

Melchart

Brenke ■ Dobos ■ Gaisbauer ■ Saller



Naturheilverfahren

Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung

Mit Geleitworten von M. Classen und G. Rothenfußer

 **Schattauer**

Studienausgabe

Dieter Melchart
Rainer Brenke
Gustav Dobos
Markus Gaisbauer
Reinhard Saller

Naturheilverfahren

Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung

Naturheilverfahren

Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung

Herausgegeben von

**Dieter Melchart
Rainer Brenke
Gustav Dobos
Markus Gaisbauer
Reinhard Saller**

Mit Beiträgen von

Rainer Brenke, Malte Bühring, Ulrich Deuse, Klemens Dieckhöfer, Gustav Dobos, Peter Dörner, Mathias P. Dosch, Christoph Fürbeth, Markus Gaisbauer, Jochen M. Gleditsch, Jürgen Gosda, Klaus Hiemeyer, Katrin Kretzschmar, Klaus Linde, Maria Anna Linner, Gerhard Marx, Dieter Melchart, Bettina Mensing, Andreas Michalsen, Joachim Moerchel, Sigmar U. Palten, Dirk Polonius, Reinhard Probst, Jürgen Reichling, Reinhard Saller, Toralf Scherat, Gertrud Schöne, Jürgen Schütz, Angela Schuh, Bernhard Uehleke, Wolfgang Weidenhammer, Anne Wessel, Felege Worku und Stefanie Wunderlich

Mit 119 Abbildungen und 106 Tabellen



Schattauer Stuttgart
New York

Hinweis: Um die Lesbarkeit des vorliegenden Textes zu erleichtern, wird im Folgenden das generische Maskulinum gebraucht, das gleichermaßen männliche und weibliche Personen umfasst. Die Entscheidung für diese Schreibweise beruht allein auf praktischen und nicht auf inhaltsbezogenen Erwägungen.

Bibliografische Information der Deutsche Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, dem Intranet und dem Internet.

© 2002 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
D-70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: <http://www.schattauer.de>
Printed in Germany
Lektorat: Dipl.-Chem. Claudia Ganter
Umschlagabbildung und Illustrationen:
Joachim Hormann, Stuttgart
Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth
Druck und Einband: druckhaus köthen GmbH, Köthen
Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

1. Nachdruck 2008

ISBN 978-3-7945-2615-4

Geleitwort

Die Begriffe Naturheilverfahren und naturwissenschaftliche Medizin besitzen unübersehbare begriffliche und sprachliche Übereinstimmungen. Sie verschmelzen vollständig, wenn das Adjektiv wissenschaftlich beiden vorangesetzt wird. Es kann ja nicht bezweifelt werden, dass die essenzielle Rechtfertigung der modernen Heilkunde auf ihrer wissenschaftlichen Begründung beruht. Der Wissenschaftlichkeit in lobenswerter Weise verschreibt sich das Münchener Zentrum für Naturheilkundliche Forschung.

Naturheilverfahren erfreuen sich eines wachsenden Interesses von Ärzten und Patienten sowohl in therapeutischer wie auch in präventiver Hinsicht. Der Hauptherausgeber dieses Buches stellt die so genannte Ordnungstherapie oder das Gesundheitstraining zur Förderung der Eigenaktivität und als Grundlage für

ein modernes »Selbstmanagement« von Patienten mit chronischen Erkrankungen hin. Diese Tendenz kann als solitäre oder additive Maßnahme unbedingt gefördert werden. Verständliche und motivierende Anleitungen zur Selbsthilfe und Umsetzung eines gesundheitsfördernden Lebensstils für einen Alltag sind unseren gesunden und kranken Mitbürgern in jeder Hinsicht dienlich.

Ich begrüße das hier vorliegende Lehrbuch der Naturheilverfahren nicht nur weil es diesen medizinischen Bereich umfassend darstellt, sondern weil es auch die Bereitschaft wichtiger Persönlichkeiten für eine kritische Evaluation demonstriert.

Möge es in allen Bereichen studentischer und ärztlicher Bildung gute Dienste tun.

Meinhard Classen

Geleitwort

Naturheilverfahren werden von Patienten immer stärker in ihrer Behandlung gefordert. Ohne die unbestrittenen Erfolge der »Schulmedizin« in Abrede stellen zu wollen, gibt es doch viele Gebiete in der Medizin, in der Naturheilverfahren mit anderen Methoden gute Erfolge erzielen und die Schulmedizin ergänzen können. Ein wesentlicher Punkt für den Patienten ist dabei die ganzheitliche Sicht des Menschen durch den Arzt.

Diese Erfahrung hatte auch der Stifter Erich Rothenfußer gemacht, der – durch eine Kriegsverletzung verursacht – an einer chronischen, unheilbaren Krankheit litt. Durch Naturheilverfahren konnte sein Leiden sehr stark gelindert und damit mehr Lebensqualität gegeben werden. Sein Ideal war die universitäre Ausbildung des Arztes mit einer tiefen Weiterbildung in Naturheilverfahren. Zu diesem Zweck gründete er seine Stiftung. Leider war es ihm nicht mehr vergönnt, diese Ziele in die Praxis umzusetzen.

Als seine Witwe führe ich sein Vermächtnis weiter und gründete mit dem Hochschulprojekt Münchener Modell im Jahre 1996 die *Akademie Münchener Modell der Erich-Rothenfußer-Stiftung*. Aus persönlicher Erfahrung weiß ich, dass hier interessierte Ärzte in kleinen Kursgruppen praxisnah mit Naturheilverfahren vertraut gemacht werden und fundierte Kenntnisse im Rahmen ihrer Weiterbildung erwerben können. Erfahrungen und Grundlagen dieser Kurse gehen in dem vorliegenden Leitfaden »Naturheilverfahren« ein.

Ich wünsche allen Lesern des Leitfadens die notwendige Aufgeschlossenheit, beide Richtungen der Medizin zu akzeptieren und beide zum Wohle des Patienten anzuwenden.

Gisela Rothenfußer

Vorstand der Erich-Rothenfußer-Stiftung
Ehrenvorsitzende
der Akademie Naturheilverfahren
der Erich-Rothenfußer-Stiftung

Vorwort

Der Leitfaden Naturheilverfahren versteht sich als Nachfolgewerk des Buches »Naturheilverfahren – Grundlagen einer autoregulativen Medizin« von Dieter Melchart und Hildebert Wagner (1993). Intention des ersten Buches war es, bei den Wissenschaftlern der verschiedenen Fachrichtungen das Interesse und die Notwendigkeit einer verstärkten Forschung auf diesem Gebiet zu wecken. Eigene Vorleistungen des so genannten Münchener Modells als »Projekt zur Integration von Naturheilverfahren in Forschung und Lehre an der Ludwig-Maximilians-Universität München« (1992–1997) bzw. seit März 1997 als »Zentrum für naturheilkundliche Forschung der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München« sollten diesen Anreiz verstärken.

Schwerpunkt des nun vorliegenden Leitfadens ist es, Ärzten in der Weiterbildung sowie Studenten in der Ausbildung das Gebiet der Naturheilverfahren näher zu bringen. Der Buchinhalt orientiert sich an der gültigen Weiterbildungsordnung für Naturheilverfahren. Autoren und Herausgeber sind in Theorie und Praxis erfahrene Ärzte für Naturheilverfahren, die überwiegend als Dozenten der Akademie für Naturheilverfahren der Erich-Rothensfuß-Stiftung im Bereich der Fort- und Weiterbildung tätig sind.

Das vorliegende Buch ist somit eine praxiserprobte Einführung in die Naturheilverfahren auf der Grundlage dieser Kurserfahrungen und greift bisweilen auch Grundfragen der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften auf. Der Text versucht im Kapitel »Allgemeine Einführung und theoretische Grundlagen« eine Rahmentheorie für klassische Naturheilverfahren unter adaptationsphysiologischen und salutogenetischen Gesichtspunkten zu formulieren und soll an dieser Stelle vorwiegend zur eigen-

nen Erkenntnisarbeit anregen, vielleicht auch provozieren. Die besondere Betonung der Ordnungstherapie als modernes Gesundheitstraining zeigt die praktische und konzeptuelle Schwerpunktbildung des Zentrums für naturheilkundliche Forschung (ZnF) in diesem Bereich. Die naturheilkundliche Ordnungstherapie stellt die »Wirbelsäule« der klassischen Naturheilverfahren dar und findet in ihrer Weiterentwicklung Anschluss an moderne Fächer wie Psychosomatik, Psychologie, Verhaltensmedizin, Sportmedizin, Sportpädagogik, Sozialmedizin, Sozialpädagogik, Ökotrophologie und medizinische Prävention. In diesem neohippokratischen Selbstverständnis wird es für eine zukünftige klassische Naturheilkunde zur Überlebensfrage, wie es ihr gelingt, praktische und theoretische Allianzbildungen mit jenen lebensstilorientierten Fachgebieten zu finden, die bereit sind, mit ihr eine auf Gesundheit orientierte Heiltheorie zu entwickeln und durch eine gemeinsame »Lebensstilforschung« diese auch wissenschaftlich zu begründen. Eine klinische Integration ist – in absteigender Reihenfolge – in die medizinischen Fächer der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin, Psychosomatik und Physikalischen und Rehabilitativen Medizin vorstellbar.

Eine erfolgreiche Umsetzung einer derartigen Konzeption im traditionellen Wissenschaftsbereich wird weit über die bisherigen bloßen projekt- und finanzbezogenen Forschungsverbünde hinausgehen und neue institutionelle Formen einer integrativen Forschungsinfrastruktur an den Fakultäten und zwischen den Fakultäten nötig machen. Dies bedeutet auch die bewusste Einbeziehung der ambulanten Medizin mit ihrer Langzeitbetreuung in Forschung und Klinik. Vergleichbare institutionelle Allianzbildungen werden auch in einer zukünftigen medizinischen Versorgung zu

schaffen sein. Hier ist der Aufbau von Kompetenznetzwerken aus Praxen und Kliniken mit besonderen Kenntnissen im Bereich der Naturheilverfahren eine unabdingbare Neuentwicklung, wenn eine ergebnisorientierte und kontinuierliche Betreuung von Patienten mit Naturheilverfahren verwirklicht werden soll. Ohne ideelle und materielle Unterstützung seitens des Staates, der Universitäten, der Patienten und Drittmittelförderer (z. B. Industrie, Stiftungen) wird jedoch eine derartige Entwicklung nicht gelingen.

Wir danken allen aktiven Beteiligten für ihre Beiträge in diesem Buch, für ihre bisher geleistete Arbeit im Rahmen der Akademie für Naturheilverfahren der Erich-Rothenfußer-Stiftung und den Förderern für die großzügige finanzielle und ideelle Unterstützung des Zentrums für naturheilkundliche Forschung (ZnF) der II. Medizinischen Klinik und Poli-

klinik der Technischen Universität München. Allen voran sei hier Frau Gisela Rothenfußer und ihren Kuratoren der Erich-Rothenfußer-Stiftung München für ihren unermüdlichen Fördereinsatz sowie den Herren Prof. Dr. rer. nat. Dr. h. c. Hildebert Wagner und Prof. Dr. med. Dr. h. c. Meinhard Classen für ihre selbstlose wissenschaftliche Unterstützung und nicht zuletzt dem Freistaat Bayern für die institutionelle Förderung gedankt.

Wir wünschen dem Buch viel Erfolg und bitten um konstruktive Kritik zur Verbesserung.

**Dieter Melchart
Rainer Brenke
Gustav Dobos
Markus Gaisbauer
Reinhard Saller**

Anschriften der Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Brenke

Chefarzt der Abteilung Naturheilkunde
Hufeland-Klinik
Taunusallee 5
D-56130 Bad Ems

Prof. Dr. med. Malte Bühring

Leiter der Abteilung für Naturheilkunde
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
der Freien Universität Berlin
Hindenburgdamm 30
D-12200 Berlin

Ulrich Deuse

Kliniken Essen-Mitte
Klinik für Naturheilkunde
und Integrative Medizin
Evangelische Huyssens-Stiftung/
Knappschafts Krankenhaus gGmbH
Am Deimelsberg 34a
D-45276 Essen

Prof. Dr. med. Klemens Dieckhöfer

Medizinische Fakultät der Rheinische
Friedrich-Wilhelms-Universität
Sigmund-Freud-Straße 25
D-53105 Bonn

Prof. Dr. med. Gustav Dobos

Chefarzt der Inneren Medizin V
Kliniken Essen-Mitte
Klinik für Naturheilkunde und
Integrative Medizin
Evangelische Huyssens-Stiftung/
Knappschafts Krankenhaus gGmbH
Am Deimelsberg 34a
D-45276 Essen

Dr. rer. nat. Dr. med. Peter Dörner

Klinikum Passauer Wolf
Chefarzt der Klinik für Manuelle Medizin
und Naturheilverfahren
Thermalbadstraße 20
D-94086 Bad Griesbach

Dr. med. Mathias P. Dosch

Bertelestraße 68
D-81479 München

Dr. med. Christoph Fürbeth

Im Tal 10
D-80331 München

Dr. med. Markus Gaisbauer

Poststraße 17
D-82067 Ebenhausen

Dr. med. Jochen M. Gleditsch

Hermann-Roth-Straße 12
D-82065 Baierbrunn

Dr. med. Jürgen Gosda

Chefarzt der Abteilung Psychotherapeutische
Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie
Rottal-Inn GmbH, Kreiskrankenhaus
für Ganzheitsmedizin
Plinganserstraße 10
D-84359 Simbach a. Inn

Dr. med. Dipl.-Biol. Klaus Hiemeyer

Chefarzt der Abteilung Innere Medizin,
Rheumatologie und Physikalische Therapie
Rottal-Inn GmbH, Kreiskrankenhaus
für Ganzheitsmedizin
Plinganserstraße 10
D-84359 Simbach a. Inn

Katrin Kretzschmar

Leitende Physiotherapeutin
Hufeland-Klinik
Taunusallee 5
D-56130 Bad Ems

Dr. med. Klaus Linde

Zentrum für naturheilkundliche Forschung
der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München
Kaiserstraße 9
D-80801 München

Dr. med. Maria Anna Linner

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Fachärztin für Physikalische und
Rehabilitative Medizin
Liebherrstraße 5
D-80538 München

Dr. med. Gerhard Marx

Facharzt für Orthopädie, Chirotherapie
und Sportmedizin
Hochriesstraße 6
D-83233 Bernau

Priv.-Doz. Dr. med. Dieter Melchart

Leiter des Zentrums für naturheilkundliche
Forschung der II. Medizinischen Klinik
und Poliklinik der Technischen Universität
München
Kaiserstraße 9
D-80801 München

Dr. med. Bettina Mensing

Lilientalstraße 27
D-64347 Griesheim

Dr. med. Andreas Michalsen

Leitender Oberarzt
Kliniken Essen-Mitte
Klinik für Naturheilkunde und
Integrative Medizin
Evangelische Huyssens-Stiftung/
Knappschafts Krankenhaus gGmbH
Am Deimelsberg 34a
D-45276 Essen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Joachim Moerchel

Obere Bogenstraße 10
D-55120 Mainz-Mombach

Dr. med. Sigmar U. Palten

Abteilung für Physikalische Medizin
und Medizinische Rehabilitation
Städtisches Krankenhaus München-
Bogenhausen
Englschalkingerstraße 77
D-81925 München

Dr. med. Dirk Polonius

Harrasserstraße 6
D-83209 Prien

Dr. med. Reinhard Probst

Ostenerfeldweg 14
D-83623 Dietramszell

Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Reichling

Institut für Pharmazeutische Biologie
Universität Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 364
D-69120 Heidelberg

Prof. Dr. med. Reinhard Saller

Leiter der Abteilung Naturheilkunde
Department für Innere Medizin
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich

Dr. med. Toralf Scherat

Praxis Dr. Brüns
Brücknerstraße 4
D-97080 Würzburg

Dipl.-Sportlehrerin Gertrud Schöne

Körper- und Gesprächstherapie
Rottal-Inn GmbH, Kreiskrankenhaus
für Ganzheitsmedizin
Plinganserstraße 10
D-84359 Simbach a. Inn

Jürgen Schütz

Sanitas Dr.-Köhler-Parkkliniken
Prof.-Paul-Köhler-Straße 3
D-08645 Bad Elster

**Prof. Dr. med. habil. Dr. rer. hum. biol. Dipl.-Met.
Angela Schuh**

Medizinische Klimatologin
Institut für Medizinische Balneologie
und Klimatologie der
Ludwig-Maximilians-Universität
Marchioninistraße 17
D-81377 München

Dr. med. Dr. rer. nat. Bernhard Uehleke

Abteilung Naturheilkunde der
Freien Universität Berlin
Immanuel-Krankenhaus
Königstraße 63
D-14109 Berlin

Dr. rer. biol. hum. Wolfgang Weidenhammer

Zentrum für naturheilkundliche Forschung
der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München
Kaiserstraße 9
D-80801 München

Dr. med. Anne Wessel

Chefärztin der Sanitas Dr.-Köhler-Park-
kliniken
Prof.-Paul-Köhler-Straße 3
D-08645 Bad Elster

Dr. med. Felege Worku

TriNaturale GmbH
Klinik Haus Bruneck
Fachklinik für Naturheilverfahren
Gräfin-Schlippenbach-Weg 16
D-83708 Kreuth

Dipl.-Sportl. Stefanie Wunderlich

Sanitas Dr.-Köhler-Parkkliniken
Prof.-Paul-Köhler-Straße 3
D-08645 Bad Elster

Inhalt

1 Allgemeine Einführung und theoretische Grundlagen	1	Wie sieht das Interesse und die Inanspruchnahme international aus?	21
1.1 Was versteht man unter »Naturheilverfahren« in Deutschland?	3	1.5 Prinzip der Selbstheilung als eine zentrale Rahmentheorie für Naturheilverfahren – ein Gesundheits- und Krankheitsmodell für die klassische Naturheilkunde.....	23
Dieter Melchart		Dieter Melchart	
Neubewertung der Naturheilverfahren	3	Leben als Netzwerk hoch komplexer Funktionssysteme – Darstellung als Raummodell.....	24
Geschichtlicher Ursprung	3	Grundfunktion des Lebens	31
»Klassische« Naturheilverfahren	3	Bedeutung für Gesundheit, Krankheit und Heilung	40
»Erweiterte« Naturheilverfahren	8	1.6 Fazit	49
Andere Naturheilverfahren	8	Dieter Melchart	
1.2 Wie stellt sich das Gebiet »Naturheilverfahren« international dar?	9	2 Darstellung der Einzelmethoden	53
Dieter Melchart		2.1 Gesundheitstraining als moderne Ordnungstherapie	55
1.3 Naturheilverfahren in der medizinischen Versorgung	11	Konzeption einer modernen Gesundheitspädagogik	55
Dieter Melchart		Dieter Melchart	
»Hiatus« zwischen ambulanter und stationärer Naturheilkunde	11	Die Gruppe als therapeutisches Milieu – Ansatz für Erlebens- und Verhaltensmodifikation	63
Vielfalt von Anbietern naturheilkundlicher Verfahren	12	Jürgen Gosda	
Anwendungsgebiete naturheilkundlicher Verfahren	13	Das therapeutische Gespräch	68
Wie ordnen sich naturheilkundliche Verfahren in die Gesamtmedizin ein?.....	13	Jürgen Gosda	
1.4 Interesse, Akzeptanz und Inanspruchnahme von Naturheilverfahren bzw. Komplementärmedizin.....	15		
Dieter Melchart			
Wie groß ist das Interesse von Patienten?.....	15		
Wie groß ist das Interesse von Mediziner*innen?	19		

Strukturiertes Gesundheitstraining in der klinischen Praxis	74	2.6 Symbioselenkung (mikrobiologische Therapie)	167
Stefanie Wunderlich und Dieter Melchart		Reinhard Probst	
2.2 Bewegungstherapie mit den wichtigsten Varianten	89	Geschichtlicher Hintergrund	167
Klaus Hiemeyer		Definition	167
Bewegungstherapie, Autoregulation und Zivilisationskrankheiten: ein Plädoyer für die Salutogenese	89	Physiologie des Magen-Darm-Traktes....	168
Bausteine der Bewegungstherapie	92	Darmflora	168
2.3 Atemtherapie	98	Darm und Immunsystem	170
Katrin Kretzschmar, Gertrud Schöne und Rainer Brenke		Fehlbesiedlung des Darmes	172
Einführung	98	Diagnostik	174
Atemtherapie im Rahmen der Physiotherapie	98	Mikrobiologische Therapie	175
Atemtherapie als ordnungs- therapeutische Maßnahme	102	Therapieschemata	177
2.4 Entspannungstechniken	105	Fazit	179
Maria Anna Linner		2.7 Phytotherapie	180
Allgemeine Grundlagen	105	Allgemeine Einführung	180
Progressive Relaxation nach Jacobson – eine mit wenig Zeitaufwand erfahrbare Methode der Ganzkörperentspannung	109	Reinhard Saller und Jürgen Reichling	
Autogenes Training – eine »konzentra- tive Selbstentspannung«	112	Akzeptanz in der Bevölkerung	180
Meditation – meditative Erfahrung	114	Anwendungsbereiche der Phytopharmaka	181
2.5 Naturheilkundliche Ernährungs- therapie	118	Charakterisierung eines Phytotherapeutikums	181
Christoph Fürbeth		Definitionen	181
Bedeutung der Ernährung	118	Zubereitungen aus Frischpflanzen und Drogen	185
Ernährungstherapeutische Diagnostik	120	Extraktzubereitungen	187
Methoden der naturheilkundlichen Ernährungstherapie	135	Zusammensetzungen von Phytotherapeutika	193
Ernährungstherapeutisches Vorgehen am Beispiel von Migräne bzw. schwer- wiegendem Kopfschmerzsyndrom	143	Qualitätsbeurteilung und Vergleich- barkeit von Phytopharmaka	195
Therapiekonzepte	156	Zulassungsstatus von Phytopharmaka	197
Biologisch wirksame Inhaltsstoffe in Nahrungsmitteln	162	ESCOP- und WHO-Monografien.....	200
		Außereuropäische Arznei- und Heilpflanzen	203
		Anwendungsbereiche von Phytopharmaka	204
		Dosierung von Phytopharmaka	206
		Evaluationssituation von Behandlungen mit Phytotherapeutika.	207
		Unerwünschte Wirkungen von Phytotherapeutika	224
		Unerwünschte Wirkungen in besonderen Therapiesituationen	225
		Wechselwirkungen von Phytotherapeutika	225

