



**Prof. Dr. med.
Peter F. Matthiessen**

Leiter des Arbeitsbereichs
Methodenpluralität in der Medizin

Em. Inhaber des Gerhard-Kienle-
Stiftungslehrstuhls für
Medizintheorie und
Komplementärmedizin an der
Universität Witten/Herdecke

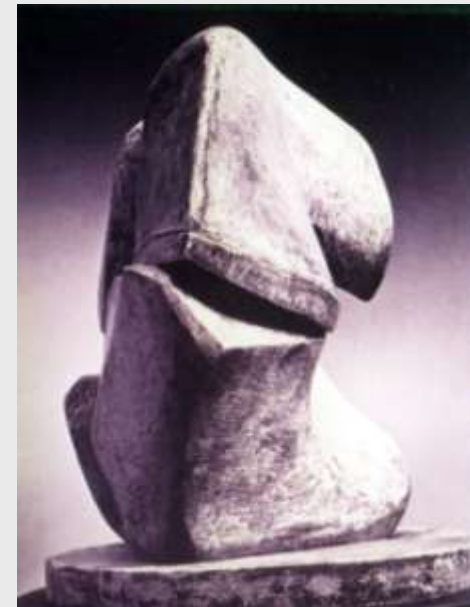
Ehm. Leitender Arzt der
Psychiatrischen Modellabteilung
für Jugendliche und junge
Erwachsene am
Gemeinschaftskrankenhaus
Herdecke

Aspekte der Zwischenmenschlichkeit in der Medizin

Tagung 2014 Biophysikalische Medizin

22. - 23. März 2014 Bad Liebenzell

Gesellschaft für biophysikalische Medizin e.V.



**Henry Moore, 1962,
u. a. Tate Gallery**

Über allen Gipfeln
Ist Ruh',
In allen Wipfeln
Spürest du
Kaum einen Hauch;
Die Vögelein schweigen im Walde.
Warte nur balde
Ruhest du auch.

Stille ist im Pavillon aus Jade
Krähen fliegen stumm
Zu beschneiten Kirschbäumen im Mondlicht.
Ich sitze
Und weine.

"Wanderers Nachtlied" von Johann Wolfgang Goethe (oben) wurde 1902 ins Japanische übertragen, 1911 weiter ins Französische und kurz darauf zurück ins Deutsche (unten) – in der Annahme, es handele sich um ein japanisches Gedicht.

Pluralismus in der Medizin

1976

Dt. Arzneimittelgesetz (AMG 76);
Aufbereitungskommissionen für die Besonderen Therapierichtungen:
• Phytotherapie • Anthroposophische Medizin • Homöopathie

1986 – 1996

Betreuung der staatlichen Forschungsförderprojekte

Unkonventionelle Methoden der Krebsbekämpfung (UMK)

Unkonventionelle Medizinische Richtungen (UMR)

Univ. Witten/Herdecke. Leitung: Peter.F. Matthiessen, im Auftrag der Bundesregierung

1992 – 1998

EU-Projekt Unconventional Medicine, COST-B4-Programm
German Delegate: Peter F. Matthiessen

1999 – 2004

KeimCelle Zukunft – Heilen im Dialog;
Kooperation zwischen LMTKM und der Stadt Celle

2003 – 2005

Schweizer Programm zur Evaluation der Komplementärmedizin (PEK);
Beauftragung des LMTKM und der PanMedion-Stiftung, Zürich, zur Erstellung von 5 Health
Technology Assessments (HTA's) durch das Eidgenössische Bundesamt für Gesundheit
• Anthroposoph. Medizin (**IFAEMM**) • Phytotherapie • TCM (Phytotherapie)
• Homöopathie • Neuraltherapie

Seit 2000

Dialogforum Pluralismus in der Medizin an der Bundesärztekammer



United States Congress
House of Representatives

Hearings on

ACCESS TO MEDICAL TREATMENT

Before the

Committee on Oversight and Reform

February 12, 1998

Testimony by

Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen

Chief of the Medical Service

at the Herdecke Community Hospital

and

Head of the Department of Medical Theory and Complementary Medicine

at the

University of Witten/Herdecke

Germany

10 Jahre
Dialogforum

Pluralismus in der Medizin

Peter F. Matthiessen (Hrsg.)

Patientenorientierung und
Professionalität *Festschrift*



2. erweiterte Auflage

VAS



Publikationen

- 2004:** Schulmedizin und Komplementärmedizin: Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden (Dt. Ärztebl., Heft 19)
- 2004:** Medizin und Menschenbild: Das Verständnis des Menschen in Schul- und Komplementärmedizin (Dt. Ärzte-Verlag, ISBN 3-7691-0514-1)
- 2005:** Schwerpunkt: Pluralismus der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation? (ZaeFQ, Heft 4-5)
- 2005:** Rationaler Diskurs zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin erforderlich (Dt. Zeitschrift für Onkologie, Heft 37)
- 2009:** Fallkonferenz Integrative Medizin – Modell für die Zukunft (DMW, Heft 5)
- 2009:** Beiträge der Veranstaltung „Die Zukunft der IndividualMedizin“ (Dt. Ärztebl., Hefte 10, 20, 25, 31-32, 37)
- 2009:** Die Zukunft der IndividualMedizin: Autonomie des Arztes und Methodenpluralismus (Dt. Ärzte-Verlag, ISBN 3-7691-0591-9)
- 2010:** Ärztliche Professionalität und Komplementärmedizin: Was ist seriöses Therapieren? (Dt. Ärztebl., Heft 12)



Veranstaltungen

Symposium Medizin und Menschenbild

14. bis 15. September 2004 • Düsseldorf

Symposium Pluralismus in der Medizin – Pluralismus der Therapieevaluation?

