 2005. Soziologie der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Siegrist, J., 2005. *Medizinische Soziologie. 6. Auflage*. München: Urban & Fischer, 250-273.

Singer, M. & Baer, H., 1995. *Critical medical anthropology*. Amityville: Baywood Publishing Company.

Sharma, U., 1992. *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London: Tavistock.

Thews, G., 1991. *Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen. 4. Auflage*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Virchow, R., 1847. Die naturwissenschaftliche Methode und die Standpunkte in der Therapie. *Virchows Archiv* 2 (1-2), 1849, 3-37. Berlin, Heidelberg: Springer.

Waitzkin, H., 1983 (2000). *The Second Sickness. Contradictions of Capitalist Health Care*. Oxford: Rowman and Littlefield.

Waitzkin, H., 1985. Information Giving in Medical Care. *Journal of Health and Social Behaviour* 26, 81-101.

Young, A., 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.

Zola, I.K., 1966. Culture and Symptoms – an Analysis of Patients' Presenting Complaints. *American Sociological Review*, 31 (5), 615-630.

Als zusätzliche Informationsquellen dienten für diese Arbeit:

- Dokumentarfilm von Franz Reichle: „Das Wissen vom Heilen“, 1996
- Besuch der Veranstaltung: „Tibetische Medizin im westlichen Kontext“, Jubiläumsveranstaltung 15 Jahre Ärztliche Ausbildung Tibetische Medizin, 31.05.08 in Bad Homburg
- Gespräche mit Geshe Gendun Yonten, dem norddeutschen Vertreter des Dalai Lama
- E-Mails von Patienten an Geshe Gendun Yonten

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, durch Angabe der Quellen kenntlich gemacht wurden.

Wiesbaden, den 17.06.2008

Nadja Klafke