Aromatherapie als Beispiel einer differenzierten mehrdimensionalen Phytotherapie	225	Phytotherapie und Ernährung	227	Phytotherapeutika als Mund- und Rachentherapeutika, Stomatika	293
Ausgewählte Anwendungsbereiche der Phytotherapie	231	2.8 Hydro- und Thermotherapie	294		
Markus Gaisbauer und Bernhard Uehleke		Rainer Brenke und Dirk Polonius			
Einführung zu Teerezepten	231	Einleitung	294		
Phytotherapeutika bei kardiologischen Erkrankungen	232	Wirkfaktoren der Hydrotherapie	295		
Phytotherapeutika bei gastroenterologischen Erkrankungen	236	Einteilung der Hydro- und Thermotherapie	296		
Phytotherapeutika bei Gastritis- und Ulkuskrankheit	243	Wirkung thermischer Reize – Physiologie	297		
Phytotherapeutika bei Lebererkrankungen	252	Prinzipien der Hydrotherapie	298		
Phytotherapeutika bei Gallenerkrankungen	253	Verfahren der Hydrotherapie	300		
Phytotherapeutika bei unkomplizierten Atemwegs- und Erkältungskrankheiten	256	Sauna in der Medizin	323		
Phytotherapeutika bei Erkrankungen der ableitenden Harnwege	266	Weitere Abhärtungsmethoden	329		
Phytotherapeutika bei Prostataerkrankungen	271	2.9 Massagen	332		
Phytotherapeutika in der Gynäkologie	272	Rainer Brenke, Dirk Polonius und Katrin Kretzschmar			
Phytotherapeutika als Tonika	275	Einleitung	332		
Phytotherapeutika bei Erkrankungen des Zentralnervensystems	276	Grundlagen	332		
Phytotherapeutika zur Vorbeugung von Arteriosklerose	280	Zielsetzungen der Massage	333		
Phytotherapeutika bei Demenzerkrankungen	281	Wirkungen der Massage	334		
Phytotherapeutika bei rheumatischen Erkrankungen	281	Allgemeine Kontraindikationen	337		
Phytotherapeutika bei Venenerkrankungen	284	Massagen im Einzelnen	338		
Phytotherapeutika bei Hämorrhoidalerkrankungen	286	Allgemeine Hinweise zu den Bedingungen einer Massagebehandlung	351		
Phytotherapeutika zur Umstimmung und Immunmodulation	286	Lymphödem und Lymphdrainage, Komplexe Physikalische Entstauungstherapie	352		
Phytotherapeutika bei Tumorerkrankungen	287	2.10 Manuelle Medizin	362		
Phytotherapeutika in der Wund- und Hautbehandlung	288	Gerhard Marx			
Phytotherapeutika als Fiebermittel bzw. Diaphoretika	292	Einführung	362		
		Geschichtlicher Hintergrund	363		
		Definitionen	367		
		Grundlagen der Biomechanik	370		
		Neurophysiologische Betrachtungen innerhalb der Manuellen Medizin	374		
		Typische Krankheitsbilder aus Sicht der Manuellen Medizin	375		
		Klinische Untersuchung durch den Manualmediziner	377		
		Indikation	379		
		Kontraindikationen	379		
		Risiko einer manualtherapeutischen Behandlung	380		

Behandlungsstrategien	380	2.13 Akupunktur	428
Rehabilitation	381	Jochen M. Gleditsch	
Zusammenfassung	382	Kultureller und traditioneller Hinter-	
Ausblick	383	grund der chinesischen Akupunktur	428
Aufgabe	384	Wissenschaftliche Grundlagen	
2.11 Ausleitende Verfahren	385	der Akupunktur	429
Einleitung	385	Vorzüge der Akupunktur	432
Gustav Dobos		Indikationen der Akupunktur	433
Schröpftherapie	387	Nebenwirkungen der Akupunktur	434
Jürgen Schütz		Methodik der Akupunktur	434
Blutegeltherapie	392	Das System der zwölf Hauptmeridiane ..	439
Gustav Dobos, Anne Wessel und		Die Mittellinienmeridiane	453
Bettina Mensing		Phänomenologische Deutung	
Aderlass	394	der drei Umläufe	455
Andreas Michalsen		Die fünf Funktionskreise	
Purgation	400	des Organismus	457
Anne Wessel und Toralf Scherat		Deutung der fünf Funktionskreise	
Cantharidinpflaster	402	als »Funktionsbilder«	459
Anne Wessel, Gustav Dobos und		Diagnostik und Therapie	
Ulrich Deuse		der Akupunktur	468
2.12 Neuraltherapie	407	Somatotopische Projektionsfelder	
Mathias P. Dosch		bzw. Mikrosysteme des Organismus	474
Einleitung	407	Zusammenfassung	476
Grundsätzliches zur Neuraltherapie		2.14 Moxibustion	480
nach Huneke	407	Felege Worku	
Das Zelle-Milieu-System	409	Geschichtlicher Hintergrund	480
Die Kalium-Natrium-Pumpe	409	Begriffserklärungen	480
Wirkungsunterschied zur		Wirkprinzipien	481
Lokalanästhesie	409	Applikation	481
Anwendungsbereiche	410	Indikationen	482
Praktische Regeln für die Anwendung ...	410	Kontraindikationen	482
Intrakutane Anästhesie	411	Zusammenfassung	482
Segmenttherapie mit Lokalanästhetika ...	412	2.15 Balneotherapie	483
Ausschalten von Störfeldern	423	Rainer Brenke	
Anamnese	425	Begriffsbestimmungen	483
Zusammenfassung	426	Wesen einer Kurorttherapie	483
		Balneotechnik	486
		Balneotherapeutika und ihre	
		Anwendung	487
		Kurorte in Deutschland	491

2.16 Klimatherapie	492	Zum Stellenwert der Eigenbluttherapie im Rahmen weiterer »umstimmender« Behandlungen	532
Angela Schuh			
Grundprinzip: Reiz und Schonung	492		
Gesundheitsfördernde Wirkung der wichtigsten Reizfaktoren	492		
Gesundheitsfördernde Wirkungen der wichtigsten Schonfaktoren	497		
Verfahren der Klimaexposition	498		
Klimatherapie in den verschiedenen deutschen Klimazonen	499		
Indikationen der Klimatherapie	501		
2.17 Elektrotherapie	506		
Sigmar U. Palten			
Grundlagen	506		
Systematik	507		
Sicherheitsbestimmungen	507		
Abrechnung nach der Gebühren- ordnung für Ärzte	508		
Niederfrequenzbereich (0–1000 Hz)	508		
Mittelfrequenzbereich (1000 Hz–100 kHz nach Gildemeister, in der Technik bis 350 kHz)	515		
Hochfrequenzbereich (über 100 kHz nach Gildemeister, in der Technik über 350 kHz)	517		
Ultraschalltherapie (über 20 kHz)	520		
Phototherapie	521		
2.18 Eigenbluttherapie	523		
Malte Bühring			
Geschichtlicher Hintergrund	523		
Das moderne Erklärungsmodell	524		
Therapeutisches Ziel	524		
Zur Praxis der Therapie mit nativem Eigenblut	525		
Wirkungen	527		
Indikationen	527		
Risiken oder Nebenwirkungen	530		
Kontraindikationen	530		
Modifikationen der Eigenbluttherapie	530		
Neuere Entwicklungen in der lokalen Anwendung von Eigenblut	531		
3 Diagnostik und Therapie in Naturheilkunde und Komplementärmedizin	535		
3.1 Allgemeine Grundlagen	537		
Dieter Melchart			
Anamnese der Naturheilkunde(n)	537		
Grundzüge der körperlichen Unter- suchung und Befunderhebung	542		
Diagnostik	544		
Grundzüge der Therapie	545		
3.2 Praktisches Beispiel einer manual- therapeutischen und naturheilkundlichen Diagnostik am Bewegungsorgan	551		
Peter Dörner			
Das Drei-Schichten-Modell	551		
Anamnese	552		
Diagnostik	552		
Therapie	555		
Therapieresistenzen	555		
Zusammenfassung	556		
4 Geschichte	557		
4.1 Geschichte der Naturheilverfahren	559		
Klemens Dieckhöfer, unter Mitarbeit von Joachim Moerchel			
Einleitung	559		
Beobachtung der Natur und Stellung des Menschen im antiken Zeitalter der Naturphilosophie	560		
Griechisch-römische Naturheil- vorstellungen	561		
Benediktinische Klostermedizin und Heilkräutergärten	563		

Naturheilkunde zu Beginn der Neuzeit... 564	Wozu klinische Forschung zu	
Badewesen und Heilkräfte der Natur	Naturheilverfahren?	587
während der Renaissance	Wie komme ich an Informationen	
Medizinisch ambivalentes Denken	über neue Studien?	588
des Barockzeitalters	Wie beurteile ich Veröffentlichungen	
Naturheilkunde im 18. und 19. Jahr-	klinischer Forschungsarbeiten?	591
hundert	Was kann ich selbst tun?	609
Begründung der neuzeitlichen	Perspektiven	613
Physiotherapie.....		
569	5.2 Kontinuierliche Integration von	
Geschichte der Massage	Qualitätsmanagement in die ärztliche	
576	Praxis	616
Geschichte der Phytotherapie.....	Dieter Melchart	
577	Vorbemerkungen	616
Die Lebensreform und ihre Ziele	Aufgaben und Zielsetzung des Konzepts	
578	»Qualitätsmanagement mit Forschungs-	
Begründung klinischer Einrichtungen	begleitung«	617
für Naturheilverfahren	Qualitätsmanagement mit Forschungs-	
578	begleitung als Stufenprogramm	618
Rückblick	Einsatz einer multifunktionalen	
581	elektronischen Patientenakte	626
Ausblick	Schlussbemerkungen	630
582		
5 Klinische Forschung und	Sachverzeichnis	633
Qualitätsmanagement		
585		
5.1 Klinische Forschung zu		
Naturheilverfahren		
587		
Klaus Linde, Wolfgang Weidenhammer		
und Dieter Melchart		

1 Allgemeine Einführung und theoretische Grundlagen

1.1 Was versteht man unter »Naturheilverfahren« in Deutschland?

Dieter Melchart

Neubewertung der Naturheilverfahren

Naturheilverfahren werden zunehmend neu bewertet. Patienten, Krankenkassen, Politiker, öffentliche Medien, ärztliche Standesorganisationen und nicht zuletzt prominente Vertreter dieses medizinischen Methodenbereichs selbst, sind um inhaltliche und wissenschaftliche Standortbestimmungen bemüht (Ane-mueller 1998, Bühring 1998).

Wesentliche Gründe für diese Neubewertung sollen mit Hinweisen auf folgende Themen zunächst nur bruchstückhaft angedeutet werden:

- »evidence-based medicine« und Verteilungskampf um Krankenkassengelder
- medizinische und gesundheitspolitische Hinterfragung traditioneller Kuren
- Methodenvielfalt und Methodendissens in der ambulanten und stationären Versorgung mit Naturheilverfahren
- fehlende Hochschultradition und fehlende akademische Meinungsführerschaft

Alle Akteure im Gesundheitswesen glauben derzeit, sich unter Naturheilverfahren etwas vorstellen zu können, ohne dass tatsächlich Einigkeit über den Begriff und die darunter zu subsumierenden Verfahren besteht.

Geschichtlicher Ursprung

Historisch geht der Begriff »Naturheilverfahren« auf den Münchener Arzt **Lorenz Gleich** (1798–1865) zurück, der ihn wie folgt definiert:

»Heilen ohne Arzneistoffe und Blutentziehung, mit Kälte und Wärme, Trinken von kaltem Wasser, Umschlägen, Diät, frischer Luft usw.«

Naturheilkundliche Autoren wie Roths Schuh (1965, 1983), Hentschel (1987, 1991) und Bühring (1990) fordern deshalb für die Definition auch die Verwendung »echter« oder **naturbelassener Wirkfaktoren** wie:

- Licht
- Luft
- Wasser
- Erde
- Pflanzen
- Mineralien
- speziell naturbelassene Ernährungsformen
- natürliche Reize wie Bewegung und Schonung
- klimatische Faktoren
- Einhaltung natürlicher Rhythmen und Zeitordnungen

Diese **naturistischen** Wirkfaktoren sind primär unmittelbar der Natur entnommen oder dieser »nachempfunden« (Bühring 1990).

»Klassische« Naturheilverfahren

Da die naturistischen Wirkfaktoren bereits in der hippokratischen Medizin des Altertums als Maßnahmen zur Heilung angewendet wurden, werden sie als »**klassische Naturheilverfahren**« oder Naturheilverfahren im engeren Sinne bezeichnet, wozu folgende Verfahren gerechnet werden:

- Ernährungstherapie, hierzu zählen:
 - Vollwertkost und ihre Varianten
 - Rohkost einschließlich Teilfasten
 - totales Fasten nach Buchinger
 - Mayr-Fasten
 - Schroth-Kur
 - Sonderdiäten
- Atem- und Bewegungstherapie, einschließlich Massageverfahren wie:
 - klassische Massage
 - manuelle Lymphdrainage
 - Reflexzonenmassage (Bindegewebsmassage, Segmentmassage, Periostbehandlung, Kolonbehandlung)
 - Unterwasser-Druckstrahlmassage
- Hydro- und Thermotherapie, hierzu zählen:
 - Waschungen
 - Güsse
 - Wickel und Packungen
 - Kräuterbäder
 - Luftbäder
 - Überwärmungsbäder
 - Sauna
 - Dampfbäder
- Phytotherapie, einschließlich der Wirkungsweisen und Heilanzeigen der wichtigsten Heilpflanzen und der Behandlung mit Wirkstoffkomplexen
- Ordnungstherapie (Gesundheitstraining), einschließlich Entspannungsverfahren

Diese Naturheilverfahren, die hier nach der Systematik von Pfarrer Kneipp zusammengefasst sind, auch als die »5 Säulen der Naturheilkunde« bezeichnet werden, haben zwischenzeitlich überwiegende Anerkennung durch ihre Plausibilität und Traditionsstellung innerhalb der Kurortmedizin auch in der deutschen Hochschulmedizin gefunden.

Die Verfahren können einzeln oder als komplexe Physiotherapie nach Kneipp durchgeführt werden.

Physikalische Medizin und Balneologie

Unter dem Oberbegriff »Physikalische Medizin und Balneologie« werden einige der klassischen Naturheilverfahren zusammengefasst, die bereits in die konventionelle Medizin integriert sind. Die naturistische Sichtweise wurde von der Physikalischen Medizin – als mittlerweile eigenständiges medizinisches Fachgebiet – in den letzten Jahrzehnten verlassen und im Sinne einer naturwissenschaftlichen Interpretation des Wirkfaktors durch funktionell-physiologische, thermische und biomechanische Prinzipien ersetzt.

Es steht der therapeutische Einsatz physikalisch wirksamer Größen wie Strahlung, Licht, Wärme, Kälte, Druck, Zug oder Torsion im Vordergrund der Betrachtung (**physikalischen Wirkfaktoren**). Diese Phänomene lassen sich den Hauptgebieten der Physik zuordnen und können als elektrisch, mechanisch, optisch oder thermisch bezeichnet werden. Erweitert durch die Balneologie und Klimatologie liegt das Behandlungsspektrum der Physikalischen Medizin somit in den Bereichen der Elektrotherapie, Hydro- und Thermotherapie, Krankengymnastik und Massagen sowie Klimatherapie.

Klinische Wirksamkeitsnachweise stehen jedoch auch diesen Verfahren nicht im nötigen Umfang zur Verfügung.

Bedingungen

Klassische Naturheilverfahren müssen neben der Bedingung, dass ihre Mittel aus der Natur kommen, auch noch eine zweite erfüllen: Die zum Einsatz kommenden Wirkfaktoren sollen die natürlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen zur **Selbstheilung** und **Selbstbewältigung** von Krankheiten und zum Erhalt von Gesundheit anregen und unterstützen können. Darüber hinaus hat eine am »**Reiz-Reaktions-Modell**« orientierte Naturheilkunde, konstitutionelle bzw. reaktionstypologische Bedingungen sowie eine weitere Anzahl individueller Aspekte wie z. B. Kälte-

und Wärmeempfindlichkeit (Modalitäten) oder die allgemeine Leistungsfähigkeit des Patienten zu berücksichtigen.

In der Regel führen therapeutische Reize (thermische Reize, arzneimittelbedingte Reize usw.) nicht zu einer unmittelbaren und schnellen Genesung. Es müssen meist längerfristige und über mehrere Wochen hinweg regelmäßige Behandlungen durchgeführt werden (serielle Reize). Die therapeutischen Einzelreize sind überwiegend von milder Stärke bzw. niedriger Dosierung.

Jedoch ist es durchaus möglich, dass auch kurzfristige »Erstverschlimmerungen« als Trainingskrisen auftreten. Oft gelingt es erst nach einer bewussten »Auslenkung« einer Funktion über das normale Maß hinaus, Zielwerte einer individuellen Norm erneut einzustellen.

Selbstheilung

Durch das Wirkprinzip der Selbstheilung finden die klassischen Naturheilverfahren Anschluss an die traditionellen Medizinsysteme, wie sie aus der antiken Medizin oder aus fernöstlichen Kulturkreisen bekannt sind (Antike: »Physis« des Menschen; Mittelalter: »inwendiger Arzt«; chinesische Medizin: »Chi«, die Lebenskraft).

Die »Selbstheilungskräfte« des Menschen beschreiben all das, was unser Körper von »selbst« richtig macht, um uns gesund zu erhalten und mit den Anforderungen und Gefährdungen des Lebens fertig zu werden.

Hygiogenese

Die organismischen Eigenleistungen, die eine aktive Beteiligung des Gesamtorganismus am Gesundheitsprozess voraussetzen, sind die Summe der physiologischen Vorgänge der Abwehr, Anpassung, Normalisierung und Regeneration, die normalerweise Bestand und Gesundheit des Menschen erst ermöglichen. Es handelt sich hierbei um das Wirkprinzip der

»Hygiogenese« (Grote 1954, Hildebrandt 1977) bzw. der »autonomieorientierten« bzw. »autoregulativen« (Matthiessen 1994, Melchart 1993a, b u. c) Selbstheilungsvorgänge, die erst indirekt, das heißt sekundär durch die geeignete Auswahl von therapeutischen Reizbelastungen ausgelöst oder verstärkt werden.

Beispiele für hygiogenetische Vorgänge sind physiologische Erholungs-, Kompensations- und Abwehrfunktionen, die mit ihren unterschiedlichen reaktiven Zeitperioden adäquate Anpassungsreaktionen des Organismus an neue Leistungsanforderungen erst ermöglichen. So kann ein aktives Bewegungstraining oder die wiederholte Durchführung von Kaltwasseranwendung mit kneippischen Güssen zu einer Ökonomisierung der Kreislaufregulation, zur erhöhten Aktivität unspezifischer immunologischer Reaktionen und zu einer allgemeinen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit führen.

Der Erfolg einer reiztherapeutischen Anwendung ist jedoch unter anderem von der individuellen Reaktionsausgangslage, der Reizdosis und Reizdauer sowie dem Zeitpunkt der Applikation abhängig.

Teleologischer Aspekt

Die vorwiegend krankheitsorientierte (pathogenetische) Sichtweise der konventionellen Medizin erfährt somit eine sinnvolle Ergänzung durch eine auf Gesunderhaltung und individuelle Responsivität gerichtete (salutogenetische) Praxis und Theorie der Naturheilkunde, die Krankheit häufig als Folge eines gesundheitsschädigenden Verhaltens im Alltag wie auch als eine Chance zur Reifung und Neuorientierung und als Teil eines Gesundungsprozesses betrachtet. So können z. B. Fieber oder Durchfall unterstützungswerte Zeichen der körpereigenen Abwehr, Schmerzen und Leiden eine Botschaft oder ein Signal »etwas im Leben zu ändern« darstellen. Diese Sichtweise kann als **»teleologischer« Aspekt** der Naturheilkunde bezeichnet werden.

Wirkfunktionen

Das hygiogenetische Wirkprinzip kann in folgende Funktionen eingeteilt werden:

- »Normalisierung«
- »Schonung«
- »Kräftigung«

■ **Normalisierung:**

Die Bezeichnung »Normalisierung« beschreibt die Annäherung oder Rückkehr einer Funktion (eines Organs oder des ganzen Organismus als Gesamtsystem) zu ihrem Normalzustand.

Normale Leistungen werden durch **Regulation, Korrelation** und **Koordination** im Organismus eingestellt, aufrechterhalten oder wiederhergestellt. Permanente Abweichungen, Verluste oder Schwächen dieser Leistungen von der Norm führen zu Krankheit mit anormalen Funktionsgrößen.

Die Regulation wird vorwiegend vom zentralen Nervensystem und ihren komplexen Funktionen gesteuert und unterliegen einer rhythmischen Zeitordnung. Damit wird Korrelation und Koordination der Funktionen erst möglich. Die Anregung von Selbstheilungsvorgängen, die Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, die Auslösung von vegetativen Gesamtschaltungsverfahren sind physiologische Beispiele für Prozesse der Normalisierung oder Regularisierung, die auch als »funktionelle Adaptation« bezeichnet werden können (Hildebrandt 1982a, b u. 1985a, b).

Therapeutische Verfahren, die die regulatorischen Selbstordnungsleistungen des Organismus zur therapeutischen Nutzung anregen oder steigern wollen, werden Reaktions-, Regulations- oder Adaptationstherapien genannt.

■ **Schonung:** Die Wirkfunktion der »Schonung« wird therapeutisch durch z. B. bewusste Entlastung des Stoffwechsels durch Fasten, vermehrten Schlaf oder durch Anregung einer erhöhten körpereigenen Ausscheidung von Substanzen mittels Diuresesteigerung, Schwitzen usw. zu erzielen versucht.