23. bis 24. November 2004 • Berlin

Fallkonferenz Integrative Medizin

5. Dezember 2006 • Düsseldorf

The Patient between Conventional and Complementary Medicine

18. Oktober 2007 • Brüssel

Die Zukunft der IndividualMedizin

23. bis 24. Januar 2008 • Berlin

Fallkonferenz Integrative Medizin

(Sondersymposium im Rahmen des 57. Ärztekongresses)

11. September 2009 • Berlin

Fallkonferenz Demenz

23. Juni 2010 • Universität Witten/Herdecke

Festveranstaltung 10 Jahre Dialogforum

Pluralismus in der Medizin

4. November 2010 • Berlin

Angewandte Wissenschaft

Praktische Wissenschaft

Wissenschaftsfreiheit

Problemstellung vorgegeben

Effiziente Wissensgenerierung

Bestmögliche Hilfeleistung

Wertneutrales Erklären

Normatives Bewerten

**Formales Wissen:
Know what**

**Dispositionelles Wissen:
Know how**

**Anwendung von gesichertem
(Regel-)Wissen**

**Soziale Kunst der
individuellen Hilfestellung**

Theoretische Wissenschaft

Praktische Wissenschaft

Medizinische

Ärztliche

Diagnose

ist

Sachverhaltskonstatierung

Handlungsentscheidung

Fähigkeit zur Abstraktion

Fertigkeit zur Konkretion

dekontextualisierend

kontextualisierend

fragt

„Was liegt vor?“

„Was ist zu tun?“

**nach dem Allgemeinen
des austauschbaren Falls**

**nach dem Besonderen
des unaustauschbaren Falls**

zielt auf

**die Klassifizierung
von Krankheitszuständen**

**das Erfassen einer kranken
Person in einer einmaligen Situation**

Problem der Individualisierung

Problem der Generalisierung

Heimsuchung

- äußere materielle und psychosoziale Einflüsse
- Viktimisierung
- Heteronome Abläufe

Therapie als Beseitigung

Behauptungsreaktion

- umfassende, gelingende oder misslingende biologische/psychologische Selbstbehauptung

Therapie als Dialog

Erkrankungsprozesse
Krankheit
Komplexität
Gesundungsprozesse

Entgleisung

- lokalisierbarer Defekt/regulatorische Fehlleistung
- Re-stituierung

Therapie als Korrektur

Krise

- entwicklungsförderndes Ereignis, Reifung, Zu-Kommen von Neuem, Zugewinn

Therapie als Begleitung

Determination/ Pathogenese

Diagnostik

Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese

**Fokussiert auf krankmachende
Determinanten und deren Eliminier-/
Umkehrbarkeit**

**Krankheit als passive
Funktionsstörung**

**Krankheitssymptome als
Funktionsdefizite:
„woher resultieren die Symptome?“**

**Spontanremissionen
begründungspflichtig**

**Erkranken und Gesunden
als Ursache-Wirkungs-Beziehung**

**Gesundheit und Krankheit
als Dichotomie**

**Klassifizierende Diagnostik,
Krankheitsmechanismen und -verläufe**

Registrierendes Beobachten

**Fokussiert auf autoprotektive
und salutogenetische
Potenzen**

**Krankheit als veränderte
Gesamtleistung**

**Krankheitssymptome als aktive
Funktionsäußerungen:
„worauf zielen die Symptome?“**

**Ausbleibende Spontanremissionen
begründungspflichtig**

**Erkranken und Gesunden
als Reiz-Reaktions-Beziehung**

**Gesundheits-/Krankheits-
Kontinuum**

**Individualisierende Diagnostik,
Kranken- und Lebensgeschichte**

Partizipatives Anerkennen

Determination/ Pathogenese

Therapie

Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese

**Fokussiert auf
Krankheits(symptom)-
Beseitigungsstrategien**

**Wirksam durch Korrektur
krankhafter Veränderungen.
Passive Rolle des Patienten**

**Zielt auf Direktwirkung. Sekundäre
Wirkung als unerwünschter Effekt**

**Pathologische Physiologie/
Psychologie als Orientierungs-
rahmen**

**Beherrschbarmachende Praxis
Intervention(ismus)
Paternalismus/Fürsorge**

**Indiziert, wo therapeutischer
Appell an Selbstordnungsleistung
nicht (mehr) möglich**

Den Ertrinkenden retten

**Fokussiert auf Unterstützung/
Stimulation autoprotektiver und
(auto-)salutogener Potentiale**

**Wirksam durch aktiv-richtunggebende
Beteiligung des Organismus.
Aktive Rolle des Patienten**

**Zielt auf Sekundärwirkung.
Ggf. initiale Symptomverstärkung**

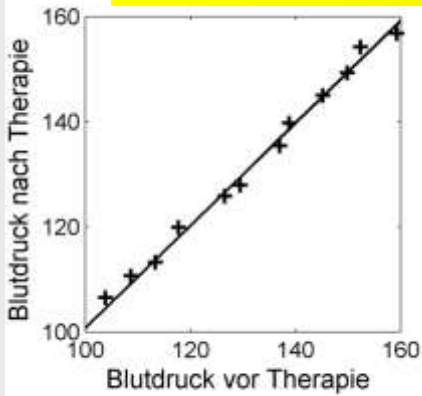
**Therapeutische Physiologie/
Psychologie als Orientierungs-
rahmen**

**Partnerschaftlich-aner kennende
Praxis. Befähigendes Begleiten.
Stärkung von Selbsthilfe**

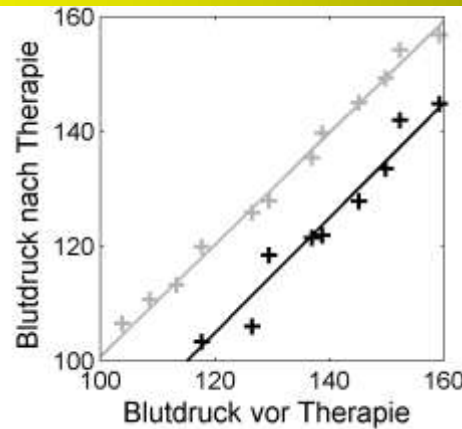
**Indiziert, wo Selbstheilungs-
leistungen potentiell (noch)
stimulierbar**

Zum Schwimmen befähigen

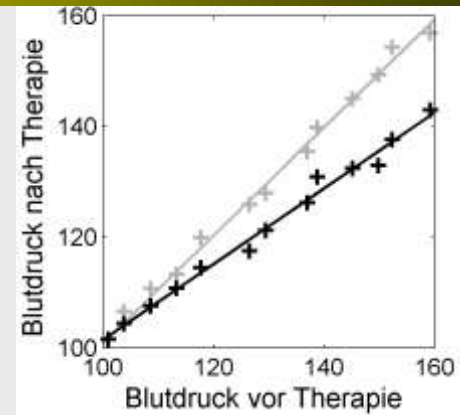
Normalisierung der Funktionsgrößen in Ruhe



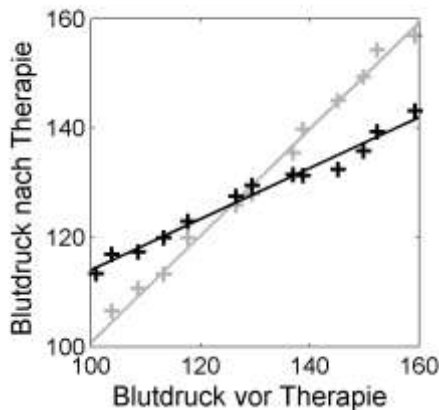
a) Blutdruckwerte bei Patienten **ohne wirksame Therapie**. Es verändert sich nichts (bis auf leichte Schwankungen). Diese Kurve **ist in den anderen drei Diagrammen grau eingezeichnet, als Referenz** ohne (bzw. ohne wirksame) Therapie.



b) Bei der gesamten Gruppe (**unabhängig vom Ausgangswert** ihres Blutdrucks) bewirkt ein bei allen **gleichermaßen** wirksames Medikament eine Senkung des Blutdrucks von ca. 15 mmHg statt (das ist selbstverständlich nicht wünschenswert).



c) Hier ist eine therapeutische Maßnahme eingesetzt, die **nicht bei allen gleichermaßen** wirkt: die Wirkung ist **umso stärker, je höher der Ausgangswert** ist. Allerdings ist diese therapeutische Maßnahme noch nicht optimal, denn selbst bei Normotonikern (ca. 120-125 mmHg) ist immer noch eine unerwünschte Absenkung des Blutdrucks zu erkennen.



d) hier wird eine **optimale therapeutische Maßnahme** umgesetzt: Hypertoniker haben nach der Therapie einen niedrigeren Blutdruck und Hypotoniker haben nach der Therapie einen höheren Blutdruck. Bei den Normotonikern hingegen ändert sich durch die Therapie nichts. Dieser Effekt wird als **Normalisierung** bezeichnet. Es handelt sich offenbar nicht um einen sog. regression to the mean-Effekt, da hier nicht nur eine Gruppe am Rand einer Verteilung betrachtet wird, sondern alle Patienten / Probanden, ungeachtet vom Ausgangswert.