Physiologisch handelt es sich hierbei um Prozesse der lokalen Erholung wie der Durchblutungssteigerung, der Resorption von Entzündungsprodukten oder allgemein der Entlastung, Entstörung, Abstinenz und Vermeidungsverhalten.

■ **Kräftigung:** Als »Kräftigung« kann die Steigerung der Leistungskapazität durch Wachstumsreaktionen und Überhöhung der Energiereserven bezeichnet werden. Praktische Beispiele für derartige spezifische oder auch »trophisch-plastische« Adaptationen sind der Muskelaufbau an den Extremitäten durch Muskeltrainingsmaßnahmen oder die Zunahme der roten Blutkörperchen durch Höhenanpassung im Sinne der Klimatherapie. Auch die spezifische Antikörperbildung des Immunsystems zählt zu dieser Kategorie.

Eine Zusammenfassung der Wirkprinzipien zeigt die Tabelle 1.1-1 von Hildebrandt (1977, 1985a u. b).

Tab. 1.1-1. Wirkfunktionen der Therapie (nach Hildebrandt 1977).

»Künstliche Therapie«	»Natürliche Therapie«
Direkte Wirkungen ● primäre ● pathogenetisch orientiert – Ausschaltung – Lenkung – Ersatz	Indirekte Wirkungen ● sekundäre ● hygiogenetisch orientiert – Schonung – Normalisierung – Kräftigung

Die hygiogenetischen, das heißt die Gesundheit normalerweise erhaltenden Wirkfunktionen der Normalisierung, Schonung und Kräftigung als »natürliche« Therapieverfahren, werden den primär pathogenetisch orientierten, direkten Wirkungen der Ausschaltung, Lenkung und der Substitution als »künstliche« oder »heteronomieorientierte (von außen kommende)« Therapieverfahren gegenübergestellt. Die Prinzipien der »natürlichen« und »künstlichen« Therapie ergänzen sich gegenseitig und sind oft gleichzeitige Komponenten eines medizinischen Gesamtverfahrens im Praxisfall. Die Unterscheidung hat aber nicht nur didaktischen Wert, sondern einen deutlichen Einfluss auf die ärztliche Denk- und Handlungspraxis, wie dies bereits auf Seite 5 unter dem »teleologischen Aspekt« der Naturheilverfahren ausgeführt wurde.

Therapieziele

Als allgemeine Therapieziele können die Verbesserung der vegetativen Basisfunktionen (Schlaf, Herz-Kreislauf-System, Ausscheidungsvorgänge usw.), die Steigerung der körperlichen, seelischen und geistigen Leistungsfähigkeit, der Aufbau von Selbstvertrauen, Selbstbewältigung und die Verbesserung einer gesundheitsorientierten Lebensqualität bezeichnet werden.

Modelle und Hypothesen

Die therapeutische Orientierung an reaktiven und adaptiven Leistungen des Organismus und die häufig an der Körperoberfläche applizierten Einzelverfahren (Massagen, Hydrotherapien usw.) als therapeutische Reizsetzung beruhen jedoch auf einer Reihe von neurophysiologischen Modellen reflexiver Zusammenhänge, Somatotopien usw., deren wissenschaftliche Erklärungen häufig noch sehr bruchstückhaft sind.

Schließlich existieren Arbeitshypothesen zu Wirkmechanismen von Naturheilverfahren, die

sich auf den Interzellularraum konzentrieren und als »System der Grundregulation« bekannt wurden (Pischinger 1954 u. 1975, Heine 1991). Die Haupthypothese definiert ein System, das in Bezug auf Isoionie, Isoosmie und Isotonie einen entscheidenden Einfluss auf die lokalen und peripher-autonomen Regelprozesse und Basisfunktionen des Stoffwechsels, der Abwehr, der Durchblutung usw. haben soll. Obwohl derartige Hypothesen schon seit langem bekannt und auch der akademischen Öffentlichkeit durch Publikationen zugänglich sind, wurden bislang keine bekannten Falsifikationen oder Verifizierungen dieses Ansatzes durch die Fachwelt erarbeitet.

Ein weiterer Aspekt wird in jüngster Zeit von Pirlet (1996) aufgeworfen, der die Selbstordnungskraft aus evolutionsbiologischer und molekular-physiologischer Sicht einem Ausleseprozess auf proteinmolekularer Ebene zuschreibt. Seiner Meinung nach sind die natürlichen Reize und ein naturgemäßer Lebensstil des Menschen elementare Voraussetzungen für den Abbau von vorgeschädigten, gealterten und denaturierten Proteinen, die durch selektive Auslese durch stabile Struktur intakte und damit funktionstüchtige Proteine ausgetauscht werden sollen und damit ein gesundes Leben erst garantieren. In diesem Sinne spricht Pirlet – wie auch Hildebrandt – von Naturheilverfahren als eine physiologische Therapie.

Definition

Aufgrund der derzeit bestehenden Weiterbildungsordnung und der historischen Entwicklung kann Naturheilverfahren in Deutschland folgendermaßen definiert werden:

Unter Naturheilverfahren versteht man alle Maßnahmen, die mit natürlichen Mitteln als therapeutische Reize auf eine aktive Beteiligung und Nutzung selbstregulierender Prozesse des Menschen in Richtung Gesundheit zielen.

Das Methodenspektrum entspricht vorwiegend den kneippischen Naturheilverfahren.

»Erweiterte« Naturheilverfahren

Neben den »klassischen« Naturheilverfahren gibt es eine Vielzahl anderer Verfahren, die durch die Weiterbildungsordnung als »erweiterte« Naturheilverfahren bezeichnet werden:

- ausleitende Verfahren (Aderlass, Schröpfen, Blutegeltherapie, diaphoretische, diuretische, laxierende und emmenagoge Verfahren)
- Symbioselenkung, besser mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Thalassotherapie (Klimatherapie)
- Lichttherapie (Heliotherapie)
- Elektrotherapie

Diese Gruppenbildung erscheint jedoch in sich nicht schlüssig. Verfahren wie Licht- und Thalassotherapie und – mit Einschränkung – auch ausleitende Verfahren (Blutegeltherapie) verwenden sog. **»genuine« Naturfaktoren**, andere Verfahren haben die Humoralpathologie oder die physikalischen Faktoren (Elektromedizin) als theoretischen Hintergrund. Die hier vorgeschlagene Einteilung ist somit nicht sinnvoll. Autoren wie Schimmel (1986) und

Hentschel (1991) zählen folgerichtiger auch die Klimatherapie und die ausleitenden Verfahren zur Gruppe der klassischen Naturheilverfahren.

Andere Naturheilverfahren

Schließlich hält die Weiterbildungsordnung eine dritte Verfahrensgruppe fest, die in der Anwendung »anderer Therapieprinzipien« begründet ist. Hierzu gehören Verfahren wie die Sauerstofftherapie, die manuelle Diagnostik und die Akupunktur. Viele dieser Einzelverfahren haben sich entweder aus einem spezifischen historischen Hintergrund in anderen Sozial- und Kulturräumen entwickelt (z. B. Akupunktur aus der Traditionellen Chinesischen Medizin) oder bemühen für ihre Wirkung einen eigenständigen Wirkfaktor (z. B. Reiz als »energetische Information«, die vom betroffenen System des Menschen »verstanden« werden muss). Gemeinsam ist ihnen jedoch das Wirkprinzip der Anregung zur Selbstheilung. Hier ist es nebensächlich, ob der »heilsame Reiz« aus den »Mitteln« der natürlichen Umwelt entstammt; entscheidend ist vielmehr, ob die verwendeten Mittel und Verfahren die sog. »Lebens- oder Selbstheilungskraft« und die Selbstordnung des Menschen anregen und optimieren können.

1.2 Wie stellt sich das Gebiet »Naturheilverfahren« international dar?

Dieter Melchart

Hier wird man zunächst überrascht sein, dass eine englische Übersetzung des Begriffes in »natural healing procedures« nicht existiert. Eine überwiegend vergleichbare Bedeutung und Wortähnlichkeit findet sich im Begriff »naturopathy« wieder, der im angloamerikanischen Sprachraum bekannt ist und zumindest ursprünglich und zum Teil auch heute noch große Anlehnung an die kneippsche Lehre zeigt. International haben die »klassischen« Naturheilverfahren nur einen schwindenden Anteil von Anhänger, während umgekehrt zu Deutschland, Verfahren wie die Akupunktur (die im Übrigen auch in Deutschland bereits die meist angewandte Einzelmethode in diesem Bereich darstellt), die Traditionelle Chinesische Medizin, die Homöopathie, die Chirotherapie und Osteopathie und viele andere mehr im Vordergrund der Anwendungshäufigkeit stehen (Tab. 1.2-1; Zollman u. Vickers 1999). Die Bezeichnung **Komplementärmedizin** (**»complementary medicine«**) wird international als Sammelbegriff benutzt, der aber bereits mit dem Ausdruck **»integrative medi-**

cine« konkurriert. Eindeutig rückläufig ist die Formulierung Alternativmedizin. Die klassischen Naturheilverfahren stehen auch in der Schweiz und in Österreich nicht im Vordergrund der Versorgung, sondern andere Bereiche der Komplementärmedizin.

Der Begriff »Komplementärmedizin« wird im Wörterbuch Naturheilkunde Pschyrembel (1999) wie folgt definiert:

»Bezeichnung für eine medizinische Richtung, die bestimmte diagnostische und therapeutische Verfahren, die zum Teil außerhalb der klassischen Schulmedizin stehen, ergänzend zur Schulmedizin (und nicht anstatt dieser) einsetzt. Dabei wird versucht, eine vorwiegend pathogenetisch orientierte Sichtweise zu ergänzen oder zu ersetzen durch eine gesundheitsorientierte (»salutogenetische«) Sichtweise, die Autoregulation und Selbstheilungskräfte sowie das aktive Rollenverständnis des Patienten betont.«

Tab. 1.2-1. Internationale Anwendungshäufigkeit von komplementärmedizinischen Verfahren (nach Zollman u. Vickers 1999).

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| • Akupressur | • kraniale Osteopathie | • Ernährungstherapie |
| • Akupunktur | • Umweltmedizin | • Osteopathie |
| • Alexander-Technik | • »Healing« | • Reflextherapie |
| • angewandte Kinesiologie | • Pflanzenheilverfahren | • Reiki |
| • Antrophosphische Medizin | • Homöopathie | • Relaxation und Visualisierung |
| • Aromatherapie | • Hypnose | • Shiatsu |
| • Autogenes Training | • Massage | • »therapeutic touch« |
| • Ayurveda | • Meditation | • Yoga |
| • Chirotherapie | • »Naturopathy« | |

Gegenwärtig dürften ca. 130 Einzelverfahren existieren, deren Vertreter im weitesten Sinne dem Gebiet der Komplementärmedizin und den Naturheilverfahren zugerechnet werden möchten. Viele dieser Verfahren sind spekulativ und/oder können von selbst hinterfragt werden, ob sie wirklich die Autoregulation und Selbstheilung anregen und verbessern helfen. Da jedoch derartige Wirkmodelle nur in wenigen Bereichen (z. B. Chronobiologie) entwickelt wurden, fehlt der Nachweis bei fast allen Verfahren – einschließlich der klassischen Naturheilverfahren. Deshalb sind diese Verfahren vorwiegend durch klinische Wirksamkeitsnachweise und Belege für Behandlungsqualitäten aufzuarbeiten und zu differenzieren.

Die komplementärmedizinischen Verfahren können über die zum Einsatz kommenden Wirkfaktoren unterteilt werden, wie dies be-

reits bei den Naturheilverfahren versucht wurde. Dabei kann folgende Aufteilung von Nutzen sein:

- biochemische Wirkfaktoren (Nahrungsergänzungstoffe, alle Formen der speziellen medikamentösen Verfahren)
- biomechanische Wirkfaktoren (verschiedenste Formen der Massage, Körperübungen usw.)
- bioenergetische Wirkfaktoren (Homöopathie, Kinesiologie, Bioresonanzverfahren usw.)
- lebensstilbezogene Wirkfaktoren (Lifestyle-Training usw.)

Die Traditionelle Chinesische Medizin oder der Ayurveda enthalten jeweils mehrere verschiedene Wirkfaktoren, die sich sowohl in den einzelnen Naturheilverfahren als auch in den komplementärmedizinischen Verfahren wiederfinden.

1.3 Naturheilverfahren in der medizinischen Versorgung

Dieter Melchart

»Hiatus« zwischen ambulanter und stationärer Naturheilkunde

Die im Vordergrund der Weiterbildung stehenden klassischen Naturheilverfahren umfassen:

- Hydro- und Thermotherapie
- Bewegungstherapie
- Ernährungstherapie
- Pflanzenheilkunde
- Ordnungstherapie

Obwohl diese Einzelverfahren eine dominante Stellung in der Weiterbildungsordnung haben und von rationaler Einsicht und theoretischer Überzeugung begleitet sind, ist die Anwendungshäufigkeit in der ambulanten Praxis von meist nicht klassischen Naturheilverfahren und anderen komplementären Verfahren beherrscht. Durch eine eigene Erhebung bei ca. 800 Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren in Bayern und bei einem Rücklauf von 152 Antworten konnte festgestellt werden, dass die Anwendungshäufigkeit von Einzelverfahren wie Neuraltherapie und Akupunktur über derjenigen von Ordnungstherapie, Bewegungstherapie, Hydro- und Thermotherapie liegen (Melchart 1998).

Unterschied zwischen stationärer und ambulanter naturheilkundlicher Versorgung

Der auffällige Unterschied im Anwendungs- und Verordnungsverhalten zwischen der stationären und ambulanten naturheilkundlichen Versorgung liegt größtenteils an der völlig un-

terschiedlichen Strukturqualität und Erstattungspraxis der einzelnen Leistungsformen. Während in der **klinischen** Naturheilkunde die gesamte Palette der klassischen Naturheilverfahren »unter einem Dach« verfügbar ist und der Patient zur täglichen Anwendung ebenfalls, können in der **ambulanten** Praxis klassische Naturheilverfahren wie z. B. Bewegungstherapie, Hydro- und Thermotherapie sowie Massagen nur außerhalb der Praxis – oder eben häufig nicht mehr auf der Basis der gesetzlichen Krankenkassenerstattung – verordnet werden.

Dies prägt ein unterschiedliches Selbstverständnis von klinisch und ambulant tätigen Kollegen hinsichtlich ihrer Versorgungsphilosophie und führt gelegentlich zu einem ideologisch geführten Methodenstreit zwischen den einzelnen Vertretern dieser Versorgungsstufen.

- **Klinische Kollegen** der Naturheilverfahren fordern in der Aus- und Weiterbildung sowie in der medizinischen Versorgung traditionell den überwiegenden Einsatz von klassischen Naturheilverfahren und bezeichnen oft nur diese Verfahren als »seriös«.
- Die überwiegende Zahl der **ambulant tätigen Kollegen** bevorzugen hingegen meist ein breites Spektrum von Einzelverfahren, das mehr oder weniger von der individuellen Weiterbildungsbiographie des Einzelnen und von der aktuellen Kostenerstattung geprägt zu sein scheint.

In diesem Sinne wenden ambulante Ärzte in ihren Praxen häufig eigene, das heißt selbst zu erbringende Behandlungsformen an, die Ihnen eine Anbindung des Patienten an ihr »Unternehmen Praxis« ermöglicht. Darüber hinaus

liegen diese Leistungsformen in der Regel außerhalb der gesetzlichen Krankenkassenerstattung und können somit als individuelle Gesundheitsleistungen (Stichwort: IGeL-Liste) liquidiert werden. Aus diesem Grund ist es nahe liegend, dass sich z. B. ein Kollege bevorzugt der Weiterbildung in Akupunktur zuwendet, um bereits nach Absolvierung der ersten Kurse für eine Therapiesitzung zwischen 50 und 150 DEM privat in Rechnung stellen zu können.

Die »individuellen Gesundheitsleistungen« sind auch deshalb auf dem »Patientenmarkt« zu erzielen, weil der betroffene Patient mit zum Teil großer Zuversicht eine Mitfinanzierung an den Gesamtkosten durch die Krankenkassen auf Kulanzwege noch bis zum Jahr 2000 durchschnittlich ca. 50 DEM pro Sitzung bzw. 500 DEM pro durchschnittlicher Behandlungsserie erwarten konnte. Im Vergleich zu einer Quartalsabrechnung pro Krankenschein von 60 bis 80 DEM ein lukratives »Nebeneinkommen« (Melchart 1998).

Vergleicht man darüber hinaus auch noch den Zeitaufwand einer ca. 20- bis 30-minütigen Akupunktursitzung – während der ein Therapeut parallel auch noch andere Patienten kurzfristig betreuen kann – mit dem einer individuellen Ernährungsanamnese einschließlich Beratungsgespräch (z. B. von ca. 30 bis 60 Min.), so wird dieses Problem noch deutlicher.

Unverhältnismäßigkeit einer Erstattungspraxis und zunehmender Kompetenzverlust gefährden somit in der Ernährungspraxis die zentrale Stellung der Ernährungs- und Ordnungstherapie innerhalb der praktizierten ambulanten Naturheilkunde. Auswege sind nur durch veränderte finanzielle Anreizsysteme und Fort- und Weiterbildungsangebote zu schaffen, die ordnungstherapeutische Aktivitäten des Arztes im Sinne von Patientenschulungen durch neue Erstattungsformen und Vermittlungskompetenzen ermöglichen.

Vielfalt von Anbietern naturheilkundlicher Verfahren

Neben der Vielfalt der Methoden muss auch die Vielfalt der Anbieter in diesem Versorgungssegment betrachtet werden. Bei einem großen Teil der Anbieter handelt es sich um nicht ärztliche »Heilkundige« wie Laien und Heilpraktiker. Die Zulassung für Anbieter von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin ist vor allem bei den nicht ärztlichen Heilkundigen gesundheitsrechtlich problematisch geregelt oder es bestehen überhaupt keine gesetzlichen Bestimmungen.

Berührungspunkte zwischen Ärzten und Heilpraktikern

Zwischen Ärzten und Heilpraktikern existieren mannigfaltige Berührungsprobleme und Konfliktfelder, die vorwiegend die Freizügigkeit von Leistungserbringung und deren Abrechnungsmöglichkeiten durch eigene Gebührenordnungen sowie die bestehende gesundheitsrechtliche Exklusivität dieses Berufsbildes betreffen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Mikrozensus 1996 praktizieren in der Bundesrepublik Deutschland 12 000 Heilpraktiker. Diese Zahl liegt damit nur geringfügig unter der Zahl von Ärzten mit den Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren, Homöopathie, Physikalische Medizin aus dem Jahre 1996. Viele Ärzte betreiben die Naturheilverfahren primär im Sinne einer Ergänzungstherapie zu ihrer schulmedizinischen Grundausrichtung – im Gegensatz zu den »Heilpraktikern« –, weshalb die Gefahr für den Patienten, von einer indizierten konventionellen Therapie abgehalten zu werden, hier gering ist. Die Heilpraktikerausbildung ist in ihrer Qualität als sehr unterschiedlich einzustufen. Manche Heilpraktiker haben ihre Berufsbezeichnung lediglich in Abendkursen erworben. Leistungen in Naturheilverfahren und Komplementärmedizin werden aber auch zunehmend von anderen ärztlichen Medizinal-

berufen wie Zahnärzten und Tierärzten erbracht und damit eröffnen sich neue Konfliktfelder (Melchart 1998).

Anwendungsgebiete naturheilkundlicher Verfahren

Mögliche Anwendungsgebiete für Naturheilverfahren finden sich z. B. im Bereich funktioneller Störungen, chronischer Erkrankungen sowie bei Schwangeren, Kindern bis hin zu alten Menschen. In den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Geriatrie und Gynäkologie werden häufig Indikationen wie z. B. Infekte der oberen und unteren Luftwege, Magen- und Darminfekte, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen, Regelanomalien oder klimakterische Syndrome behandelt. Diverse Schmerzzustände, Schlafstörungen, reaktive Depressionen und ernährungsabhängige Beschwerden sind weitere wichtige Einsatzgebiete für Naturheilverfahren.

Relative Indikationen finden sich bei solchen Erkrankungen, bei denen eine adjuvante Anwendung, das heißt eine Kombinationsanwendung mit bewährten klassischen schulmedizinischen Verfahren angestrebt wird, wie z. B. die Behandlung von Pneumonien und rheumatischen Erkrankungen sowie im Rahmen der Krebstherapie.

Klassische konventionelle Indikationsbereiche – wie die intensivmedizinische und chirurgische Betreuung von Patienten – sind primär keine Einsatzbereiche für Naturheilverfahren. Dennoch lassen sich auch hier viele adjuvante Fragestellungen bezüglich einer sinnvollen Begleittherapie finden.

Eine wesentliche Domäne der naturheilkundlichen Verfahren ist jedoch zweifellos in der **Prävention** und **Gesundheitsförderung** zu sehen.

Wie ordnen sich naturheilkundliche Verfahren in die Gesamtmedizin ein?

Die gegenwärtige Architektur unseres Gesundheitssystems zeigt eine Vielfalt von medizinischen Fachgebieten. Die Naturheilverfahren lassen sich in der bestehenden Fächerstruktur nicht einem bestimmten Einzelfach bzw. Fachgebiet zuordnen. Aufgrund der primär verfahrenszentrierten Orientierung und breiten Indikationsstellung, sind Naturheilverfahren »genuin« interdisziplinär und berühren damit eine Vielfalt von bestehenden Fachdisziplinen. Die naturheilkundliche Prävention, Rehabilitation und Kuration zeigt deshalb von selbst sowohl eine fächer- als auch berufsgruppenübergreifende Konzeption.

Letztere begründet sich bevorzugt aus der Komplexität der Aufgabenstellung einer auf Verhaltens- und Verhältnisänderung zielenden Prävention und der diagnostischen und therapeutischen Schwerpunktbildung im Bereich chronischer Befindlichkeits- und Beschwerdebilder.

Das biopsychosoziale Selbstverständnis und die deutliche Betonung des Indikationsgebietes »chronische Schmerzerkrankungen« verbindet die Naturheilverfahren bevorzugt mit der Psychosomatik, Verhaltensmedizin, Neurologie, Orthopädie und physikalisch-rehabilitative Medizin. Ihr breiter Indikationsanspruch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Entzündungen, Allergien und Bagatellerkrankungen stellt sie gleichfalls in die Fachgebiete der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin.