Determination/ Pathogenese

Prävention

Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese

**Verhinderung von Krankheit(en)
durch Gefahrenabwehr
und Risikominimierung**

**Förderung von Gesundheit(en)
durch Erhöhung der Widerstands-
kraft und Schaffung gesundheits-
fördernder Lebensbedingungen**

Risikofaktorenkonzept

Gesundheitsressourcenkonzept

Betont die Exposition

Betont die Disposition

**Anweisung zu experten-
konformem Verhalten**

Befähigung zur Selbstverantwortung

Non-Compliance als Delikt

Non-Compliance ggf. als Stärke

Institutionelle Orientierung

Lebensweltliche Orientierung

**Determination/
Pathogenese**

**Gefahren der
Vereinseitigung**

**Eigengesetzlichkeit/
Salutogenese**

**Verkennung salutogener Potentiale/
Prozesse im Krankheitsgeschehen**

**Verkennung des pathogenen
Potentials misslingender
Gesundungsprozesse**

**Vorschnelle Bekämpfung
von Krankheitssymptomen**

**Vorschnelle Verbündung
mit Krankheitssymptomen**

**Unterforderung organismus-/
individuumeigener Ressourcen**

**Überforderung organismus-/
individuumeigener Ressourcen**

**Viktimisierung des Patienten/Bürgers
durch zu geringe Autonomie-
zuschreibung**

**Schuldzuweisung an Patienten/
Bürger durch zu hohe Autonomie-
zuschreibung**

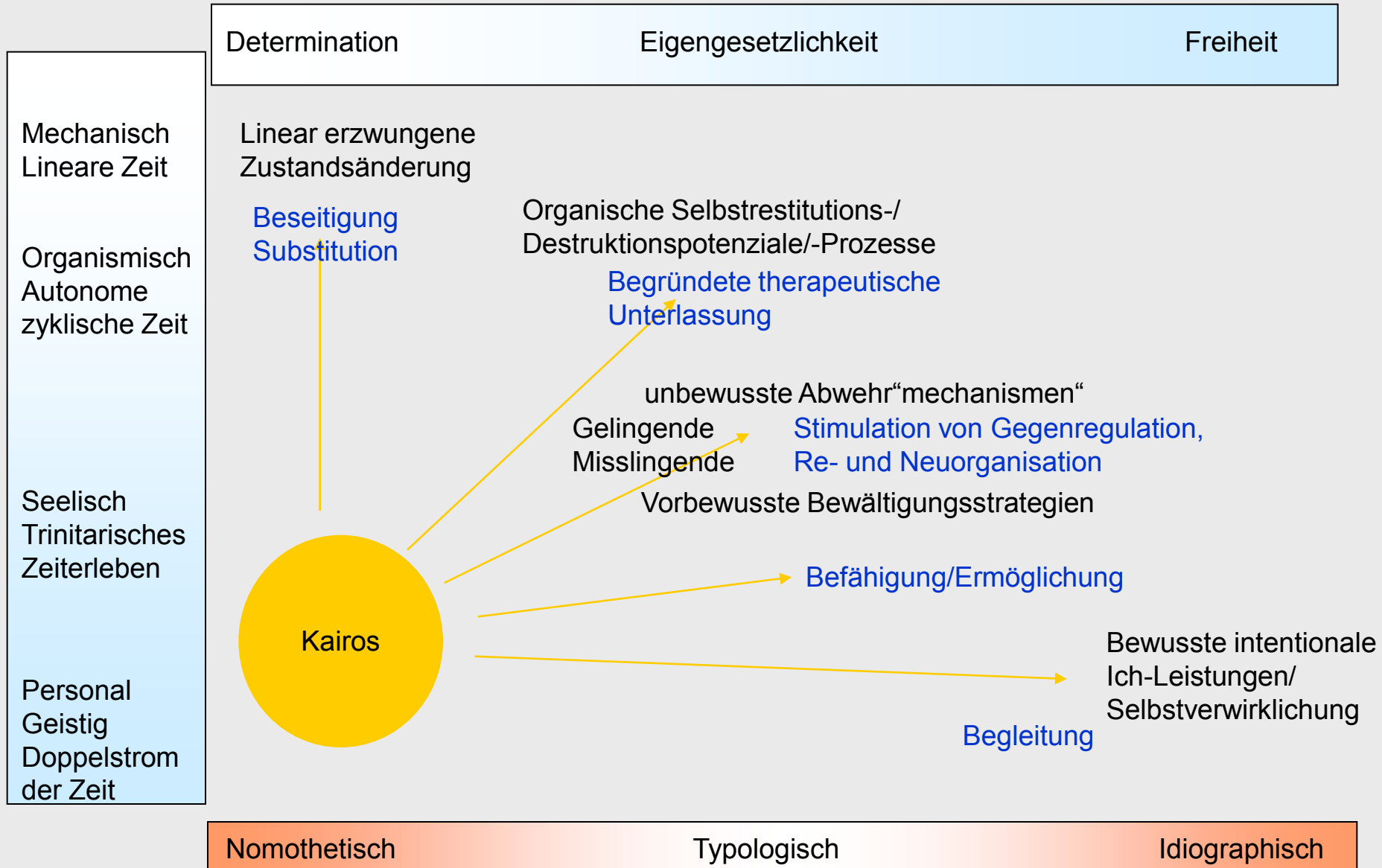
Pathogener Interventionismus

**Unterlassung notwendiger Hilfe-
stellung**

Wirklichkeitsferner Reduktionismus

Unkritischer Holismus

Patho-/Salutologie der Determination-Autonomie-Relation als Indikationsgrundlage von Wirkprinzipien