Schließlich ist die Nähe zu den lebensstilbeeinflussenden Fachgebieten und Wissenschaften (»Lifestyle-Sciences«) – wie Ökotrophologie, Sportpädagogik und Sportmedizin, Psychologie und Sozialpädagogik und Sozialmedizin – durch ihre gesundheitsorientierte Praxis und Heiltheorie erklärbar.

Abbildung 1.3-1 zeigt die vielfältigen Beziehungen zu den bestehenden Fach- und Wissensgebieten.

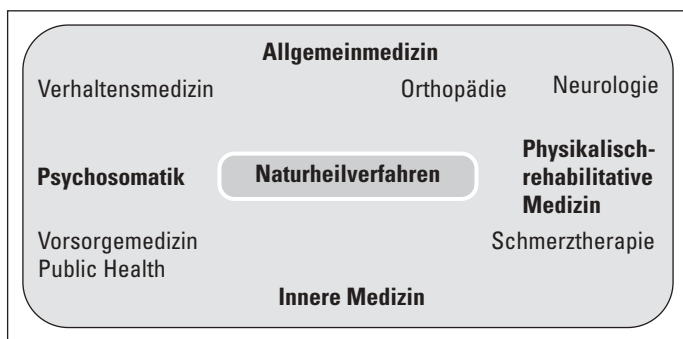


Abb. 1.3-1. Integration von Naturheilverfahren in die Gesamtmedizin (aus Melchart 1995 u. 1999, modifiziert).

Eine verstärkte Fächerallianz von lebensstilverändernden Fachgebieten untereinander und gemeinsam mit Naturheilverfahren zu Kompetenzzentren würde die Gesundheitsförde-

rung, Prävention, Rehabilitation und Kuration nachhaltig in Theorie und Praxis verbessern helfen.

1.4 Interesse, Akzeptanz und Inanspruchnahme von Naturheilverfahren bzw. Komplementärmedizin

Dieter Melchart

Über die hohe Beliebtheit und Bekanntheit von Naturheilverfahren in der Bevölkerung wird viel gesprochen. Die Bekanntheit der Verfahren gibt jedoch noch wenig Auskunft darüber, welche konkreten Einzelmethoden in Anspruch genommen werden, in welchem Umfang und mit welchen Motiven dies geschieht.

Wie hoch ist das Interesse von Patienten, Ärzten, Medizinstudenten und Krankenkassen an Naturheilverfahren und Komplementärmedizin wirklich? Welche finanziellen und versorgungspolitischen Konsequenzen hat diese Inanspruchnahme für das Gesundheitssystem der Zukunft? Viele Fragen, auf die dieser Beitrag sicher nicht überall eine Antwort finden kann.

Wie groß ist das Interesse von Patienten?

Naturheilmittel

Immer mehr Bundesbürger verwenden im Krankheitsfall Naturheilmittel. Zu diesem Ergebnis kam eine Studie, die das Allensbacher Institut für Demoskopie im Auftrag des Bundesfachverbandes der Arzneimittelhersteller unter 2 647 Befragten ab 16 Jahren durchführte. Heute zählen 74 % der Bevölkerung zu Anwendern von Naturheilmitteln. Weit mehr als die Hälfte der Deutschen (57 %) beschäftigen sich mit Naturheilmitteln, fast jeder Fünfte ist

sogar sehr an homöopathischen Medikamenten interessiert. Schenkten 1979 in Westdeutschland nur 45 % diesem Thema Beachtung, so waren es 1996 58 %. Geringer ist das Interesse in Ostdeutschland: 52 % interessieren sich hier für Naturheilmittel. Dieser Prozentsatz ist seit 1990 unverändert.

Nur 3 % der Anwender würden sich jedoch ausschließlich auf Naturheilmittel verlassen. 58 % der Anwender geben an, dass die Naturheilmittel ihnen geholfen haben. Insgesamt besteht nach dieser Studie ein positives Meinungsklima für Naturheilmittel: 41 % der Befragten sind der Überzeugung, dass diese in der Zukunft eine immer stärkere Verbreitung finden werden.

Eine besondere Schwäche dieser Studie liegt im Begriff »Naturheilmittel«, der sehr unscharf gefasst ist und von pflanzlichen Heilmitteln bis hin zu Vitaminpräparaten reichen kann.

Behandlung mit Naturheilverfahren

Völlig andere Zahlen erhält man, wenn das Nachfragepotenzial für **naturheilkundliche Behandlungsmethoden** erfragt wird. Ein Beispiel hierfür stellt die im Auftrag des IKK-Bundesverbandes im Jahre 1993 durchgeführte und 1994 publizierte Studie zur Akzeptanz von Naturheilverfahren dar. In diese Untersuchung wurden insgesamt 2 499 Personen der Bundesrepublik Deutschland eingeschlossen. Zunächst wurden alle Personen ermittelt, die

schon irgendwann einmal in ihrem Leben einen Arzt für Naturheilverfahren, Homöopathie und/oder einen Heilpraktiker aufgesucht haben. Dies waren 10 % aller Befragten, das heißt, dass 90 % noch nie bei einem Arzt für Naturheilverfahren oder Heilpraktiker in Behandlung waren. Aufgrund der steigenden Zahl von Ärzten, die in den letzten Jahren die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren oder Homöopathie erworben haben, dürfte die Zahl in der Zwischenzeit leicht gestiegen sein. Dennoch ist das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten von Naturheilexperten im Allgemeinen relativ gering. Dies belegt auch die Zahl von nur 4 % aller Befragten, die im Jahre 1993 tatsächlich einen Therapeuten für Naturheilkunde oder Homöopathie aufgesucht haben.

Vergleichbare Daten liefert die Studie des Basler Ökonomeprofessors Sommer (1998). In dieser wurde im Rahmen eines Experimentes 7 500 Versicherten der Krankenkasse Helvetia für drei Jahre eine kostenlose Zusatzversicherung für Komplementärmedizin angeboten und deren Gesundheitsverhalten und Kostenentwicklung mit den übrigen Versicherten verglichen. Die gratis zur Verfügung gestellte Zusatzversicherung wurde 1994 nur von 2,3 % und 1995 sogar nur von 1,1 % der Versicherten in Anspruch genommen.

Der Anteil der potenziellen Nachfrager nach naturheilkundlichen Behandlungen ist jedoch wesentlich größer. So beziffert die IKK-Studie die an naturheilkundlichen Therapien interessierten Bundesbürger auf 40 %. Hier ist das Verhältnis Ost/West im Vergleich zur Allensbachstudie umgekehrt, das heißt 46 % der ostdeutschen und 38 % der westdeutschen Befragten zeigten Interesse an solchen Behandlungsmethoden.

Der Anteil der »echten« Ablehner für naturheilkundliche Behandlung liegt in Gesamtdeutschland bei 16 %; 44 % nennen Widerstände gegen naturheilkundliche Methoden. Nicht unerheblich ist hierbei der Anteil derjenigen, die aus Gründen der fehlenden Kosten-

übernahme durch die Krankenkassen (21 %) sich einer naturheilkundlichen Therapie eventuell noch ablehnend gegenüber verhalten. Eine weitere Erkenntnis der Studie ist, dass von den 10 % der Befragten, die sich schon einmal naturheilkundlich behandeln ließen, die Mehrzahl (46 %) zu einem Arzt für Naturheilverfahren oder Homöopathie gingen (40 % zu einem Heilpraktiker), und davon 74 % der Befragten mit dieser Therapieform zufrieden waren.

Welches Geschlecht und welches Alter bevorzugt Naturheilverfahren?

Es sind eindeutig die Frauen, die sich mit dem Thema »Naturheilmittel und Naturheilverfahren« auseinander setzen. Aus den Allensbachstudien geht hervor, dass bereits 1979 weit mehr als die Hälfte (54 %) der Frauen in Westdeutschland daran interessiert waren, dagegen nur ein Drittel der Männer (33 %). Der Abstand hat sich 1996 noch vergrößert: Jetzt zeigen 70 % der Frauen und 46 % der Männer (in Westdeutschland) Interesse an homöopathischen Heilmitteln.

Weit überdurchschnittlich gestiegen ist das Interesse der 30- bis 39-Jährigen an Naturheilmitteln und zwar von 40 % 1979 auf 61 % 1996. Überdurchschnittlich zugenommen hat in dieser Zeit auch das Interesse der 40- bis 49-Jährigen am Thema »Naturheilmittel«: von 44 auf 59 % (in Westdeutschland). Dieselbe Studie zeigt, dass heute mehr die 30- bis 39-Jährigen an diesem Thema Interesse zeigen als ältere Bürger. Betrachtet man die an Naturheilmitteln Interessierten nach Lebensphasen, dann erkennt man, dass besonders in jungen Familien (1979–1996: plus 22 Prozentpunkte), bei jungen Verheirateten/Paaren ohne Kinder (1979–1996: plus 20 Prozentpunkte) und Familien mit älteren Kindern (1979–1996: plus 17 Prozentpunkte) das Interesse weit überdurchschnittlich zugenommen hat.

Naturheilmittel auf Kassenrezept?

Ein großer Teil der Naturheilmittelverwender ist der Meinung, dass Naturheilmittel auch in Zukunft auf Kassenrezept verschrieben werden sollen. 75 % der Befragten der Allensbachstudie 1996 hielten die Erstattungsfähigkeit für »wichtig« oder »sehr wichtig«. Dass die Krankenkassen für bestimmte alternative Heilverfahren aufkommen sollten, meinen auch 87 % in einer Bürgerbefragung des EMNID-Instituts 1995 (ca. 1 300 Bundesbürger). Eine mehrheitliche Zustimmung erhält auch die These, dass in vielen Fällen die Naturheilverfahren als die bessere Alternative zur Schulmedizin gelten können: Immerhin $\frac{2}{3}$ der Bevölkerung (61 %) finden die alternativen Heilverfahren oft besser als die der »Schulmedizin«. Nur eine sehr kleine Minderheit von insgesamt 7 % lehnt die Naturheilverfahren grundsätzlich ab und gibt der Schulmedizin uneingeschränkt den Vorzug. Dieselbe Studie stellt darüber hinaus fest, dass sich 90 % der Befragten für eine Zusammenarbeit zwischen Vertretern der sog. »alternativen Heilverfahren« und der »Schulmedizin« aussprechen und 89 % »alternative Heilverfahren« als sinnvolle Ergänzung betrachten.

Wer sucht mit welchen Indikationen die Naturheilpraxis auf?

Aus anderen bisher durchgeführten Studien (Ernst 1996, Hentschel et al. 1996, Schultheiß u. Schriever 1991, Schär et al. 1994) lassen sich hinsichtlich der sozialen Daten einige

weitere wesentliche Gemeinsamkeiten erkennen: Patienten haben vorwiegend chronische Erkrankungen und wahrscheinlich auch deswegen – im Vergleich zu Patienten die bislang Naturheilverfahren noch nicht in Anspruch genommen haben – häufig ein höheres Inanspruchnahmeverhalten gegenüber medizinischen und psychologischen Diensten. Sie besitzen aber im Gegensatz dazu ein relativ gutes Gesundheitsverhalten, haben ein geringeres Risikoprofil und gehören einem höheren Bildungsniveau an (Tab. 1.4-1).

Die Akzeptanz von Ärzten mit zusätzlicher Ausbildung in Naturheilverfahren ist in den Anwendungsbereichen von Migräne, Allergien, Depressionen und Hauterkrankungen zunächst deutlich höher als im Bereich von Tumorerkrankungen, AIDS, Herzinfarkt und Diabetes mellitus (Hentschel et al. 1996). In den letztgenannten Krankheiten wird dem Arzt mit schulmedizinischer Ausrichtung mehr Vertrauen entgegengebracht (Hentschel et al. 1996).

Weitere wichtige Indikationsgebiete für die Inanspruchnahme von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin sind Kopf- und Rückenschmerzen, Arthritiden und Angst- sowie Erschöpfungszustände. Krebserkrankungen werden vorwiegend additiv nachgefragt. »Biologische Krebstherapien« werden vermehrt durch Eigenbehandlung oder durch »verheimlichte« Therapeutenkontakte in Anspruch genommen. Hierfür sprechen die persönlichen Erfahrungen konventioneller Krebstherapeuten und von Beratern der Patienteninformationsstelle für Naturheilkunde in Berlin, nach denen Patienten im Bereich »Malignome bzw.

Tab. 1.4-1. Interessierte an Naturheilverfahren, Komplementärmedizin und Naturheilmittel (Melchart 1998).

- weibliches Geschlecht überrepräsentiert
- bevorzugt jüngere Familien und Menschen in der Lebensphase von 30 bis 40 Jahren
- Patienten mit chronischen Erkrankungen
- Patienten mit guten Gesundheitsverhalten
- Menschen mit höherem Bildungsniveau als der Bevölkerungsdurchschnitt

Neoplasien« den höchsten Beratungsbedarf aufweisen.

Das Interesse an sog. »biologischen Krebstherapien« ist auch international sehr hoch. So zeigt die Nachfragestatistik von 1996/97, die von der »Clearinghouse«-Stelle im National Institute of Health (NIH) der Vereinigten Staaten von Amerika erhoben wurde, dass 57 % aller Anrufer nähere Informationen über die Möglichkeit der Behandlung mit komplementären Heilverfahren bei Krebserkrankungen erhalten wollten (Jonas 1997).

Daten über Interesse und Inanspruchnahme einzelner Naturheilverfahren

Es gibt derzeit für Deutschland keine Daten zu Interesse und Inanspruchnahme **einzelner** Naturheilverfahren aus repräsentativen Bevölkerung- bzw. Patientenbefragungen.

Welche Naturheilverfahren von den Patienten bevorzugt nachgefragt werden, hängt wohl im Wesentlichen von den jeweiligen Vorerfahrungen der Patienten, der regionalen Verfügbarkeit der Methoden und von der aktuellen Kostenerstattung und Finanzierungsmöglichkeit des Einzelnen ab. Darüber hinaus wird die im konkreten Fall zu Grunde liegende Erfolgsaussicht und Erfolgseinschätzung zur Heilung einer definierten Erkrankung bzw. einer bestimmten Vorsorgesituation einen weiteren wichtigen Inanspruchnahmegrund darstellen.

In nicht wenigen Fällen dürfte auch das »Exotische« und »Magische« einer Akupunkturbehandlung z. B. ein Faktor für die steigende Inanspruchnahme fernöstlicher Verfahren sein. Ferner dürfte für viele Menschen die geheimnisvolle Teemischung aus pflanzlicher, mineralischer oder – »schlimmer noch« – tierischer Herkunft einer Traditionellen Chinesischen Medizin oder sogar der besonders bitter oder »scheußlich« schmeckende Dekokt eine motivierende »Mischung« darstellen, sich »fernöstlich« behandeln zu lassen.

Im Gegensatz hierzu bevorzugen andere Pati-

enten vielleicht gerade die klassischen Naturheilverfahren, da diese ihnen kulturell vertraut sind, durch volksnahe Plausibilität und Verständlichkeit leichter zugänglich sind und damit einen größeren Vertrauensvorsprung vermitteln können als Verfahren aus fremden Heilsystemen.

Eigene Erfahrungen und Werte sind mitbestimmend für die Auswahl des naturheilkundlichen Therapeuten

Die Güte und Interpretierbarkeit der meist in der naturheilkundlichen Versorgung durchgeführten Befragungen sind darüber hinaus abhängig von der Verständlichkeit der gestellten Fragen, dem jeweiligen Erhebungsrahmen (Art der Klinik, Praxis usw.) und vielem anderen mehr.

Auch eigene Befragungen im Rahmen eines Klinikverbundes für Naturheilverfahren bzw. Komplementärmedizin lassen vermuten, dass durch die hohe Selektion der befragten Patientengruppen das jeweils bevorzugte Verfahren seitens der Patienten gleichzeitig auch das der jeweiligen Versorgungseinrichtung bzw. des Behandlers darstellt.

Kurzum: Der Patient sucht seinen Behandler und der Behandler seinen Patienten.

Eigene Befragungen von Patienten im Klinikverbund »Münchener Modell« zeigen, dass die Gründe für eine Behandlung mit komplementär-medizinischen Therapien unter anderem aufgrund von Erfahrungen und Einstellungen der Patienten gegenüber der Schulmedizin mitbestimmt werden (Kindermann 1997).

Wesentliche Aspekte hierbei sind die Angst vor den Nebenwirkungen starker Medikamente, deren Einnahme sie damit vermeiden möchten, eine erfolglose Vorbehandlung durch die Schulmedizin und das Gefühl von den schulmedizinischen Ärzten oft nicht verstanden zu werden.

Diese Ergebnisse werden von den bisher durch-

geführten Untersuchungen von Avina und Schneidemann (1978), Helder mann (1982), Sutherland und Verhoef (1994) sowie Ernst (1996) bestätigt. Dennoch waren 60,2 % der befragten Patienten nicht der Meinung, dass sie sich grundsätzlich nicht mehr schulmedizinisch behandeln lassen möchten.

Was ist besser: Alternativ- oder Schulmedizin?

Bei der Frage »Was finden Sie aufgrund Ihrer eigenen Erfahrungen besser an der Alternativmedizin?« antworteten 75,3 % der Patienten der Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin, Kötzing, nach 2 Wochen des stationären Aufenthalts und 81,7 % bei Entlassung, dass dort ganzheitlicher behandelt wird. Außerdem wurde von über zwei Drittel der Patienten positiv bewertet, dass die Medikamente keine Nebenwirkungen haben und die Therapien auf langen Erfahrungen beruhen.

Am weitaus häufigsten wurde als »besser an der Schulmedizin« angegeben, dass dort Geräte mit hohem technischen Standard eingesetzt werden. Nur 2,7 % der Patienten finden an der Schulmedizin besser, dass man bei der Behandlung nicht aktiv mitarbeiten muss (Mitzdorf et al. 1999).

Wie groß ist das Interesse von Medizinern?

Approbierte Mediziner

Eine von Haltenhof et al. veröffentlichte Studie (1995) beschreibt die Ergebnisse einer Befragung sämtlicher Ärzte in Stadt und Landkreis Kassel: Beurteilung und Verbreitung komplementärer Heilverfahren in Klinik und Praxis (Zahl der angeschriebenen Ärzte: 1 275, Zahl der zurückgesandten und auswertbaren Fragebögen: 793). Mit 62,5 % befür-

worten nahezu zwei Drittel der Beantworter prinzipiell die Anwendung komplementärer Heilmethoden, 36,4 % lehnen dies ab und nur ein sehr geringer Teil (1,1 %) hat hierzu keine Meinung.

Vor allem die Phytotherapie wird von 51,9 % der niedergelassenen Ärzte angewandt und steht somit an erster Stelle der am häufigsten eingesetzten Heilmethoden, gefolgt von der Neuraltherapie und Homöopathie. Eine veränderte Reihenfolge zeigt sich bei der Frage nach den »gewünschten Anwendungen«, das heißt nach den Verfahren, die die Anwender noch nicht in der Praxis umgesetzt haben, aber gerne umsetzen möchten. Danach führen die Akupunktur, Chirotherapie und Homöopathie die Rangliste an (Tab. 1.4-2).

Unter den Anwendern stehen die Orthopäden, Dermatologen, Allgemeinmediziner, Nervenheilkundler, Gynäkologen und HNO-Ärzte im Vordergrund eines Fachgruppenvergleichs. Nur 17 % aller Anwender konnten eine entsprechende Zusatzbezeichnung aufweisen. Die prozentual niedrigste Akzeptanz und tatsächliche Anwendung von komplementären Verfahren zeigen – nach dieser Studie – die Vertreter der Fachgebiete Chirurgie und Urologie auf (Tab. 1.4-3).

Mediziner in Ausbildung

Vor dem Hintergrund dieser hohen Akzeptanz von Naturheilverfahren und Komplementärmedizin seitens der Ärzteschaft soll nun eine Studie von Andritzky (1995) aufzeigen, in welchen Umfang auch die zukünftige Ärztegeneration an diesem Thema Interesse zeigt. Die genannte Befragung wurde an 140 Medizinstudenten der Universität Düsseldorf vor der ärztlichen Vorprüfung mittels eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Die Studenten wurden danach befragt, welche Methoden ihnen bekannt sind, mit welchen sie bereits selbst Erfahrung haben und welche sie erlernen möchten. Es wurden insgesamt 123 verschiedene Heilweisen als bekannt benannt, im Durchschnitt 6 bis 7. Das größte

Tab. 1.4-2. Anwendungshäufigkeit komplementärer Heilmethoden durch 793 Ärzte (Haltenhof et al. 1995).

Komplementäre Heilmethoden	Tatsächliche Anwendung (%)	Gewünschte Anwendung (%)
Phytotherapie	51,9	12,9
Neuraltherapie	40,3	11,0
Homöopathie	39,7	18,7
Akupunktur	36,1	33,9
Chirotherapie	27,1	19,7
Aderlass	22,3	0,6
Eigenblutbehandlung	21,0	4,5
Spezialdiäten	16,5	6,8
Fußsohlenreflexmassage	8,1	7,4
Besprechungen	6,1	1,3
Ozontherapie	3,2	4,5
Zytoplasmatische Therapie	2,9	0,6
Trockenzelltherapie	2,3	0,6
Regenerationstherapie	1,9	2,9
Homotoxinbehandlung	1,6	1,0
Schröpfkuren	1,0	1,9

Tab. 1.4-3. Befürwortung und Anwendung komplementärer Heilmethoden durch 793 Ärzte (Haltenhof et al. 1995).

Komplementäre Heilmethoden	Befürwortung (%)	Anwendung (%)
Orthopädie	81,8	73,7
Arbeitsmedizin	80,0	—
Nervenheilkunde	77,5	36,6
Dermatologie	76,2	57,1
Allgemeinmedizin	70,6	56,7
Gynäkologie	64,6	47,9
HNO	64,0	44,0

Tab. 1.4-3. (Fortsetzung)

Komplementäre Heilmethoden	Befürwortung (%)	Anwendung (%)
Anästhesie	63,9	30,6
Innere Medizin	61,7	36,9
Augenheilkunde	60,5	25,6
Kinderheilkunde	55,0	30,0
Radiologie	52,0	4,0
Chirurgie	43,8	23,6
Urologie	26,7	13,3

Ausbildungsinteresse bestand an Akupunktur (55,7 %), Homöopathie (42,1 %), autogenem Training (24,9 %) und Reflexzonentherapien (11 %).