Nomothetik

Kasuistik

Idiographik

*Generalisierende
Forschung*

Als Ausgangsort für

*Radikal-idiographische
Forschung*

Allgemeine Regeln

Typologien

Einzigartigkeit

Evidence based medicine

Narrative based medicine

Im Spannungsfeld zwischen

Biomedizinischem Erklären

Erweiterte Diagnostik
und Therapie mit Hilfe der
Integrativen Medizin

Hermeneutischem Verstehen

Ahistorisch-iterative,
apersonal-wertneutrale
Abläufe

Begegnung und Ich-Entwicklung
als Elemente einer
christlichen Medizin

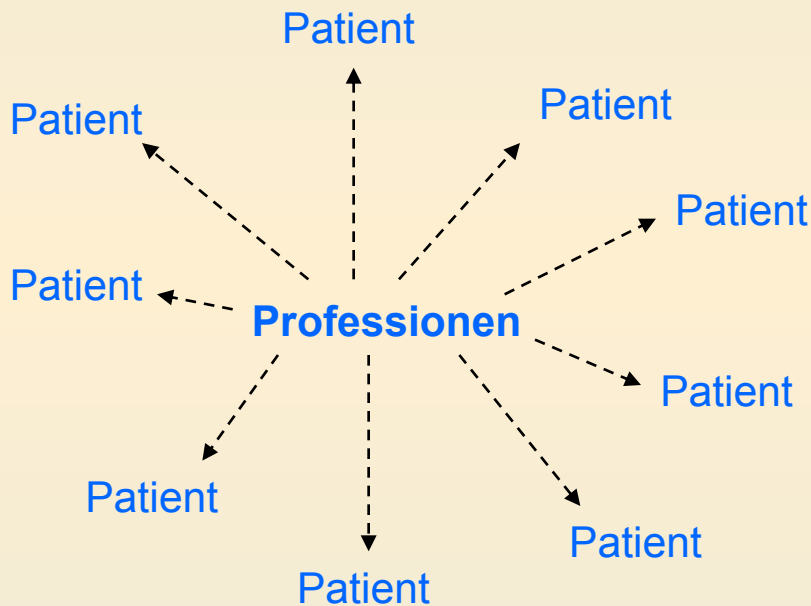
Historisch-unwiederholbare,
personal-wertorientierte
Ereignisse

p-Werte

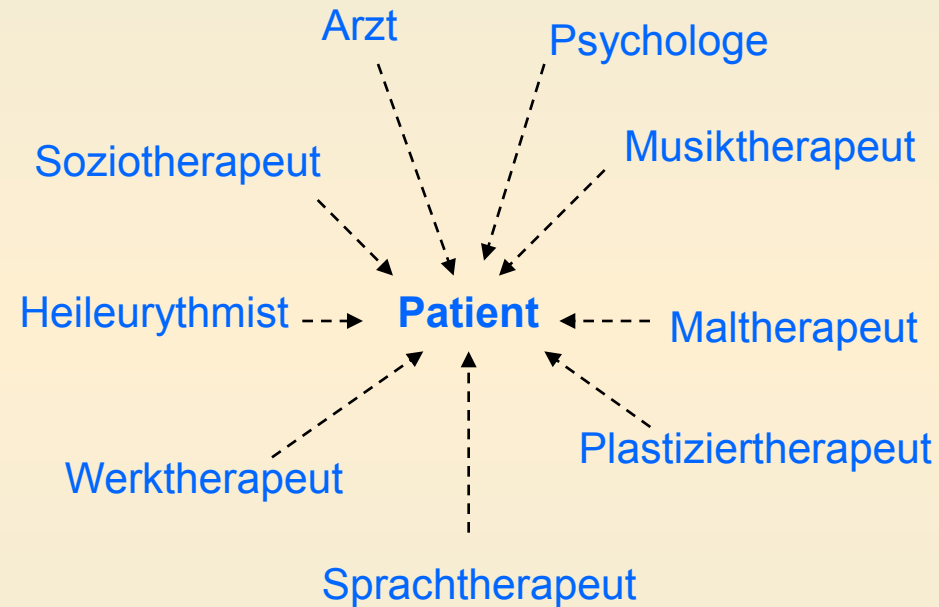
Personen

Persönlichkeiten

Interdisziplinärer Ansatz
Interprofessionalität als
Subjekt-/Methodenzentrierter Ansatz



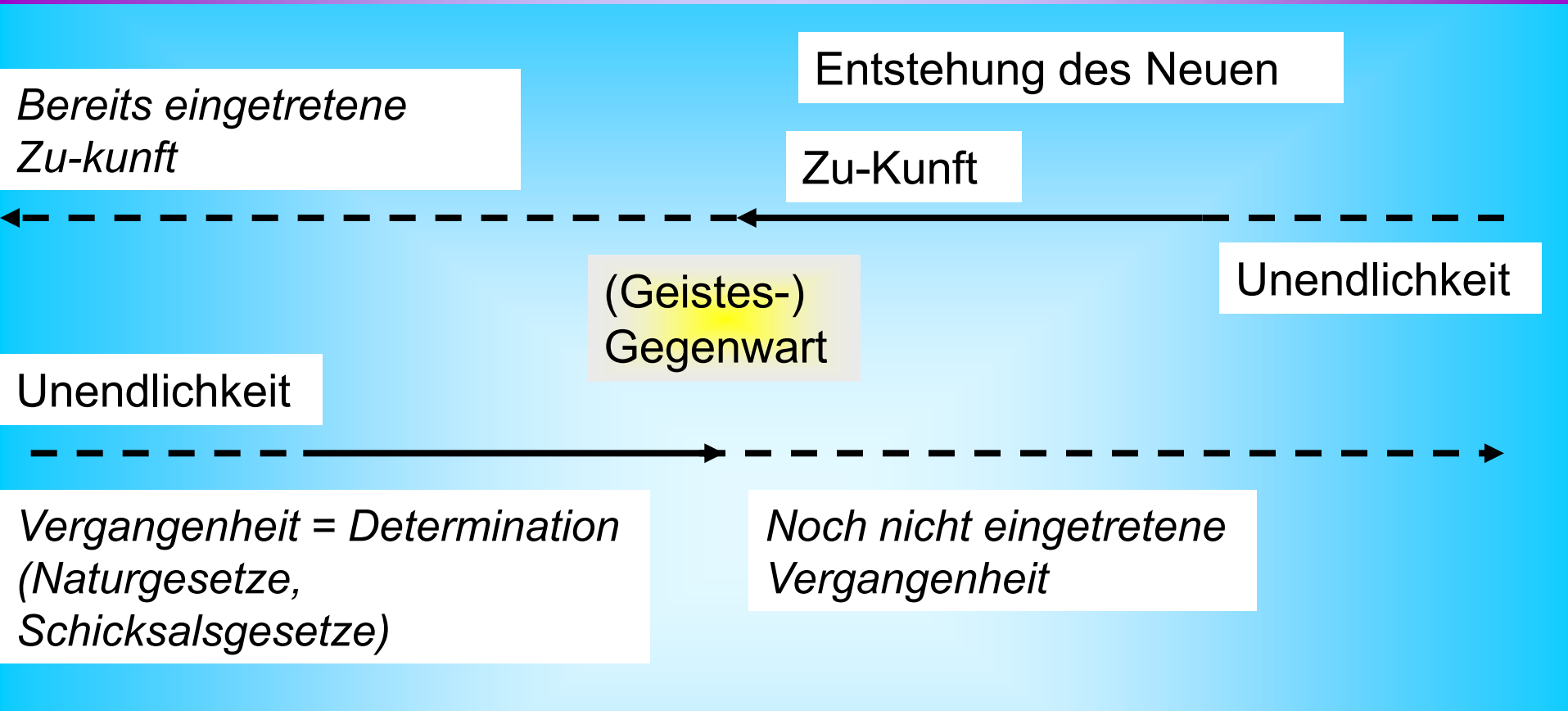
Interparadigmatischer Ansatz
Interprofessionalität als
Patient-/Problemzentrierter Ansatz



Fragmentierung des Patienten

Konspektion des Patienten

Trinitarische Zeit



Lineare Zeit

Momentanität

Her-Kunft

Fragen

Zu-Kunft

Was habe ich verloren?

Was habe ich noch nicht erworben?

Was kann ich nicht mehr?

Was kann ich noch nicht?

Wodurch bin ich verhindert?

**Wie erreiche ich dennoch meine
Ziele?**

**Wer oder was gibt mir
Sicherheit?**

**Welchen Vorschuss (Kredit) gebe
ich mir selbst/erhalte ich von
anderen?**

Was habe ich erkannt?

Was will ich?

Was hat sich bewährt?

Was traue ich mir zu?

Was habe ich erreicht?

**Was werde ich erreicht haben
werden?**

Womit bin ich vertraut?

**Welches Fremde möchte ich gern
kennenlernen?**

**Was habe ich einstmals für
erstrebenswert gehalten?**

**Was wird einstmals von mir
gutgeheißen werden?**

Fragen

Futurum-II-Frage: Wofür mag das Durchmachenmüssen dieser Krise (Krankheit) einstmals gut gewesen sein?

Was wäre aus diesem Menschen geworden, wenn von niemandem bemerkt worden wäre, was als Lebensanliegen/Sehnsucht und an Entwicklungspotenzial in ihm steckte?

Was ist aus diesem Menschen dadurch geworden, dass Menschen in seinem sozialen Umfeld Unterstützenswertes/Förderwürdigendes erkannt haben?

Was wäre aus diesem Menschen geworden, wenn in seinem sozialen Umfeld besser bemerkt worden wäre (nicht bemerkt worden wäre), was als Lebenssehnsucht/Entwicklungspotenzial in ihm steckt? Wie wäre dann dessen Biographie verlaufen?

Was wäre aus diesem Menschen geworden, wenn einige Menschen (Eltern, Geschwister, Lehrer, Ausbilder, Arbeitgeber, Ehepartner, Freunde u.a.m.) besser erkannt hätten, was dieser Mensch hat werden wollen und welches Entwicklungspotenzial er besessen hat bzw. besitzt.