Wie sieht das Interesse und die Inanspruchnahme international aus?

Die Anwendung komplementärer Heilverfahren ist international im Aufwind. Diese Entwicklung ist jedoch von Land zu Land sehr unterschiedlich. Selbst im neuen Sozialraum Europa sind diese Länderunterschiede zum Teil erheblich. Die Übersichtsarbeit von Fisher und Ward (1994) zeigt, dass beispielsweise in Frankreich deutlich mehr komplementäre Heilverfahren in Anspruch genommen werden, wie dies in Holland oder Schweden der Fall zu sein scheint. Unter dem Vorbehalt einer zum Teil schwer beurteilbaren Datenqualität lässt sich z. B. sagen, dass in Frankreich und Belgien eine hohe Akzeptanz für Homöopathie besteht, wo hingegen in den Ländern Schweden und Großbritannien mehr die Chiropraktik und Osteopathie im Vordergrund der Beliebtheit stehen.

In den USA hat sich – ähnlich wie in den europäischen Ländern – die Situation in den letzten Jahren deutlich in Richtung höherer Akzeptanz von komplementär-medizinischen Verfahren verschoben. Beleg für diese Hypothese sind die repräsentativen Umfrageergebnisse (National Surveys) von Eisenberg et al. zwischen den Jahren 1990 und 1997. Hier zeigt sich eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme von 33,8 % aller Befragten im Jahre 1990 auf 42,1 % im Jahre 1997 in mindestens einem Verfahren von insgesamt 16 alternativen Heilverfahren, die bei der Befragung zur Beantwortung angeboten wurden. Eine erhebliche Steigerung der Inanspruchnahme findet sich in Entspannungstechniken, in der Phytotherapie, in Massagetechniken und in chiropraktischen Manipulationen. Die Therapeutenkontakte mit alternativen Behandlern stiegen von 427 Millionen im Jahre 1990 auf 629 Millionen im Jahre 1997 und übertrafen hier die Gesamtzahl der Arztkontakte im Niederlassungsbereich. Parallel hierzu steigerten sich auch im gleichen Zeitraum die Ausgaben von 14,6 Milliarden auf 21,2 Milliarden US-Dollar. Hiervon sind mindestens 12,2 Milliarden US-Dollar aus »der eigenen Tasche« bezahlt worden. Diese Zahl entspricht in etwa der Ausgabenhöhe, die die Amerikaner grundsätzlich im Jahre 1997 bereit waren, für alle stationären Auf-

enthalte aus »der eigenen Tasche« zu bezahlen.

Die Patienten suchten vorwiegend mit chronischen Erkrankungen die Hilfe von Alternativmedizinern auf. Indikationen wie chronische Rückenschmerzen, Angst- und Depressionen sowie Kopfschmerzen waren im Vordergrund der Nachfragewünsche.

Nach der Klärung von Begriffen und der Darstellung des Methodenspektrums, der Versorgungsrealität und Akzeptanz von Naturheilverfahren bzw. Komplementärmedizin, sowie der Analyse zu Motivation und Inanspruchnahme seitens der Patienten und Mediziner, wird sich das Kursbuch nun mit der Frage nach einer zentralen Rahmentheorie für die Naturheilverfahren befassen.

1.5 Prinzip der Selbstheilung als eine zentrale Rahmentheorie für Naturheilverfahren – ein Gesundheits- und Krankheitsmodell für die klassische Naturheilkunde

Dieter Melchart

Gesundheit und Krankheit sind Grundphänomene menschlicher Existenz und gehören neben Heilung und Tod zu den zentralen Konstrukten jeder Heilkunde.

Wie bereits bei der Frage nach der Definition von Naturheilverfahren erläutert wurde, genügt einer natürlichen Therapie nicht nur die Verwendung von natürlichen Stoffen, um etwa nur ein chemisches Präparat durch ein natürliches z. B. pflanzliches zu ersetzen, sondern es sollen auch die natürlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen angeregt und verbessert werden, die normalerweise Gesundheit garantieren. Es sind die Schutzfaktoren und Grundfunktionen des Lebens, die als komplizierte Multiparametersysteme mit vielfältigen sich selbst steuernden Regelkreisen Gesundheit erhalten. Dies geschieht einerseits autonom, andererseits bedarf es einer ständigen aktiven Mitgestaltung des Individuums als »Lebenskunst«. Wesentlich hierbei ist das Verhältnis zu sich selbst und zu seiner äußeren Natur. Diese Autoregulation zu stärken und eine Neubewertung der eigenen Rolle als Akteur in der Mitgestaltung der eigenen Gesundheit gezielt zu fördern, ist Gesundheitsförderung mit Naturheilverfahren.

Dieser Ansatz ist nicht neu, sondern entspricht bereits der hippokratischen Lehre von der »di-aita«, einer Lebensordnung, einer Gesundheitslehre, die nach Bedingungen und Deter-

minanten fragt, unter denen Gesundheit am besten zu erhalten ist (Klotter 1997).

Bevor die Frage nach Gesundheit weiter verfolgt wird, sollte bereits an dieser Stelle deutlich gemacht werden, dass es sehr schwierig ist, Gesundheit als Konstrukt umfassend beschreiben zu können. Die sicher komplexesten Anstrengungen den Begriff »Gesundheit« zu definieren, sind in jüngster Zeit bereits vonseiten der Sozialwissenschaftlern unternommen worden.

Dennoch wird hier der Versuch unternommen für die klassische Naturheilkunde eine eigene Rahmentheorie zu definieren, die ihrer Intention und ihrem idealtypischen Selbstverständnis am nächsten kommt. Ohne eigenständige Gesundheits- und Krankheitsmodelle werden die Naturheil**verfahren** nicht zu einer Naturheil**kunde** heranwachsen, die ihren ergänzenden Stellenwert erst noch gegenüber der naturwissenschaftlich fundierten Lehrmedizin gemeinsam zu definieren hat.

Hierbei ist ein pragmatischer Konsens darüber zu finden, welche Mittel als angemessen und notwendig für die Wiederherstellung, für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit von den Methodenvertretern selbst angesehen werden, und welches Ausmaß an Mit- und Selbstverantwortung dem Patienten bei der Krank-

heitsentstehung und Heilung zugeschrieben werden kann (Bengel et al. 1998).

Leben als Netzwerk hoch komplexer Funktionssysteme – Darstellung als Raummodell

Das bisher in der klinischen Medizin etablierte Modell von Gesundheit und Krankheit folgt dem linearen Konzept von Ursache und Wirkung. Gesundheit und Krankheit entspricht hiernach statistisch messbaren Normverteilungen von physiologischen Parametern und ihren analogen Abweichungen (Abb. 1.5-1).

Gesundheit ist in diesem Sinne bloße Abwesenheit von pathophysiologisch messbaren Parametern. **Krankheit** ist somit eine Abweichung als Plus- oder Minusvariante von Normverteilung, ein Zuviel oder Zuwenig von normierten Organfunktionen. Der Wert dieses Konzeptes ist nicht gering zu schätzen und ausgesprochen erfolgreich in der klinischen Akutversorgung, Infektiologie usw. einsetzbar. Für das neue Zeitalter der Informationstechnologie und Molekularbiologie genügen jedoch diese linearen Modelle nicht mehr.

Leben wird zunehmend als Teil eines komplexen dynamischen Netzwerks mit zeitlichen und örtlichen Variablen begriffen.

Obwohl viele theoretische Fächer der Medizin, wie die Endokrinologie, Physiologie und

Immunologie, ein wachsendes Wissen über die Komplexität des Lebens erwerben und für den Erkenntnisgewinn nutzen, ist die Interdisziplinarität dieser Fächer und insbesondere der praktische Einbezug dieses Wissens in die klinische Medizin mangelhaft. Erst allmählich werden biokybernetische Denkmodelle (Wiener 1948, v. Bertalanffy et al. 1972, Bayr 1982) und die Thermodynamik irreversibler Prozesse (Prigogine u. Stengers 1986) mit der Beschreibung offener Systeme in der Medizin zum allgemeinen Wissen. Mithilfe der modernen Systemwissenschaft (Vester 1980) sind nun synthetische Fragen nach komplexen Zusammenhängen möglich; die Synthese ihrerseits baut wieder auf Analyse auf. Im Bereich der Modelle und Theorien sind Beschreibungen in Flussdiagrammen, Regelkreisen, Schichtenmodellen und Netzwerkmodellen für die Darstellung derartiger komplexer Inhalte verfügbar. Immer mehr Eigenschaften von hoch komplexen Systemen werden erforscht.

Selbstorganisation

Eines der wichtigsten Prinzipien zum Verständnis für lebende Vorgänge und somit für Gesundheit und Krankheit ist das Prinzip der Selbstorganisation (Eigen 1971, Cramer 1988). Eigen belegte dieses Prinzip auf der Ebene von Molekülen durch die Theorie des Hyperzyklus als eine Beschreibungsmethode für evolutorische Prozesse in einem interaktiven Netzwerk. Es handelt sich um verzweigte, rückgekoppelte, nicht lineare Prozesse, die

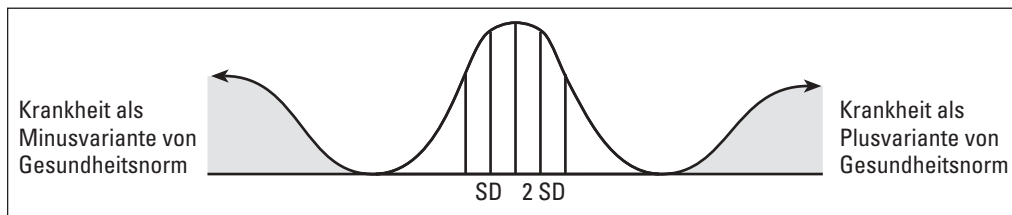


Abb. 1.5-1. Etabliertes lineares Konzept von Krankheit.

weit entfernt vom thermodynamischen Gleichgewicht ablaufen und dadurch eine hohe Selektivität und Spezifität erreichen (Cramer 1988). Beispiel dafür ist das kaskadenartige System der Blutgerinnung, dessen Grundprinzip in der Gegensätzlichkeit von Agonisten (Proteasen) und Antagonisten (Inhibitoren) bzw. von »Fördern« und »Hemmen« besteht. Selbstorganisation als Systemeigenschaft findet sich aber auch in den Regeln der Evolution, so z. B. in den Mendel-Gesetzen.

Mit der Einführung der Selbstorganisation als Grundeigenschaft von Systemen und Materie ist – nach Cramer (1988) – »jede Materie a priori ideenträchtig«. Hier wird ein wichtiger wissenschaftstheoretischer Aspekt des Teleologieproblems (Stegmüller 1983) und der Äquifinalität (v. Bertalanffy 1972) angeschnitten. Letzteres besagt, dass das Zusammenwirken hoch komplexer Wechselwirkungen in biologischen Systemen dem Ziel des Ganzen dient.

Der Erhalt der Homöostase ist Ausdruck einer vorgegebenen Ordnung, die ihrerseits ein evolutorisches Ziel verfolgt. Die Naturwissenschaft beschränkt sich hier mit guten Grund auf die Beschreibung der Selbstbestimmung und Selbstorganisation, ohne sie zu deuten.

Eine weitere wichtige Eigenschaft hoch komplexer lebender Systeme ist ihre Nichtlinearität. Solche Systeme haben Verzweigungspunkte oder Bifurkationen bzw. Fulgationspunkte, an denen in der Regel irreversible Entscheidungen gefällt werden. Hieraus ergibt sich, dass eine hohe Komplexität auch keine sichere Prognostizierbarkeit mehr zulässt.

Selbstbestimmung, Selbstorganisation, Selbsternennung, Irreversibilität und schwere Vorhersagbarkeit kennzeichnen komplexe Systeme des menschlichen Lebens und sind – nach Cramer (1988) – »Ausdruck eines im tiefsten Sinne natürlichen Lebens«!

Modellvorstellung von Gesundheit und Krankheit

Dieses neu erworbene Naturverständnis lebender Strukturen beeinflusst unser Verständnis für Physiologie, klinische Medizin, Individuum und Gesellschaft als Ganzes und für Gesundheit und Krankheit im Besonderen. Frühere Auffassungen von Gesundheit als etwas Konstantes und von Krankheit völlig Getrenntes ist heute nicht mehr naturwissenschaftlich haltbar. Nach dem klinischen Endokrinologen Hesch (1987) ist Leben »vor allem Übertragung von Informationssignalen und -energien an und durch biologische Strukturen, deren Organisation entlang der evolutionären Auseinandersetzung mit der Umwelt zu hierarchisch geordneten Funktionseinheiten geführt hat«. Hesch beschreibt Gesundheit und Krankheit als dynamische Prozesse in mehrdimensionalen Räumen, die durch mehrere Parameterebenen – physiologisches Verhalten, individuelle Reifungsvorgänge, genetische Ausstattung und biologisch-sozialer Raum – moduliert werden und einer individuellen Evolution unterliegen. Die individuelle Gesundheit und der Übergang zu Krankheit resultiert – nach diesem Modell – aus der »dynamischen Topographie des Individuums in den ihn umgebenden biologischen Räumen und der Beziehung zwischen individuellen Verhalten in der Auseinandersetzung mit dem Gesamtverhalten der Gesellschaft und der von ihr aufgebauten Kultur in diesen Räumen«.

1. Parameterebene

Krankheit bedeutet das Verlassen des Gesundheitsraumes und wird durch »Dysäquilibria an den Kreuzpunkten im Netzwerk komplexer dynamischer Systeme« verursacht. Die Wiederherstellung einer gestörten Regulation und das Wiederfinden eines Gleichgewichts führt das Individuum – wenngleich an anderer Stelle – wieder in den Gesundheitsraum zurück. Das Individuum nimmt eine dynamische Position in diesen Räumen ein. Es ist stets in den

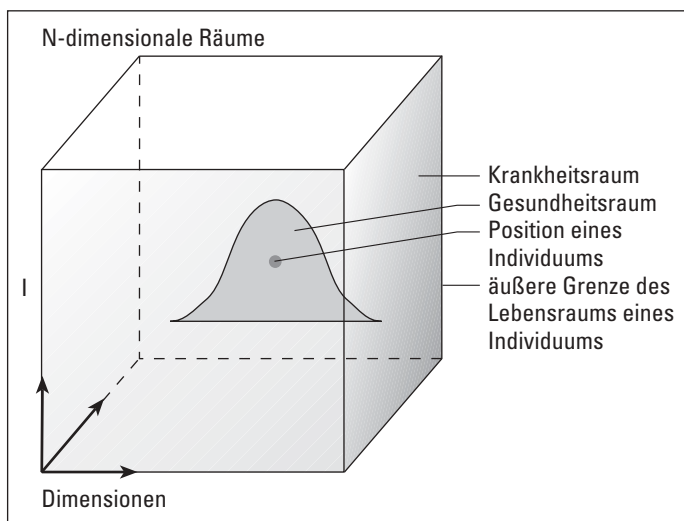


Abb. 1.5-2. I. Parameterebene des Gesundheits- und Krankheitsmodells (nach Hesch 1987).

Räumen zwischen Gesundheit und Krankheit unterwegs. In Abbildung 1.5-2 ist diese Modellvorstellung von Gesundheit und Krankheit grafisch dargestellt.

Hesch beschreibt mit seinem Modell den Lebensraum eines Individuums, der durch sein **physiologisches Verhalten** determiniert ist. Es sind vorwiegend neuroendokrine und immunologische Informationssysteme, mit deren Hilfe das Individuum mit der Umgebung kommuniziert. Moduliert wird dieses System von verschiedenen Regel- und Störeingängen die sich durch die Sinnesorgane (**Sinneserleben**), durch Energie-, Flüssigkeits-, Mediatorenaufnahme und Kontakt mit lebenden Organismen über den Gastrointestinaltrakt (**Ernährung**) sowie über das System der Aufnahme von Gasen und lebender Organismen über das Bronchialsystem ergeben (**Atmung**).

Reizmodalitäten

Um über Störungen und Belastungen auf den eigenen Lebensraum angemessen reagieren zu können, benötigt der Mensch nicht nur Informationen über seine Umwelt (Exterozeption), sondern auch über seine inneren Verhältnisse (Enterozeption, Propriozeption). An dieser Stelle muss das Modell – aus Sicht der klas-

sischen Naturheilkunde – deutlich vertieft werden. Die besondere Stellung der klassischen Naturheilverfahren in der Verwendung natürlicher Umweltfaktoren als therapeutische Reize verlangt für ein eigenes Gesundheits- und Krankheitsmodell gründliche Kenntnisse der unterschiedlichen Modalitäten und Qualitäten von Umweltreizen und von den beteiligten reaktiven Systemen. Die umfangreichsten wissenschaftlichen Grundlagen hierzu verdanken wir der Arbeitsgruppe um Hildebrandt (Marburg) in der Balneologie und medizinischen Klimatologie, die auch für die vorliegende Modelltheorie die wesentlichste Erkenntnisbasis darstellt.

Elementare **Lebensreize** aus der Umwelt sind Sinneseindrücke aus dem Auge und dem Ohr, der Geruchssinn, der Lagesinn, der Kraftsinn und die Hautreize wie Kitzel, Berührung, Vibration, Druck, Kälte und Wärme.

Abbildung 1.5-3 zeigt, dass einige Sinnesmodalitäten bevorzugt für die Wahrnehmung arbeiten, während andere überwiegend für motorische oder vegetative Regulationen zuständig sind (Amelung u. Hildebrandt 1985). Propriozeptive Informationen aus Muskeln, Sehnen, Gelenken und aus dem Innenohrlabyrinth werden nur selten wahrgenommen, sondern bevorzugt zu unbewussten reflektorischen Reaktionen verarbeitet.

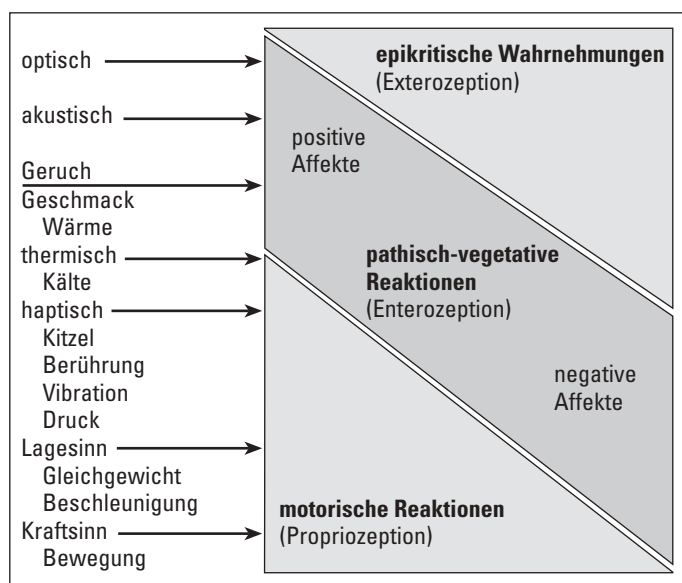


Abb. 1.5-3. Übersicht über Reizmodalitäten und ihre Beteiligung an der Exterozeption, Enterozeption und Propriozeption (nach Hildebrandt 1985a).

Es enthalten aber alle Sinnesmodalitäten einen unterschiedlich starken Anteil an affektiv-emotionalen Erlebnisqualitäten, die durch vegetative Mitreaktionen ausgelöst werden. Die in der klassischen Naturheilkunde häufig verwendeten therapeutischen Reize sind Heilwirkungen über die Haut und Schleimhäute. Damit werden überwiegend vegetative Reaktionen ausgelöst, die von pathisch-affektiven Erlebnissen begleitet sind und meist positives Allgemeinbefinden vermitteln können.

Segmentale Reflexbeziehungen

In Verbindung mit den motorischen Antworten überwiegen dabei negative Affektqualitäten (Spannung, Abwehr). Diese Verspannungen und Tonusveränderungen sind von hoher diagnostischer Wertigkeit innerhalb der Naturheilkunde und stellen gleichfalls Zielstrukturen für therapeutische Maßnahmen dar. In diesem Zusammenhang soll das Funktionsmodell des »segmental-regulatorischen Komplexes« nach Bergsmann (1982, 1988) Erwähnung finden. Es ist Teil der Sensomotorik und Propriozeption und ist für das Verständnis der in Erscheinung tretenden Reflexe und Reaktionen des Menschen nützlich.

Bergsmann definiert den Komplex als »das peripherste Schaltsystem, über das alle an ein spinale Segment angeschlossenen Formationen in funktioneller Beziehung stehen«.

Der funktionelle Aufbau des Komplexes umfasst das zugehörige und meist plurisegmental versorgte Bewegungssegment mit den anatomischen Teilsegmenten wie Diskus, Wirbelgelenk, Bandverbindungen, Bindegewebe, Muskulatur, Gefäß- und Lymphsystem und die dazugehörige neurophysiologische Verschaltung (Bewegungssegment nach Jung-hans). Somatosensorische Afferenzen von Haut und Bewegungsapparat sowie die gesamten Anordnungen des vegetativen Grenzstranges beschreiben wesentliche Anteile des horizontalen Regelkreissystems. Zur metamer-neuralen Organisation zählen auch viszerokutane Projektionen, viszeroviszerae Reflexe und viszerovertebrale Reflexmechanismen. Als vertikale Vernetzungsachse bezeichnet man die zentralnervösen Strukturen in den auf- und absteigenden Leitungsbahnen. Wesentliche Arbeiten zur wissenschaftlichen Aufklärung segmentaler Reflexbeziehungen haben Head (1898), Mackenzie (1917), Knotz

(1926, 1927) sowie Hansen und Schliack (1962) geschaffen.