Her-Kunft

Biograph. Drehbuch vorformuliert

Diagnostik als wissenschaftliche Leistung

Biographie als „Naturprozess“. Biolog., psycholog. u. soziolog. determiniertes Geschehen nach interindividuellen Regeln

Herkunft geschuldete Genese

Zielt auf objektives Wissen

Suche nach Strukturgesetzmäßigkeiten im bisherigen Leben

Lenkung der Aufmerksamkeit auf Ereigniskonstellationen in der Anamnese

Fehlerfahndung

Diagnostik

Biograph. Drehbuch vom Individuum mitformuliert

Diagnostik als „künstlerische“ Leistung

Biographie als „Kulturgeschehen“. Personales geschichtliches Werden mit intraindividuellen Regeln

Zukunft-vermittelte Genese

Nimmt Patient als Subjekt ernst

Suche nach Regelmäßigkeit des „Zufälligen“ in der Biographie eines Menschen

Lenkung der Aufmerksamkeit auf die vermeintlichen Zufälle und Wendungen im Leben

Schatzsuche

Zu-Kunft

Diagnostik

Her-Kunft

Zu-Kunft

Ursache Vergangenheit

Ursache Zukunft

**Krankheit als Produkt
antezedenter Ereignisse**

**Krankheit als Produzent
zukünftiger
Gesundungsvorgänge**

**Suche nach Normalitäts-
orientiertem Verhalten**

**Suche nach normativer
Selbstbestimmung**

Artzugehörigkeit

Selbststartungs-fähigkeit

**Diagnost. Erkennen als
propositionelles Wissen**

**Diagnost. Erkennen als
,Tacit Knowledge‘**

**Person unter Gesetzlichkeiten
stehend**

**Person selbst Gesetzlichkeiten
schaffend**

**Fokussierung auf
Erkrankungsgeschichte**

**Fokussierung auf
Gesundungsgeschichte**

**Kausal-/Konditionalanalytische
Biographieforschung**

**Ergänzung durch gezielte
Zukunftsabschätzung und
sekundäre Katamnesestudien**

**Krise als Versagen des bisher
Bewährten**

**Krise als Anstoß zur Entstehung
von Neuem**

Her-Kunft

Therapie

Zu-Kunft

Aufarbeitung von Vergangenem

**Vergegenwärtigung vergangener
Ereignisse**

Aufdeckende Gesprächsführung

**Aktualisierung herkunftsbezogener
Ressourcen**

Re-stitution einer alten Gesundheit

Konfirmierung von Bewährtem

**Verhinderung von Krisen/Koupierung
krisenhafter Zuspitzungen unter
Inkaufnahme von Chronifizierung**

**Re-konvaleszenz als Re-stitution einer
alten Gesundheit**

Eröffnung von Zukunft

**Vergegenwärtigung zukünftiger
Möglichkeiten**

Mäeutische Gesprächsführung

**Aktualisierung zu-künftiger
(zu-kommender) Ressourcen**

Pro-stitution einer neuen Gesundheit

**Provokation von Emergenz und
Strukturtransformation**

**Inkaufnahme von Krisen, ggf.
Auslösung von krisenhaften
Zuspitzungen, um Chronizität zu
durchbrechen.**

**Genesung als Genesis einer neuen
Gesundheit**

Her-Kunft

Therapie

Zu-Kunft

Einspringende Fürsorge

**„Vorspringende Fürsorge“ für die
„eigensten Möglichkeiten“ (Heidegger)**

**Bewusstmachung von Vergangenem
kognitionsorientiert**

**Bemütigung für Zukünftiges
Volitionsorientiert**

Training von adaptiven Leistungen

**Provokation von selbst-/gegenregula-
torischen Leistungen durch z.B.
paradoxe Interventionen.**

Vergangenheitsszenarios

Zukunftsszenarios

Einseitigkeiten

Her-Kunft

Fragwürdiges Sicherheitsdenken, das durch Unterforderung pathogenetisch wirken kann.

Kognitionen – und nicht mehr.

Gegenwartsverlust durch Flucht in die Vergangenheit.

Erstarrung

Zu-Kunft

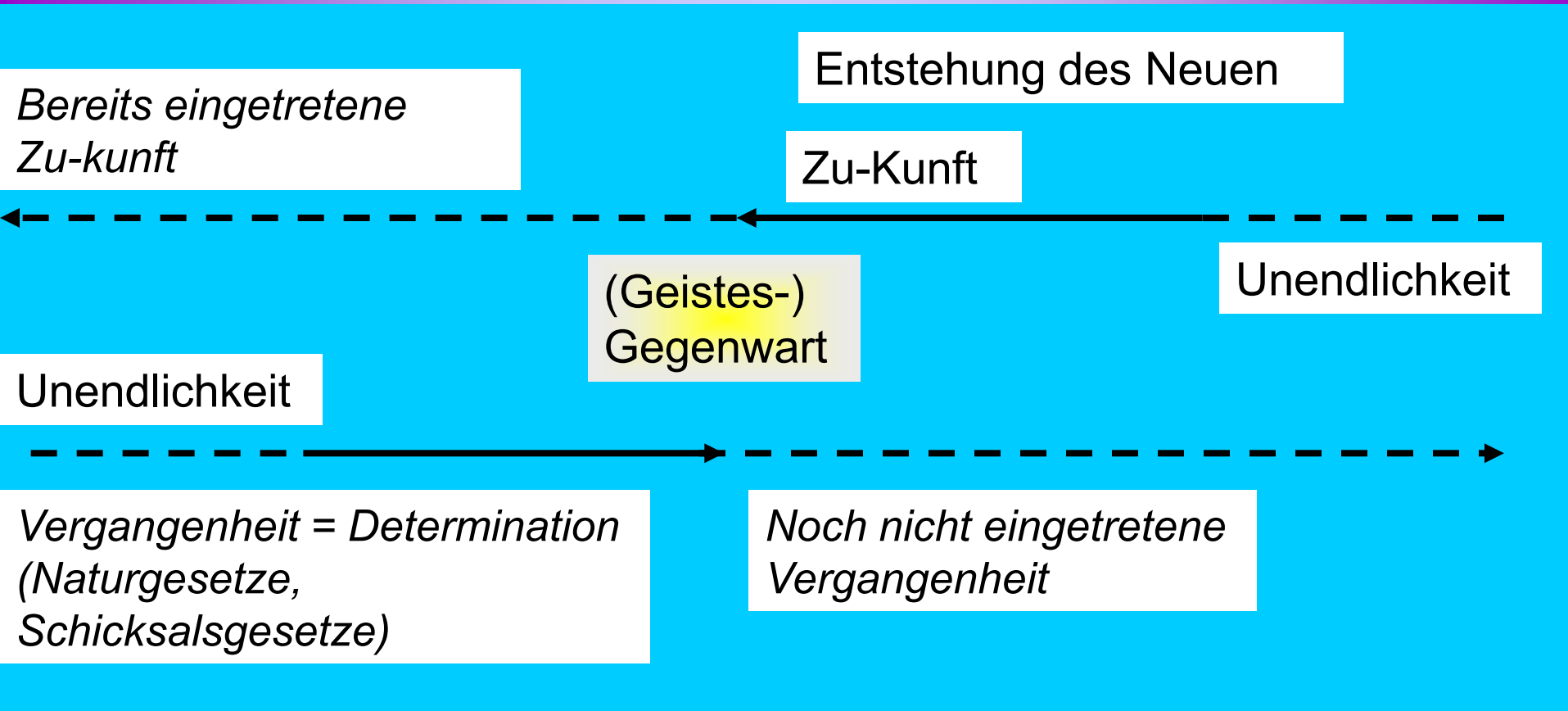
Fragwürdiges Abenteuerertum, das durch Überforderung Gesundheit gefährden kann.

Volitionen – und nicht mehr.

Gegenwartsverlust durch Abdriften in Zukunftsspekulationen.

Verflüchtigung

Trinitarische Zeit



Lineare Zeit

Momentanität

Die Zeitlichkeit der Universität Witten/Herdecke

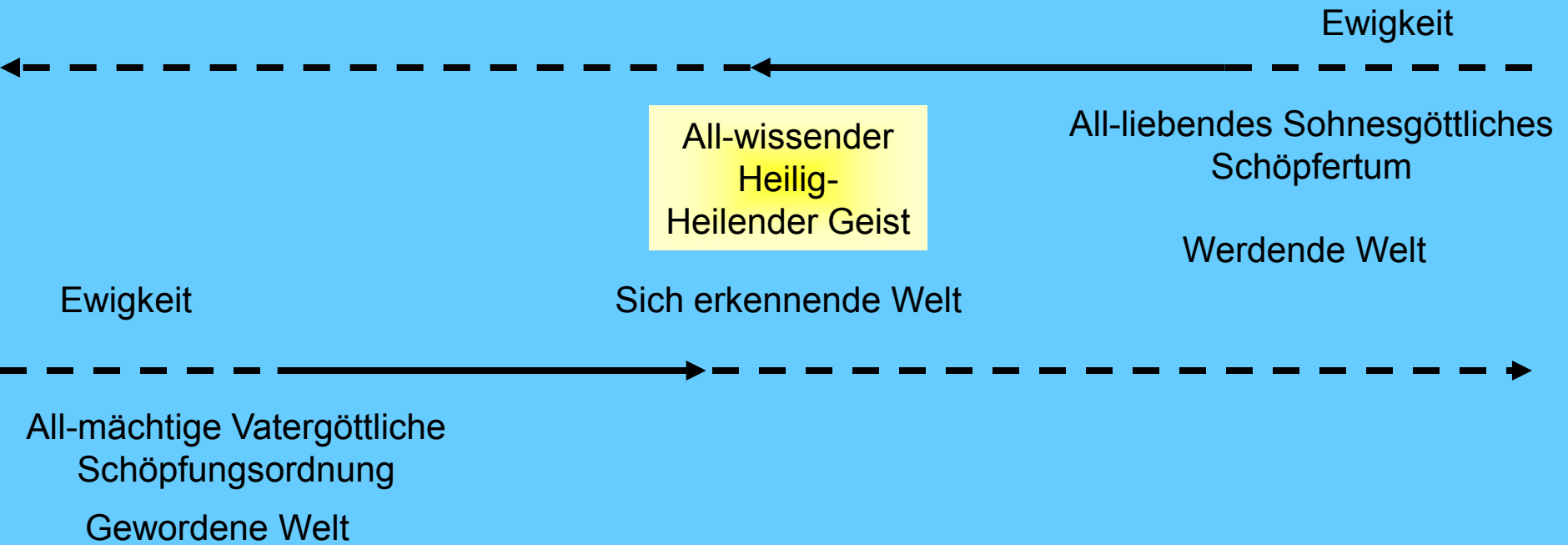
Trinitarische Zeit



Lineare Zeit



Trinitarische Zeit



Lineare Zeit

Welt und Mensch als Göttliche Schöpfung

Notwendigkeit, Fatalismus