Thermische, mechanische und Bewegungsreize sind nur ein Teil des Spektrums von Reizfaktoren, mit denen sich der Organismus natürlicherweise ständig auseinandersetzt und die er autoregulatorisch mit physiologischen Reaktionen beantwortet, um seine Homöostase und organismische Autonomie zu erhalten. Dafür stehen vielfältige autonome Regelsysteme für Stoffwechsel, Transport, Verteilung und Information im Organismus zur Verfügung.

Darstellung der Systemebenen nach dem Schichtenmodell

Die in Abbildung 1.5-3 (Reizmodalitäten) gezeigten Reaktionssysteme (motorische Reaktionen, vegetative Reaktionen, epikritische Wahrnehmung) können in einem von Heim (1987) entwickelten Schichtenmodell des Menschen grob vereinfacht eingeordnet werden (Abb. 1.5-4). Es entspricht in etwa der hierarchischen Organisation des autonomen Nervensystems und illustriert die vielfältigen Beziehungen zwischen der Innen- und Umwelt. Das Modell verdeutlicht, dass der modulierende Einfluss von natürlichen Umweltreizen

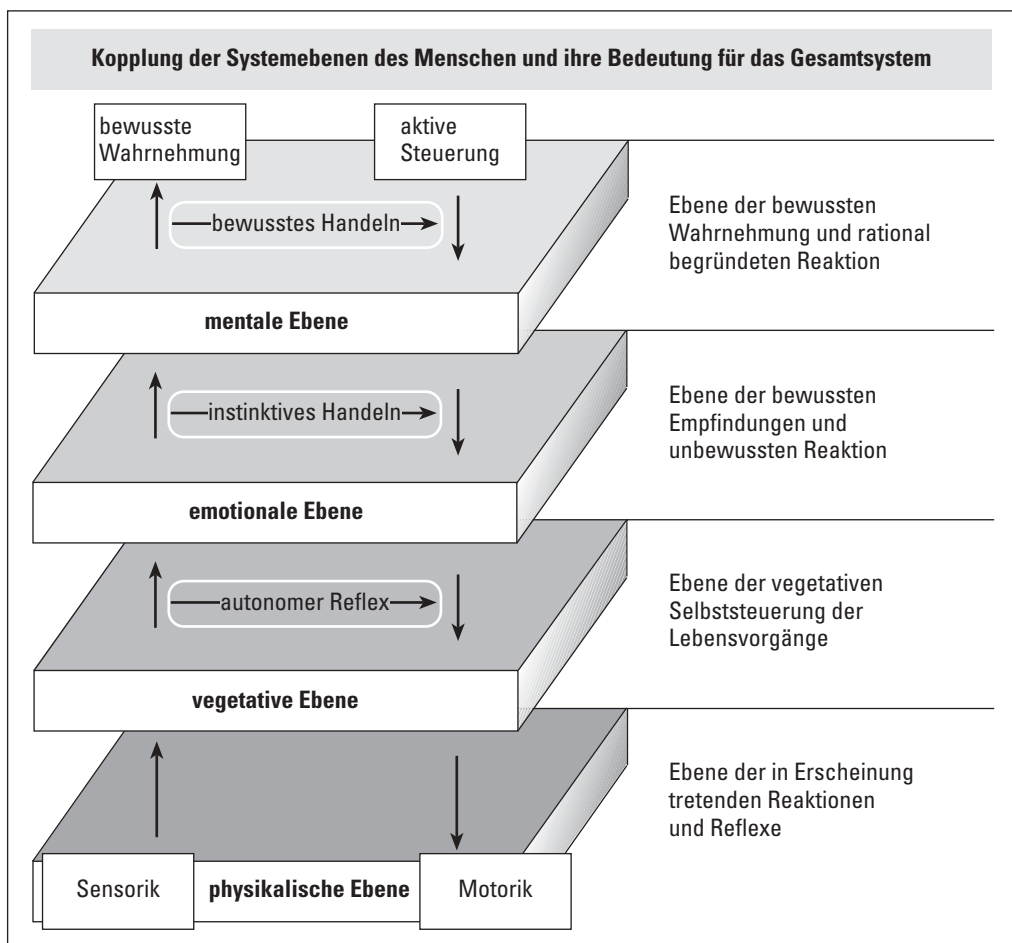


Abb. 1.5-4. Schichtenmodell zur Darstellung der Systemebenen des Menschen (nach Heim 1987).

zen von der Ebene der in Erscheinung tretenden Reaktionen und Reflexe über die Ebene der vegetativen Selbststeuerung der Lebensvorgänge, zur Ebene der bewussten Empfindungen und unbewussten Reaktionen bis hinauf zur Ebene der bewussten Wahrnehmung reichen kann. Auf der letztgenannten Ebene hat der Mensch auch die Möglichkeit, seine persönlichen Lebenszielentwürfe und seine Selbstgestaltung zu finden. Hier kann die natürliche Umwelt nicht auf physikalisch-chemische Gesichtspunkte begrenzt bleiben, sondern schließt bewusst psychosoziale und ökologische Umweltbeziehungen mit ein. Das System »Mensch« lebt in und von steter Auseinandersetzung und Wechselbeziehung. Das physiologische Verhalten des Menschen mit seinen zentralen Komponenten Ernährung, Atmung und Sinneserleben (Bewegen, Entspannen, Lust, Sexualität usw.) bestimmt somit wesentlich die Qualität und den Zustand von einer Vielzahl sog. »Grundfunktionen des Lebens« (Hess 1948, Hoff 1930 u. 1957) wie Herz-Kreislauf-System, Schlaf, Ausscheidungen über Darm und Haut usw.

Fehlende oder mangelhafte natürliche Umgebungsreize, zivilisationsbedingte ökologische Schadstoff- und Lärmbelastungen usw. können wichtige Anpassungsvorgänge schwächen und zu Regulationsstörungen und somit zu Krankheit führen.

In Modifikation zu Hesch, der auf der 1. Parameterebene noch keine eigene Veränderung der individuellen Position des Menschen im Gesundheitsraum formuliert, sieht die Naturheilkunde durch Verbesserung des physiologischen Verhaltens des Individuums in Form naturbewusster Lebensstilführung und durch therapeutischen Einsatz von Umweltfaktoren im Sinne von Übungs- und Trainingsreizen eine entscheidende Möglichkeit, eine Verbesserung der individuellen Gesundheit bzw. eine Rückkehr in den Gesundheitsraum durch Anregung regulatorischer Selbstordnungsleistungen zu bewirken. Adaptive Normalisierungen führen zu Ressourcentraining von Abwehrleistungen, allgemeiner Leistungssteigerung

und Verbesserung der bereits oben erwähnten neurovegetativen Basisfunktionen.

2. Parameterebene

Eine zweite Parameterebene die Hesch in seinem Modell beschreibt, moduliert wiederum die erste Parameterebene durch die individuellen Reifungsprozesse des Menschen in seiner ihn umgebenden Umwelt, sein mehr oder weniger erfolgreiches »Hineinwachsen in den biologischen Lebensraum und die dynamische Einbindung in das soziokulturelle Netz. Die genetische Ausstattung des Menschen ist direkt verknüpft mit diesen Reifungsvorgängen.« Neben dieser individuell-biografischen Steuerung ist die Entwicklungsrichtung ebenso evolutorisch mitgeprägt. Es bestehen hoch komplexe Verbindungen zwischen dem genetischen und dem apperzeptiven System des physiologischen Verhaltens. Die Grenzflächen der Räume zwischen Gesundheit und Krankheit sind hierbei nicht grundsätzlich voneinander getrennt, sondern können sich durchaus durchdringen.

Dieser individuelle Reifungs- und Erfahrungsweg enthält weitere wesentliche personale Entwicklungsschritte, die für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit von erheblicher Bedeutung sind.

Hier muss das Modell erneut über die Grenzen einer molekularbiologischen Sichtweise hinweg gehoben werden. Die 2. Parameterebene determiniert ein Menschenbild, das auf individuelle Weiterentwicklung und Eigenverantwortung gegründet ist. Hier werden biografisch die Denkweisen, Lebenseinstellungen, Konfliktstrategien und Problemlösungs- sowie Bewältigungskompetenzen, psychosoziale und emotionale Kompetenzen und der Umgang mit sich und der Natur angelegt. Diese personalen Fähigkeiten und Fertigkeiten sind für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit von entscheidender Bedeutung und ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für eine naturheilkundliche Ordnungstherapie.

Das Modell von Gesundheit und Krankheit und seine 2. Parameterebene kann erneut nur

fragmentarisch erläutern, welche Einflussgrößen auf die Position des Individuums im Gesundheitsraum möglich sind. Für die **Reifung personaler Faktoren** sind – neben den genetischen Dispositionen – die Beziehung zu Natur und Gesellschaft und die Entwicklung einer psychosozialen Kompetenz von besonderer Wichtigkeit. Die heutigen Lebensformen innerhalb unserer hoch technisierten Gesellschaft unterscheiden sich in eklatanter Form von den Lebensformen, die wir als Menschen in der vorindustriellen Gesellschaft hatten. Neben Reizüberflutung und Stress sind es Gefühle der Entfremdung oder »Entsinnlichung« (v. Uexküll et al. 1997), die Menschen in ihrer Gesundheit bedrohen. Die engen Verknüpfungen zwischen den Sinnesorganen und den Kommunikationsprozessen lassen verstehen, warum der zunehmende Verlust direkter körperlicher und sinnlich miterlebter Handlungen und Ereignisse zu Gefühlen der Entsinnlichung führen können. Die Gesellschaft bestimmt unser Leben mit immer mehr virtuellen Medien. Sie übernehmen für uns das Briefe schreiben und das Versenden per Computer-Mausclick, liefern Abenteuererlebnisse, Reiseeindrücke und Sexanimationen mittels Fernseh- und Filmangebot ins Haus und sie ermöglichen uns per Telefon miteinander zu kommunizieren, ohne uns sehen, riechen oder berühren zu können (oder zu müssen). Diese Feststellungen bedeuten keine Technikfeindlichkeit, keine naive Forderung nach romantischen Naturismus, sondern sollen nur verdeutlichen, dass zunehmender Naturverlust auch Einflüsse auf das Verhältnis von Mensch zu Natur und seine Entwicklung von Gesundheit und Krankheit zeigen wird.

Die Naturheilkunde sieht hier einen wichtigen Eigenauftrag in Form von Gesundheitsbildung und -förderung, dem Einzelnen und der Gemeinschaft ein nachhaltiges Denken und Handeln gegenüber der »äußeren« Natur zu vermitteln und das Verhältnis zur »inneren« Natur zu fördern.

Eine wichtige **Schlüsselkompetenz** des Menschen ist die psychosoziale Fähigkeit mitei-

nander zu kommunizieren, zu kooperieren, Hilfen zu geben und anzunehmen sowie sich ein eigenes soziales Netz aufbauen zu können. Ebenso mit den eigenen und den Stimmungen anderer erfolgreich umzugehen, und im Krankheitsfall über Bewältigungsmöglichkeiten im Sinne von einfachen Selbsthilfetechniken zu Stressabbau zu verfügen. Schließlich entwickelt der Mensch Kreativität, definiert seine Lebenszielorientierung und legt transzendente Grundbedürfnisse an.

Wenn wir nun zu unserem Modell zurückkommen, so wird das Ausmaß und der Umfang dieses Kompetenz- und Ressourcenpotenzials maßgeblichen Einfluss auf die eigene Position des Individuums im Gesundheits- und Krankheitsraum ausüben.

Die Möglichkeiten einer Lebenskunst zur Gesundheitsförderung sind jedoch immer in Abhängigkeit von den genetischen Bedingungen und der persönlichen Gewichtung und Bewertung des Einzelnen zu deuten. Darüber hinaus sind die gesellschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen des Einzelnen von entscheidendem Einfluss.

Es sind somit somatische, soziale, psychische und kognitive Lebensdimensionen, die das Verhalten des Menschen determinieren.

Die enge Vernetzung und Kommunikation der Lebensdimensionen bedingt eine Ganzheit, die die Naturheilkunde diagnostisch und therapeutisch respektiert und ihren Zweck darin sieht, dass sie den Menschen zu möglichst vollkommenen Reifungsprozessen in Richtung seiner individuellen Gesundheit anregt.

3. Parameterebene

Schließlich wenden wir uns der 3. Parameterebene des Hesch-Modells zu. Es handelt sich hier um eine dynamische Makroebene, in der sich die Räume für Gesundheit und Krankheit plastisch verformen können (Abb. 1.5-5).

Dies können Naturkatastrophen, Umweltschäden, Klimaveränderungen aber auch kultur- und gesellschaftsbedingte Lebensstilverände-

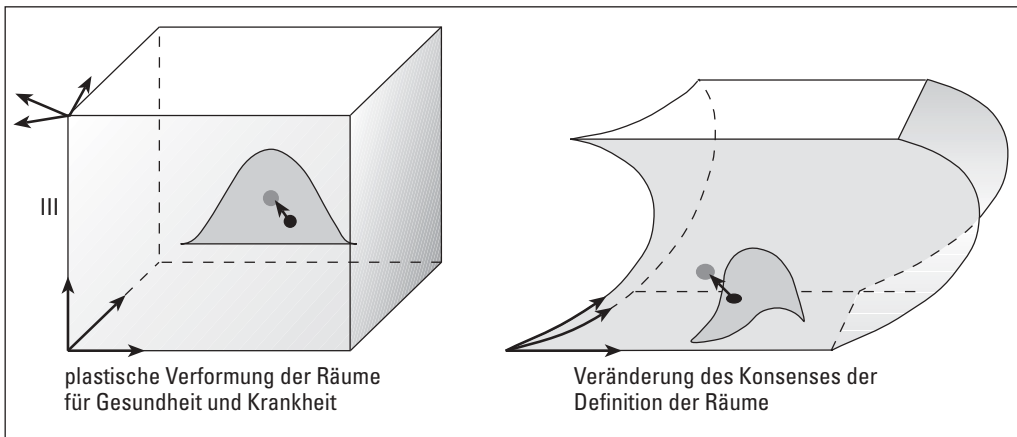


Abb. 1.5-5. III. Parameterebene des Gesundheits- und Krankheitsraumes (nach Hesch 1987).

rungen sein, die Einfluss auf den biologischen Raum der Menschen ausüben. Die größte Bedrohung geht wohl zukünftig von ökologischen Veränderungen der äußeren Natur aus, die infolge von Wassermangel, Klimaerwärmung und Umweltgiften die Grenzen des Lebensraums verändern. Hier stellt sich für die Naturheilkunde ein ökologischer Auftrag, der bei der Gestaltung und Zerstörung unserer natürlichen Lebensgrundlagen zu erfüllen ist und in Form von Prävention und Gesundheitsbildung in der Öffentlichkeit und am Einzelnen wirksam werden sollte. Krankheiten sind in diesem Sinne ein Aufbegehren gegen die Natur.

Handelt es sich aber lediglich um extreme klimatische Bedingungen wie Kälte und Hitze sowie entsprechende Höhenlagen, Fastenreize durch festen Nahrungsentzug usw., so sind dies Einflüsse, wie sie die Naturheilkunde als Reizmodalitäten bewusst einsetzt, um Selbstheilungskräfte anzuregen. Dies kann auch zu einem kurzfristigen Verlassen des Gesundheitsraumes, das heißt, zu einem Zustand von Krankheit führen, der die Selbstregulation des Körpers und der ganzen Person in Gang setzt und wieder das Individuum – an einer anderen Stelle des Gesundheitsraumes – in diesen zurückführt.

Grundfunktion des Lebens

Die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen zur Reagibilität, das heißt auf innere und äußere Reize mit Anpassung oder Abwehr zu reagieren, ist eine wichtige Eigenschaft autonomer Funktionen des Lebens. Autonome Funktionen ermöglichen die Selbstorganisation und Selbstregulation auf allen Ebenen des Schichtenmodells nach Heim (s. Abb. 1.5-4, S. 28) und gelten auch für das beschriebene Raummodell von Gesundheit und Krankheit.

Adaptation

Nur kontinuierliche oder wiederholt intermittierende Einwirkungen von Reizbelastungen können zu erhöhter Widerstandsfähigkeit gegenüber dem auslösenden Reiz führen und somit in der Regel eine Steigerung der Reaktionsökonomie und verbesserte Kompensationsleistungen des Menschen bewirken. Diese Anpassungsvorgänge werden allgemein als »Adaptation« bezeichnet (Hildebrandt 1985b). Adaptation ist eine Überlebens Eigenschaft lebender Organismen und wird – nach Eigen (1971) – durch andere Überlebensstrategien – wie die Fähigkeit zu Integration, zu Erreichung eines vorgegebenen Zieles sowie durch die Eigenschaft zu Strukturert – ergänzt.

Wichtig ist, dass die Funktionssysteme dabei vorübergehend ihr Gleichgewicht verlieren. Die Beanspruchungen können auf dem individuellen Adaptationsniveau nicht mehr ausreguliert werden und es müssen höher liegende Integrationsstufen autonomer Organisation zum Ausgleich herangezogen werden. Dies wird durch eine unspezifische Mitaktivierung des sympathikoadrenalen Systems erreicht, das überschüssende Reaktionen auslöst und bereits von Seyle (1946) und Cannon (1928) als Alarm- und Notfallreaktionen beschrieben wurde, die einem bestimmten Phasenmuster folgen, das von Seyle (1953, 1974) als »allgemeines Adaptationssyndrom«, von Hoff (1930, 1957) als »vegetative Gesamtumschaltung« und von Siedeck (1951, 1955) als »vegetativer Dreitakt« bezeichnet wurde.

Phasenmuster der Alarm- und Notfallreaktionen

Die erste, trophotrope Phase wird durch eine zweite, ergotrope Phase und schließlich durch eine dritte, erneute trophotrope Phase abgelöst. Jede afferente Erregung hat die Tendenz zu einer mehr oder weniger unspezifischen Mitaktivierung des sympathikoadrenalen Systems, das sich aus einem nervalen (Formatio reticularis) und einem hormonalen Anteil (Nebennierenrindenmark) zusammensetzt. Das Adrenalin führt zu einer Stoffwechselsteigerung, Blutumverteilung und Vigilanzzunahme. Diese ergotrop betonte Funktionsbeschleunigung stellt nicht nur den »Motor« vegetativer Reaktionen dar, sondern steigert auch Muskeltonus, Reflexerregbarkeit und psychische Äquivalente (Amelung u. Hildebrandt 1985).

Reize, die nach Intensität, Qualität und Dauer das gewöhnliche Maß überschreiten und geeignet sind, Adaptationen hervorzurufen, nennt man **Adaptogene**, ihre Produkte **Adaptate**. In der Stressforschung – die eine starke Ähnlichkeit zur Adaptationsphysiologie aufweist – werden diese Reize als **Stressoren** bezeichnet.

Der Zustand der Adaptation bedeutet eine qualitativ und quantitative Verbesserung der Leistungsfähigkeit der betroffenen Funktionssysteme.

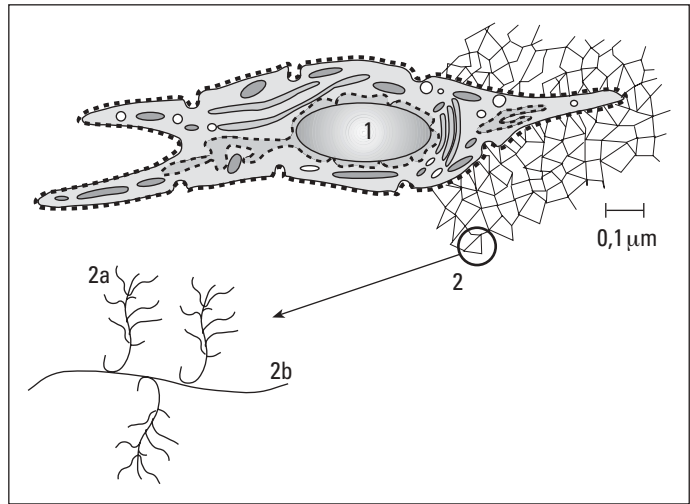
Formen der Adaptation

Es gibt eine **lokal-autonome Gewebsadaptation** von Basisfunktionen, die für den Erhalt des Zellstoffwechsels notwendig sind, zu denen der Sauerstoffhaushalt, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt, Fett- und Kohlenhydratstoffwechsel sowie der Wasserhaushalt zählen. Auf dieser Ebene gibt es auch enge Verbindungen zum sog. Grundregulationssystem, das seine anatomische Topographie im Interzellularraum einnimmt und phylogenetisch bereits vor dem Nerven- und Hormonsystem existierte.

Der zentrale Gedanke dieses hypothetischen Modells besteht darin, dass alle Zellen des lockeren weichen Bindegewebes, die Kapillaren und peripheren vegetativen Endformationen zu einer gemeinsamen Funktionseinheit verschaltet sind und als eine ubiquitäre Ordnungsstruktur im Zelle-Milieu-System entscheidende Funktionen in der Aufrechterhaltung oben genannter Basisfunktionen ausüben (Heine 1991).

Die »Grundsubstanz« oder »extrazelluläre Matrix«, bestehend aus einem Netzwerk von Proteoglykanen (PG) und Glucosaminoglykanen (GAG), durchzieht den gesamten Extrazellularraum und soll funktionell ein den Parenchymzellen vorgeschaltetes »Molekularsieb« und eine Transitstrecke zwischen Kapillare und Zelle bilden (Heine 1991). Damit soll die Entwicklung, Migration, Proliferation und die metabolische Funktion der meisten Zellen beeinflusst werden können. Das biochemische Grundgerüst der Proteoglykane wird von binären Zuckermolekülen gebildet, die ihrerseits büstenförmig an einem Proteinrückgrat gebunden sind (Abb. 1.5-6). Dieses Trägerprotein wird seinerseits wieder über ein Bindungsprotein an hochpolymere Hyaluronsäure gekoppelt. Hyaluronsäure und Proteoglykane

Abb. 1.5-6. Aufbau der Grundsubstanz (Heine 1986). Synthetisierender Fibrozyt (1); das netzförmige Proteoglykanmuster ist ausschnittshaft vergrößert (2), Prokoglykane (2a) sind in der Grundsubstanz an Hyaluronsäure (2b) gebunden.



sind negativ geladen, sodass die Grundsubstanz einen elektronegativen Grundtonus erhält. Dieser befähigt die Grundsubstanz zu Wasserbindung und Ionenaustausch von eingegengenen zweiwertigen Kationen.

Weitere Adaptationsformen sind in Tabelle 1.5-1 aufgelistet.

Eine wichtige Sonderstellung zwischen diesen Formen der Adaptation nimmt die **funktionelle Adaptation** ein. Die adaptive Normalisierung oder funktionelle Adaptation nimmt eine charakteristische Mittelstellung zwischen toleranzsteigernden und kapazitätssteigernden adaptiven Vorgängen ein. Die Norm einer Funktion ist somit sowohl durch ein normales Maß an Habituation als auch von normalem Gewebezustand bestimmt. Normen sind somit Ausdruck von Optima an Regulation und erhalten auch eine gewisse Stabilität, die den Charakter von Dauerhaftigkeit für Normgrößen überhaupt erst garantieren kann.

Funktionelle Normen sind nicht als statistische Häufigkeitsmaxima zu verstehen, sondern stellen funktionelle Optima dar (Hildebrandt 1985b). Normale Funktionen werden durch Ordnungsleistungen des Organismus im Sinne von Regulation, Koordination, Korrelation eingestellt, aufrechterhalten und wiederhergestellt. Verlust oder Schwäche dieser

Leistungen führt zum Verlassen des Gesundheitsraumes und zu anomalen Funktionsgrößen. Solche Normabweichungen können sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig darstellen und/oder qualitativer Natur sein.

Adaptate, das heißt die ausgelösten modifizierten Reaktionsformen, können funktioneller oder stofflich-morphologischer Natur sein.

Spezialformen von adaptiven Vorgängen sind z. B.:

- Gewöhnung
- Habituation
- Übung
- Training
- Abhärtung
- Resistenzsteigerung
- Akklimatisation

Der Vorgang der Adaptation erfasst auch genetische Vorgänge oder das Lernen.

Bilden sich die Adaptate z. B. durch Ermüdung, Erschöpfung bis hin zur Atrophie zurück, so wird dieser Vorgang als **Deadaptation** beschrieben. Treten Störungen der physiologischen Adaptation durch z. B. Überforderung auf, dann wird dies als **Dysadaptation** bezeichnet.

Tab. 1.5-1. Adaptationsformen und ihre funktionelle Bedeutung (nach Hildebrandt 1985b).

Adaptationsmodus	Funktionelle Bedeutung
Kortikal-autonome Adaptation	Lernen, Begriffsbildung Herstellung technischer Hilfsmittel (Werkzeugadaptation)
Plastische Adaptation	Bildung und Wachstum spezifischer Leistungs- und Schutzgewebe (z. B. Pelzwachstum der Tiere, braunes Fettgewebe, Steigerung der Erythropoese, Lichtschwielenbildung der Haut)
Trophische Adaptation	Steigerung von Energiereserven, Versorgungs- und Sekretionskapazität (z. B. Glykogendepots, Muskelhypertrophie, Vaskularisation)
Funktionelle Adaptation	Ökonomisierung, Steigerung von Regelgüte und zeitlicher Koordination, Normalisierung (z. B. sog. Abhärtung, Umweltsynchronisation, Spreizung des Regelbereichs)
Habituation	Dämpfung des Formatio reticularis, Sollwertverstellungen (z. B. Habituation der Cold-Pressure-Reaktion, Reduzierung der Kreislauf- und Atmungsantriebe bei Körperarbeit und psychischer Belastung)
Nervale Hemmung	Einschränkung des afferenten Erregungseinstroms, Hemmung der spinalen Irradiation (z. B. laterale Hemmung, Kontrastbildung, prä- und postsynaptische Hemmungen, Rezeptoradaptation)
Lokal-autonome Gewebsadaptation	Steigerung der Gewebstoleranz, zelluläre Adaptationen, periphere Schutzmechanismen (z. B. Senkung der kritischen O ₂ -Schwelle, Myoglobineinlagerung)

Der Adaptationsvorgang soll sicherstellen, dass bei wiederholter Reizbelastung eine Bewältigung wieder auf den unteren Integrationssebenen möglich, das heißt keine erneute Adaptation (und somit keine sympathikoadrenerge Mitreaktion) erforderlich wird. Dies kann durch einen phasisch-periodischen Verlauf der Reaktion erreicht werden, der einerseits schnell verfügbare toleranzsteigernde Mechanismen zum Einsatz bringt, andererseits auch kapazitätssteigernde Vorgänge auslöst.

Beispiele für **toleranzsteigernde Adaptationen**, die auch als Gewöhnung (Habituation) bezeichnet werden (Glaser 1968), sind:

- Rezeptoradaptation
- nervale Hemmung
- unspezifische Resistenzsteigerung

- Konditionierung (Copingprozesse, s. auch S. 36)

Die toleranzsteigernden Adaptationen stehen innerhalb von Minuten zur Verfügung, sind aber nur beständig, wenn die auslösenden Reize ständig fortgeführt werden. Intermittierende Reize sind in diesem Zusammenhang effektiver als kontinuierliche.

Kapazitätssteigernde Adaptationen sind:

- Stoffwechseländerungen
- Änderungen im Energiehaushalt
- Wachstumsprozesse
- Ausbildung von spezifischen Isolier- und Schutzgeweben

Am besten bekannt sind die **Muskelhyperplasie** bzw. **-hypertrophie** beim isometrischen

Muskeltraining (Gutenbrunner 1990). Die Adaptate sind nicht stabil, sondern unterliegen einer spontanen Rückbildungstendenz, wenn sie nicht durch Norm überschreitende Beanspruchung belastet werden. Der Zeitbedarf ist für kapazitätssteigernde Anpassungen höher. Die zwei Grundtypen von Adaptationen, die einerseits eine Einschränkung von Erregung und Reizunterdrückung, andererseits eine Steigerung von stofflich-organischen Leistungen veranlassen, werden bei der toleranzsteigernden Adaptation überwiegend nerval, bei der kapazitätssteigernden hormonal induziert. Adaptive Modifikationen und deren reaktive Periodik finden sich in allen zeitlichen Größenordnungen und auf allen Ebenen der vegetativ-autonomen Regulation.

Grundrhythmus des Lebens

Für die adaptive Normalisierung sind – nach Hildebrandt – vor allem **zirkaseptan-periodisch** gegliederte Reaktionen wichtig. Dabei ergibt sich, dass während der ersten Halbwelle einer ca. 7-tägigen Reaktionsperiode ein An-

stieg der toleranzsteigernden Parameter bei gleichzeitigem Rückgang der kapazitätsabhängigen Kompensationsleistungen erfolgt. In dieser Zeit nimmt die Trophotropie zu und wirkt als Refraktärphase für die Vorbereitung einer kapazitätssteigernden Kompensationsleistung in der folgenden zweiten Halbwelle, der Ergophase. In dieser Phase gehen die Hemmungsmechanismen zurück und weichen einer allgemeinen Aktivierung, die autonom geschützte Reserven aufschließt.

Der Wechsel von der Trophotropie zur Ergophase und umgekehrt entspricht dem reziprok alternierenden Grundrhythmus des Lebens.

Die zunehmende Kapazität und Effektivität Reize wieder erfolgreich kompensieren zu können, führt dabei zu einer zunehmenden Dämpfung der Amplituden des Reaktionsprozesses, wie dies Hildebrandt in Abbildung 1.5-7 zeigt.

Die jeweils ergotropen Phasen mit ihrer sympathikotonen Auslenkung sind durch ein Überschreiten der normalen, individuellen

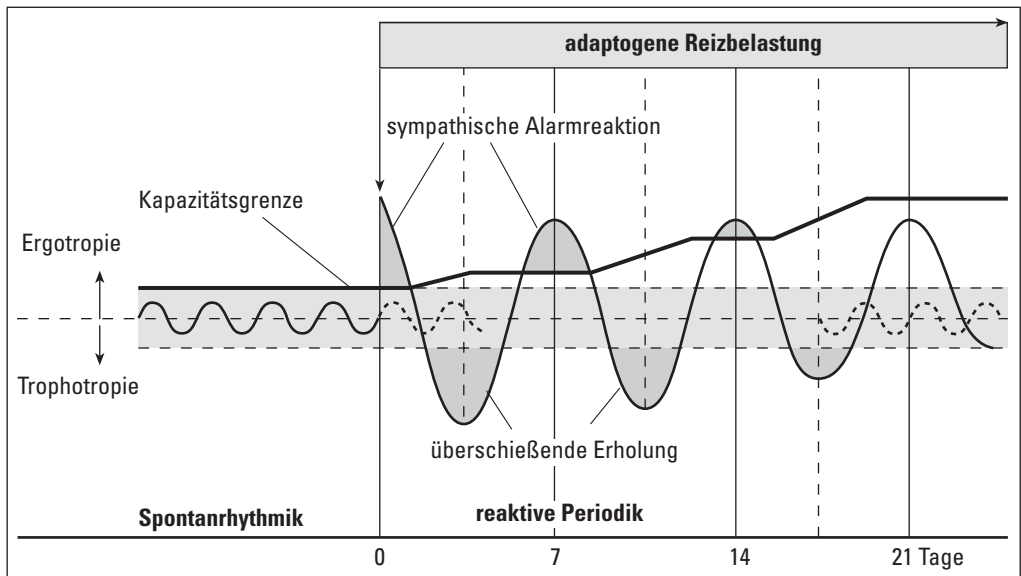


Abb. 1.5-7. Schematische Darstellung der Auslösung reaktiver Periodik durch adaptogene Reizleistung (nach Hildebrandt 1985a).

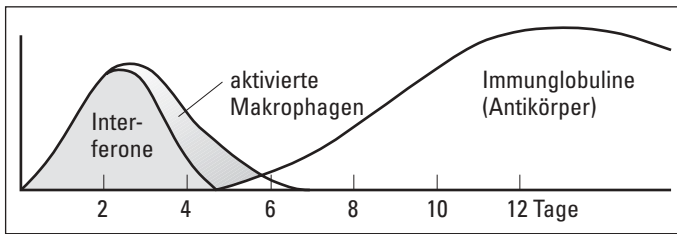


Abb. 1.5-8. Zeitliche Abfolge der Immunantwort (Bergmann 1992).

Kompensationskapazität des vegetativen Systems gekennzeichnet. In der trophotropen Phase wird die eigentliche Normalisierung durch Anhebung der Kapazitätsgrenze vorbereitet. Am Beispiel der Immunabwehrreaktion soll dieser wichtige Vorgang kurz erläutert werden.

- Produkte der **unspezifischen** Immunabwehr entsprechen den toleranzsteigernden Adaptaten. Hierzu zählen polymorphkernige neutrophile Granulozyten, Makrophagen, Mediatoren wie das Interferon, Interleukin und andere. Sie sind aufgrund ihrer Unspezifität die erste Abwehrfront im Immunsystem und stehen zeitlich sofort für den »Kampf«-Einsatz zur Verfügung.
- Die **spezifische** Immunität entspricht dagegen den kapazitätssteigernden Adaptaten. Antikörper und spezifische Immunglobuline werden im Sinne einer zeitlichen Gliederung erst nach der unspezifischen Resistenzsteigerung produziert und lösen diese zunehmend ab.

Der Aufbau verschiedener fraktioneller Einzelfaktoren im Ablauf der unspezifischen und spezifischen Immunabwehr entspricht einem mehrstufigen Ordnungssystem. Die Aufklärung des zeitlichen Ablaufs der Immunantwort (Abb. 1.5-8) ist für das Verständnis von Infektionsverläufen oder anderen immunologischen Vorgängen wesentlich.

Adaptationen auch auf höheren kortikalen Organisationsebenen

Wenn wir uns erneut das Schichtenmodell von Heim in Erinnerung rufen (Abb. 1.5-4,

S. 28), so gibt es neben der vegetativen Organisation eine sensomotorische Reflexebene und weitere hoch komplexe Ebenen der bewussten Wahrnehmung sowie die Integration psychischer Einflüsse und personaler Zielsetzungen, die eine wichtige Rolle in der Entstehung menschlicher Reaktionsmuster spielen. Bewusste Wahrnehmung und Empfindung führt zu rational begründeten und unbewussten Reaktionen. Eine hierbei wichtige Fähigkeit des Menschen ist es, mit Belastungssituationen umzugehen. Aspekte dieser kortikalen Adaptationsvorgänge sind sog. Coping- und Abwehrstrategien, die Beutel (1988) als »unbewusste, kognitiv-erfahrungsbezogene Prozesse unterschiedlicher Komplexität« beschreibt. Sie umfassen Abwehrfunktionen wie die Vermeidung negativer Selbstbewertung, äußerer Bedrohung oder Abwehr bedrohlicher Triebregungen.

Beispiele für Copingfunktionen sind z. B.:

- Ablenkung
- psychische Entspannung
- Selbstinstruktion
- Neubewertung
- Aufmerksamkeitszuwendung
- Ausdruck von Gefühlen

Wie bereits beschrieben wurde, besteht ein enger Austausch und eine hoch komplexe Vernetzung unter den verschiedenen Integrations-ebenen. Netzwerke, die sich aus Psyche, Zentralnervensystem, Endokrinium und Immunsystem zusammensetzen, stellen somit ein Ansatzpunkt für die komplexe Systemforschung dar.

Praktische Erfahrungen – wie das Beobachten des eigenen Atemrhythmus und die bewusste Herbeiführung der Entspannungsreaktion –

gehören zu den wichtigsten und zugleich einfachsten Techniken in der Geist-Körper-Arbeit. Die Stimulierung körperbezogener Eigenwahrnehmung und die Anregung der bildhaften Vorstellungskraft helfen, dem Menschen seine Aufmerksamkeit zu verändern. Er vermindert die häufig bestehende Diskrepanz zwischen dem »Ich« und seinem meist als Objekt empfundenen Körper. Die aus solchem Körpererleben und neuem Wissen über sich selbst gewonnenen Erfahrungen können dazu genutzt werden, Störungen als persönliche Signale zu akzeptieren und zu verstehen. Dies kann zu einem verstärkten Körper- und Gesundheitsbewusstsein und zu einem Mehr an Selbststeuerung und -korrektur führen. Durch das Training von Bewältigungsfertigkeiten, das vor (proaktive Bewältigung) oder nach einem Ereignis (retroaktive Bewältigung) stattfinden kann, soll mittels vorwiegend kognitiver Therapiemaßnahmen »die Kompetenz des Klienten im Umgang mit belastenden Situationen« (Beutel 1988) erhöht werden.

Konzepte der Stressresistenz

Wichtige Konzepte der Stressresistenz wurden in den vergangenen Jahrzehnten von verschiedenen Forschern entwickelt. Deren Kenntnis ist für das Verständnis kortikaler Adaptationsvorgänge und natürlicher Abwehrvorgänge für eine naturheilkundliche Ordnungstherapie besonders wichtig.

Diese Konzepte enthalten **personale Protektivfaktoren**, die als vorwiegend kortikale Adaptate wichtige Salutoplastiken (Gesundheitsformen) darstellen. Es handelt sich hierbei um verwandte Konstrukte, da sie wesentliche Merkmale von Bewertungsstrategien des transaktionalen Stressmodells (Lazarus 1966, Lazarus u. Folkman 1987) beinhalten und dadurch erst zu Anpassungsleistungen befähigen.

- Die **erste** Bewertungsebene bezieht sich auf die Merkmale der Situation, mit der sich ein Mensch konfrontiert sieht. Er kann diese als Herausforderung, Bedrohung oder als

für ihn persönlich unbedeutend einschätzen und erleben.

- Die **zweite** Bewertungsebene prüft, inwieweit der betroffene Mensch dieser Situation mit eigenen persönlichen und sozialen Ressourcen »gewachsen« ist. Kurzum: Kann er die Situation alleine bewältigen oder benötigt er zusätzliche Hilfe anderer? (Wallston u. Wallston 1978)

Konzept von Antonovsky

Eine hohe Popularität hat in diesem Zusammenhang das Konzept von Antonovsky (1979) erlangt. Der Sozialmediziner hat an ehemaligen jüdischen KZ-Frauen untersucht, warum manche Frauen dieses erlebte Martyrium deutlich besser überstanden haben als andere. Was erhielt diese Frauen gesund?

Er beschrieb ein sog. **Kohärenzgefühl**, das aus drei wesentlichen Komponenten besteht:

- Überschaubarkeit
- Handhabbarkeit
- Sinnhaftigkeit

■ **Überschaubarkeit** bedeutet, dass die Welt als geordnet und vorhersehbar erlebt wird und eine Orientierung besteht.

■ **Handhabbarkeit:** »Handhabbar« bedeutet für Antonovsky das, was für Rotter (1966 u. 1972) internale oder externale Kontrollüberzeugung bedeutet hat. Es ist die Überzeugung und das Selbstvertrauen des Einzelnen, selbst Einfluss auf Ereignisse zu haben oder dass andere diese Macht besitzen, es für ihn schon zu richten.

■ **Sinnhaftigkeit:** Sinn im Leben sehen, den Energieaufwand für die Bewältigung und Anpassung als lohnend betrachten.

Widerstandskraft, Selbstwirksamkeit und Empowerment

Das Konstrukt »Widerstandskraft« nach Kobasa (1979) und Kobasa et al. (1982) besteht aus den Komponenten:

Tab. 1.5-2. Konzepte der Stressresistenz.

Konzepte	Literaturstelle
Kontrollüberzeugung (»locus of control«)	Rotter 1966
Selbstwirksamkeit (»self efficacy«)	Bandura 1977
Widerstandsfähigkeit (»hardiness«)	Kobasa 1979
Kohärenzgefühl (»sense of coherence«)	Antonovsky 1979
Dispositioneller Optimismus	Scheier u. Karver 1987
Widerstandsfähigkeit (»physiological toughness«)	Dienstbier 1989

- Überzeugung, Ereignisse kontrollieren zu können
- Ereignisse als Herausforderung zu begreifen
- Fähigkeit, sich als Teil des Lebens zu begreifen

Bandura (1977 u. 1982) Konstrukt der »Selbstwirksamkeit« zeigt eine vergleichbare Konzeption, die auf eine Stärkung und Erweiterung autonomer Kräfte des Menschen zu gesundheitsförderlichen und sinnerfüllten Handeln im Alltag zielt. Dies entspricht auch dem Konzept des »Empowerment« (Rappaport 1985, Herriger 1991), das die »Selbstverfügungskräfte« und die Selbstbestimmung der Menschen stärken möchte.

Tabelle 1.5-2 gibt eine kurze Übersicht über Stressmodelle.

Entscheidender Ansatz für eine Ordnungstherapie der klassischen Naturheilkunde sind somit Anstöße zur selbstständigen Erkenntnisar-

beit sowie zu Themen der persönlichen Lebenszielentwürfe und Sinnfragen des Lebens. Ein ebenso gleichwertiges Ziel ist es, dem Patienten in kleinen Schritten wieder Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Beeinflussung seines psychophysiologischen Verhaltens, seines Schmerzes oder Konflikts zu vermitteln.

Phasenmodelle zur Krisenbewältigung

Die Bewältigungsreaktionen von Krisen und belastenden Lebensereignissen erfolgen in Phasenmodellen, die auf Seite 32 bereits als 3-Phasen-Modelle beschrieben wurden. In Tabelle 1.5-3 sind verschiedene Phasenmodelle zur Krisenbewältigung (nach Beutel) aufgeführt. Hier zeigt sich eine initiale trophotrope Erstreaktion mit anschließender Widerstandsphase und zunehmender Dämpfung der Reaktion.

Tab. 1.5-3. Phasenmodelle zur Verarbeitung von Krisen und belastenden Lebensereignissen (nach Beutel 1988).

Kübler-Ross 1980	Klinger 1975	Falek u. Britton 1974	Shontz 1975	Horowitz 1983
Terminale Krankheit	Verhinderung der Zielerrei- chung	Leugnung	Einschätzung Krisensituation	Trauma

Tab. 1.5-3. (Fortsetzung)

Kübler-Ross 1980	Klinger 1975	Falek u. Britton 1974	Shontz 1975	Horowitz 1983
Nicht-Wahr- haben-Wollen	verstärktes Engagement	Angst	Schock, Isolierung	Verleugnung »Aufschrei«
Zorn	Aggression, Verhaltensorgan- isation	Ärger/ Feindseligkeit/ Bitterkeit	Konfrontation, überwältigt sein	Beeinträchtigung (»intrusiveness«)
»Feilschen«	Depression			
Depression	Disengagement	Depression	Rückzug	Durcharbeiten
Zustimmung/ Versöhnung	Neuorientierung	Äquilibration		Auflösung

Anpassung erfolgt aber auch an die Bedingungen einer Gesellschaft. Interpersonale Beziehungen zu Partner, Familie und am Arbeitsplatz sind wichtige Felder der sozialen Bewältigung. Institutionelle Formen der Anpassungsstrategien wie Selbsthilfegruppen und andere soziale Dienste werden durch die zunehmende Überalterung unserer Zivilisationsgesellschaften und soziale Isolierung vieler Menschen immer wichtiger.

Reiz-Reaktions-Prinzip

Der Prozess der Adaptatbildung wird entscheidend von den Eigenschaften der auslösenden Reize mitbestimmt. Reizmodalität, -intensität, -dauer und -applikation in Form, Zeitpunkt und Topographie sind maßgebliche Determinanten, welche Reaktionsantwort erfolgen wird.

- **Schwache Reize**, an die der Organismus adaptiert ist und die das individuelle Adaptationsniveau nicht überschreiten, werden ohne Auslenkung der Funktion kompensiert. Bei längerer Reizdauer können aber selbst schwächste Reize auch in höhere Integrationsstufen des autonomen Nervensystems vordringen. Das Modell der permanenten Reizeinwirkung ist für das Ver-

ständnis sog. »chronischer Irritationen« (auch früher als Herd bezeichnet) wesentlich.

- **Starke Reize** wirken adaptogen, wenn sie die individuelle Kompensationskapazität überschreiten.
- **Stärkste Reize** können hemmen und Adaptationskrankheiten einleiten.

Diese Zusammenhänge wurden bereits empirisch von Arndt und Schulz (1953) in der gleichnamigen Regel modifiziert beschrieben.

Gleichmäßig anhaltende Reizbelastungen führen zu kapazitätssteigernden Adaptaten. Die Frage nach dem therapeutischen Reizintervall ist bisher wissenschaftlich nicht hinreichend bearbeitet worden. Welcher Reizzeitpunkt der Richtige ist, kann bislang meist nur empirisch (z. B. Organuhr der chinesischen Medizin) und selten wissenschaftlich durch chronopharmakologische und -physiologische Untersuchungen begründet werden. Ihre ausreichende Beantwortung ist jedoch Grundlage für eine rationale Therapie aller am Reiz-Reaktions-Prinzip orientierten Verfahren.

Das Problem der Ansprechbarkeit oder Nichtansprechbarkeit auf diagnostisch-the-

rapeutische Maßnahmen ist unter dem Begriff »Responder-, Non-Responder- bzw. Worse-Responder-Problematik« bekannt.

Neben den reizbezogenen Determinanten spielt der Zustand des Organismus, der zur Reaktion gebracht werden soll, das heißt seine Reaktionsbereitschaft und Reaktionsfähigkeit, eine entscheidende Rolle. Bereits Arndt weist darauf hin, dass bei unterschiedlichen Ausgangslangen derselbe Reiz entgegengesetzte Wirkungen zur Folge haben könnte. Dieses Problem des wechselnden Ausgangszustandes eines Organismus oder einer Funktion macht Wilder (1967) zum Gegenstand seiner Untersuchung und setzt das sog. Ausgangswertgesetz ein. Auch Kötschau (1956) berücksichtigt diese Ausgangswertabhängigkeit bei seiner **»Wirkungstypenregel«**.

Die organismische Reaktion wird auch von der konstitutionellen Reaktionsdynamik des Individuums bestimmt. In diesem Sinne können sog. Konstitutionstypen auch als Adaptations- oder Reaktionstypen verstanden werden. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Physiognomie und Konstitutionslehren für die Einschätzung einer Reaktionsprognostik einen höheren Stellenwert haben als beim Einsatz pathogenetisch orientierter Forte-Präparate. Eine besonders schwierige Situation besteht jedoch darin, dass eine Vielzahl konstitutioneller Sichtweisen existieren und diese häufig

nur in wenigen Dimensionen – wie z. B. in »Kälte und Wärme, Fülle und Leere« – Übereinstimmungen zeigen. Der Stellenwert dieser Konstitutionslehren ist hinsichtlich einer gemeinsamen naturheilkundlichen Anthropologie und ihrer klinischen Relevanz umstritten (s. hierzu auch Kap. 3.1, S. 537 ff.).

Weitere Faktoren, die Richtung und Qualität der Reaktionsdynamik einer Erkrankung entscheidend mitbestimmen können, sind:

- aktuelle vegetative Reaktionslage
- verschiedene Persönlichkeitsfaktoren
- Geschlecht und Alter eines Menschen

Die vegetative Reaktionstendenz ist somit häufig mit bestimmten Persönlichkeitsdimensionen (Intraversion, Extraversion) verbunden.

Die pragmatische Berücksichtigung all dieser Determinanten des Reiz-Reaktions-Prinzips kann in der medizinischen Praxis oft über den klinischen Erfolg einer diagnostisch-therapeutischen Maßnahme entscheiden. Eine zusammenfassende Übersicht zeigt Tabelle 1.5-4.

Bedeutung für Gesundheit, Krankheit und Heilung

Welche Bedeutung haben nun diese Ausführungen für unser Gesundheits-, Krankheits- und Therapiemodell?

Tab. 1.5-4. Determinanten des Reiz-Reaktions-Prinzips (RRP).

Reiz	Reaktion
● Reizqualität/-modalität (taktil, thermisch, arzneilich) ● Reizintensität (Größe, Reizfläche) ● Reiztopographie (Ort, Verteilung) ● Reizdauer (permanenter Reiz usw.) ● Reizintervall (Reizfolge) ● Reizzeitpunkt (Tageszeit)	● Reaktionsausgangslage ● Reaktionstyp: – konstitutionelle Merkmale – genetische Merkmale – Persönlichkeitsfaktor – Lebenszeit (Alter) – Geschlecht ● Reaktionsstruktur ● Reaktionsebene

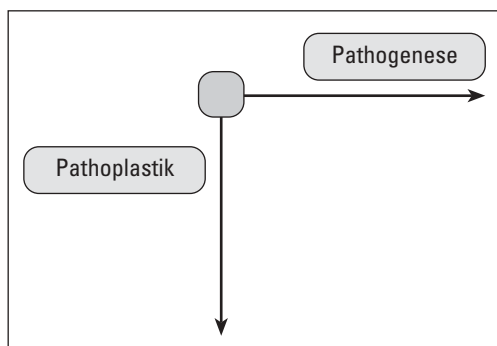


Abb. 1.5-9. Pathogenetisches Denkmodell.

Das wachsende Wissen über die Komplexität des Lebens und seine Fähigkeit zur Selbstorganisation und Selbstregulation ist nur in Ansätzen in die krankheitsorientierte Sichtweise unserer praktizierenden Medizin integriert. Ihr ist aus diesem Grund eine auf Gesunderhaltung gerichtete Heiltheorie gegenüberzustellen. Es fehlt uns bislang eine eigenständige Gesundheitslehre. Diese forderte bereits der Hygieniker Kötschau im Jahre 1956 in seinem Buch »Wandlungen in der Medizin«. Darüber hinaus beklagte er das Fehlen einer selbstständigen Ordnungslehre. Gesundheit wird häufig noch immer mit Abwesenheit von Krankheit gleichgesetzt. Das pathogenetische Denkmodell (**Pathogenese**) sieht Krankheit als lineares Folgeprodukt einer oder mehrerer Krankheitsursachen (Abb. 1.5-9).

Krankheitsformen (Pathoplastiken) werden in Nosologien geordnet und systematisiert. Krankheit wird meist als etwas vom Patienten »fremd Empfundenes« erlebt und mithilfe medizinischer Experten von außen bekämpft. Dieses »Anti-Prinzip« findet sich mit dem gleichnamigen Präfix in An-algetika, Anti-pyretika, Anti-biotika usw. wieder. Ein therapeutisches Prinzip das »gegen die Krankheit gerichtet ist«, ist auch in vielen Fällen indiziert und richtig. Es verhindert aber häufig, dass der Patient die Symptome als Botschaft oder Signal zu begreifen lernt und an seinem eigenen Alltagsverhalten etwas zu verändern sucht. Die zukünftige Medizin wird jedoch diesen Denk- und Handlungsansatz zur eigenen akti-

ven Mitwirkung am Heilungs- und Gesunderhaltungsprozess Patienten wie Ärzten stärker als bisher zu vermitteln haben, will sie den zunehmenden Problemen der Krankheitschronifizierung erfolgreich begegnen.

Ebenso orientiert sich medizinische Prävention meist ausschließlich am Risikofaktorenmodell und stellt zu häufig die Frage: »Was macht uns krank?« anstatt »Was erhält uns gesund?«.

Welche Schutzfaktoren, welche Heilkräfte aber erhalten uns gesund?

Krankheit und Gesundheit müssen als komplementäre Aspekte eines einheitlichen Prozesses begriffen werden.

Krankheit ist eine Störung des Gleichgewichts oder auch ein Versuch, auf einer anderen Ebene ein neues Gleichgewicht zu finden.

Krankheit kann im Sinne einer positiven Krankheitslehre auch der Versuch von Selbstheilung (z. B. wie Fieber, Durchfall, Abszessbildung) sein oder Ausdruck einer seelisch notwendigen Phase einer Verarbeitung und Bewältigung von Konflikten.

Im Gegensatz zu den uns bekannten Krankheitsformen (**Pathoplastiken**) existiert noch kein systematisches und gesichertes Wissen über Gesundheitsformen (**Salutoplastiken**). Dem Begriff der **Pathogenese** als Krankheitsentstehung und Krankheitsentwicklung muss der Prozess einer **Salutogenese**, das heißt einer Gesundheitsentstehung und Gesundheitsentwicklung gegenübergestellt werden (Grote 1954, Antonovsky 1979, Melchart 1993a) (Abb. 1.5-10).

Das Modell von Gesundheit und Krankheit erweitert sich zu einem dynamischen System, das einen endlichen, durch Geburt und Tod begrenzten und zwischen Salutogenese und Pa-

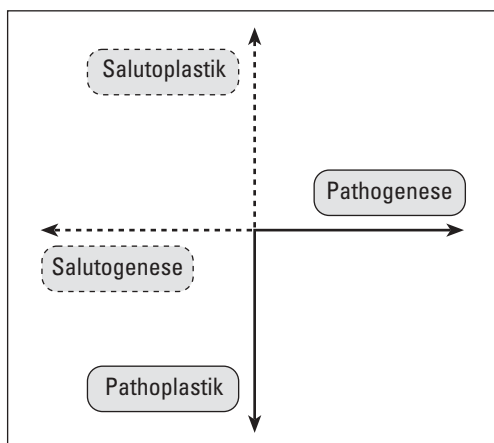


Abb. 1.5-10. Salutogenetisches Denkmodell.

thogenese oszillierenden Lebensprozess beschreibt.

Selbstregulierende, die Gesundheit erhaltende und wiederherstellende Prozesse verlaufen jedoch – nach obigen systemtheoretischen Ausführungen – in hoch komplexen Multiparametersystemen, deren Netzwerke hierarchisch geordnet und durch Informationsaustausch geregelt sind. Es sind Funktionsparameter mit Zeitgestalt – Rhythmen und Zyklen –, die zueinander in zeitlicher Ordnung stehen.

Nach dem Endokrinologen Hesch (1987) ist Leben »vor allem Übertragung von Informationssignalen und -energien an und durch biologische Strukturen, deren Organisation entlang der evolutionären Auseinandersetzung mit der Umwelt zu hierarchisch geordneten Funktionseinheiten geführt hat«.

Das von Hesch beschriebene Raummodell von Gesundheit und Krankheit als offenes System, das Materie, Energie und Information mit seiner Umwelt austauscht, unterliegt den nur zum Teil bekannten Gesetzen für belebte Systeme und folgt nicht den Gesetzen der Physik, die auch nur für unbelebte Systeme gelten können. Trotz dieses dynamischen Ansatzes behält Hesch jedoch ein lineares Konzept für Gesundheit bei, das den uns vertrauten Messbe-

reich von physiologischen Funktionen erhält. Dies erscheint sinnvoll, soweit derartige Funktionen zukünftig verstärkt unter einem dynamischen Gesichtspunkt von Reaktivität und Reagibilität geprüft werden. Reiz-Reaktions-Testverfahren können die Güte von Adaptation und Regulation von Systemen prüfen und die Koordinationsfähigkeit autonomer Funktionen untereinander besser charakterisieren helfen. Einfaches Beispiel hierfür ist der Puls-Atem-Quotient, der einen einfachen diagnostischen Zugriff auf vegetative Ordnungsverhältnisse im klinischen Alltag zulässt.

Gesundheits- und Krankheitsmodell als Raumfunktion

Werden nun die wesentlichen Aspekte von Adaptationsfähigkeit lebender Systeme und ihre hoch komplexe Dynamik in einem gemeinsamen Gesundheits- und Krankheitsmodell zusammengefasst, so ergibt sich das in Abbildung 1.5-11 dargestellte Konzept.

Gesundheit und Krankheit entwickeln sich dynamisch innerhalb eines biologischen Lebensraumes, der durch die Determinanten (Vektoren a, b, c) eines subjektiven physiologischen Verhaltens in seiner Umgebung definiert und moduliert wird. Diese Vektoren sind wiederum von apperzeptiven Systemen bestimmt, mit denen das Individuum mit seiner Umwelt kommuniziert. Hier spielen die Funktions- und Regelgüte von Sinnesorganen (a) und der Organsysteme von Nahrungsaufnahme und Ausscheidung (b) sowie der Atmung (c) eine entscheidende Rolle. Für die Kommunikation sind hier das neuroendokrine und immunologische System die wichtigsten Partner. Individuen als auch menschliche Gemeinschaften bilden ihre Raumgrenzen je nach Umwelteinfluss und physiologischer Adaptationsfähigkeit ihres physiologischen Verhaltens unterschiedlich aus. Wichtig ist, dass sie ihre eigenen Maßstäbe für Verarbeitung setzen. Nicht einer, sondern alle Parameter zusammen bestimmen die Grenzen des Lebensraumes und damit die individuelle Lage des

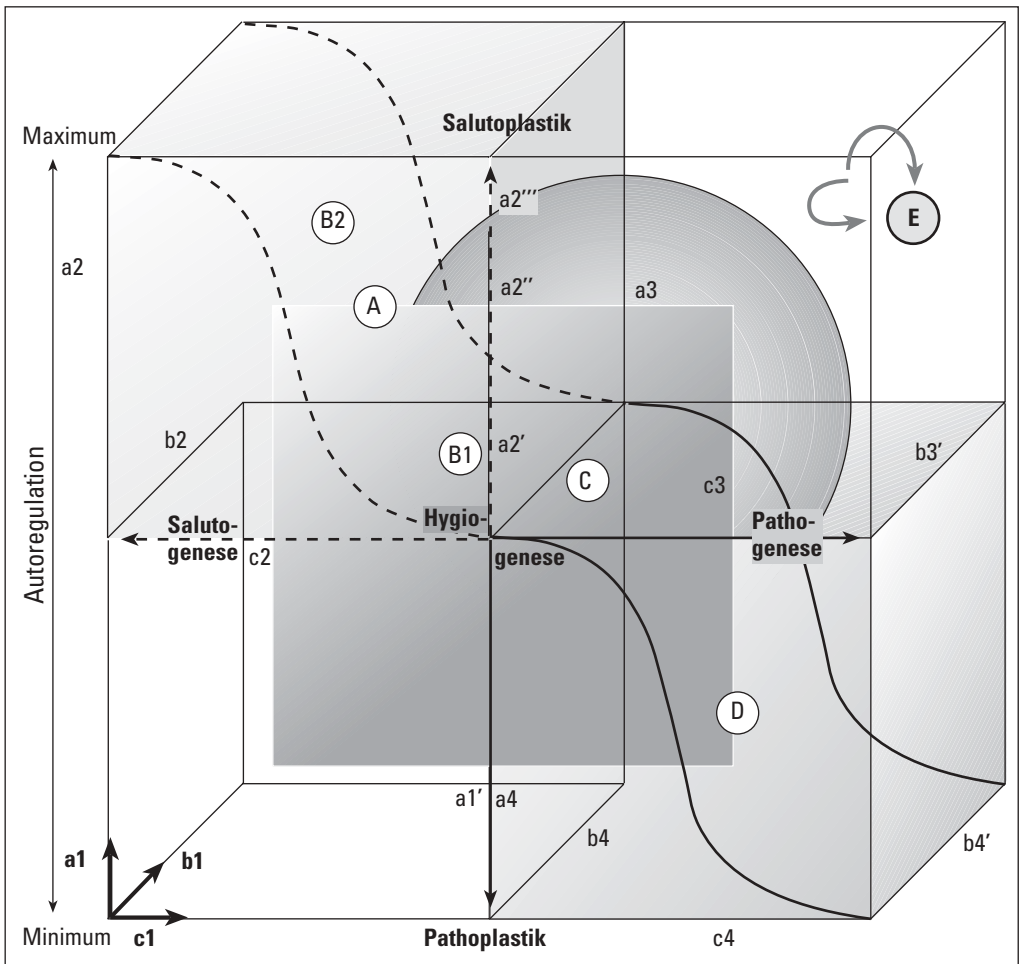


Abb. 1.5-11. Gesundheits- und Krankheitsmodell als Raumfunktion von Salutogenese und Pathogenese und ihre Erscheinungsformen (nach Melchart 1993a, modifiziert 2000). Abkürzungen: a = Sinnessysteme (Extero-, Entero-, Propriozeption)

b = gastrointestinales System zur Energieaufnahme und Ausscheidung

c = pulmobronchiales System zur Sauerstoffaufnahme und Abgabe von CO_2

abc = Grenzen des individuellen biologischen Lebensraums des Menschen

a2b2c2 und a3b3c3 = phänomenologischer Gesundheitsraum

a1b1c1 und a4b4c4 = phänomenologischer Krankheitsraum

a2' = toleranzsteigernde Adaptate

a2'' = funktionelle Adaptate

a2''' = kapazitätssteigernde bzw. trophoplastische Adaptate

A = funktionelles Adaptationsniveau als Ort optimaler Gesundheit

B1,2 = Ort suboptimaler Gesundheit

C = Bereich der Befindlichkeitsstörungen und funktioneller Beschwerden

D = Bereich der Störung der Parenchymfunktion

E = externe Kräfte (Naturkatastrophen, humanökologische Belastungen, gesellschaftliche Bedingungen)

Menschen im Gesundheits- und Krankheitsraum.

Überträgt man in dieses Lebensraummodell – aus Darstellungsgründen in dreidimensionaler Form – die Dimensionen Salutogenese, Salutoplastik, Pathogenese und Pathoplastik ergeben sich folgende Aspekte.

Es kann ein Gesundheitsraum definiert werden, in dem die dynamische Position des Individuums als Raumpunkt von Salutogenese und Salutoplastik bestimmbar wird. Salutogenese meint hier einen individuellen Entwicklungsprozess von Gesundheit. Es sind die vielfältigen Prozesse zur Adaptation Regeneration, Abwehr und Normalisierung, die sich ihrerseits als zeitbezogene Ergebnisse psychophysiologischer Verhaltensweisen unter definierten soziobiologischen Umweltbedingungen, genetischer Ausstattung und personaler Lern- und Reifungsprozesse darstellen.

Ergebnisse erfolgreicher salutogenetischer Prozesse sind Gesundheitsformen und -produkte bzw. Salutoplastiken (nach Melchart 1993a), die als verschiedene Adaptate für die natürlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Gesunderhaltung zur Verfügung stehen. Hier handelt es sich um die Vielzahl möglicher lokal-autonomer Adaptate (z. B. Isoionie, Isoosmie), funktioneller Adaptate (z. B. zelluläre Abwehrleistungen, immunprotektive Mediatoren, muskuläre Leistungsfähigkeit) und kortikal-autonomer Adaptate, die zur Verhaltensanpassung und bedingten Reflexkompetenz sowie als neu erlernte Kompetenzeigenschaften dienen. Diese Salutoplastiken sind zukünftig in der medizinischen Versorgung zu definieren und durch eine standardisierte Salutodiagnostik routinemäßig zu erheben, damit sie gezielt zur individuellen Gesundheitsförderung im Gesundheits- und Krankheitsfall optimiert werden können. Damit topographische Bereiche einer optimalen, suboptimalen Gesundheit sowie eines phänomenologischen Krankheitsraums im vorliegenden Modellansatz bestimmt werden können, werden im Folgenden verschiedene Positionen innerhalb des Raummodells diskutiert.

Diskussion verschiedener Positionen im Gesundheitsraum

Zielwerte der optimalen Gesundheit definieren sich im Gesundheitsraum (a_2 , b_2 , c_2) als Bereich der funktionellen Norm (funktionellen Adaptation), hier Bereich A.

Mathematisch handelt es sich um den steilsten Bereich des Kurvenverlaufs, der in seiner Breite von der kollektiven Norm der Population Mensch bestimmt wird. Biokybernetisch interpretiert, liegen im Zielbereich der Norm die Sollwerte der einzelnen autonomen Regelgrößen. Es ist der topographische Ort des optimalen Komfortgefühls und des geringsten Adaptationsaufwandes innerhalb des **phänomenologischen Gesundheitsraumes**, der in diesem Modell als die gesamte obere Hälfte des Lebensraumes (**$a_2b_2c_2$ und $a_3b_3c_3$**) definiert ist. Diese Topographie im Gesundheitsraum ermöglicht es dem Individuum – mit geringsten Aufwand – ein ausreichendes Maß an Bereitstellung von vorwiegend funktionellen Adaptaten (a_2) zu realisieren (funktionelle Ökonomie und Koordination).

Das allgemeine Adaptationsniveau befähigt das Individuum darüber hinaus sein trophisch-tonisches Gleichgewicht (Eutonie, Eutrophie) zu finden und eine ausgewogene Leistungs- und Widerstandskraft zu entwickeln. Ressourcen und Kompetenzen stehen hier in vielfältiger Weise als Salutoplastiken zur Verfügung.

Bei den Gesundheitsformen handelt es sich um physiologische Adaptate bis hin zu den oben beschriebenen durch Erfahrung und Reifung gewonnenen komplexen Handlungs- und Lebenssinnstrategien des Menschen.

Ziel der Salutogenese ist es deshalb, das Individuum möglichst kontinuierlich innerhalb eines **funktionellen Adaptationsniveaus (Bereich A)** zu halten.

Verlust dieses Bereiches bedeutet:

- Auftreten von Dystonie der Muskulatur
- trophische Mängel der Gewebe
- funktionelle Labilität und Übererregbarkeit

- verminderte Leistungs- und Widerstandskraft

Dies entspricht ungefähr dem **Bereich B1**. Das Individuum hat hier den Gesundheitsraum noch nicht verlassen. Es stellt aber den Bereich der **suboptimalen Gesundheit** dar. Die Anhebung des allgemeinen Adaptationsniveaus führt zur Optimierung der Leistungs- und Widerstandskraft. Eine zu starke Ausschöpfung autoregulativer Kapazitäten bis zum Maximum fördert jedoch nur einseitige und übersteigerte Adaptatbildungen, die zu Lasten einer ausgewogenen und allgemeinen Adaptationsfähigkeit gehen (negative Kreuzadaptation nach Hildebrandt 1985a, b u. 1990). Dies führt zu einer Überspezialisierung bestimmter Prozesse auf Kosten der Gesamtökonomie des Gesundheitsraumes (**Bereich B2**). Am Beispiel des Muskeltrainings oder der Verhaltensadaptation ist dies leicht nachvollziehbar:

- Muskelprotz – »ohne Hirn«
- virtuoser Klavierspieler – »kann keinen Nagel in die Wand schlagen«

Es sind fixierte Spezialisierungen und extreme Formen von trophisch-plastischen Prozessen (Muskelprotz), die mit einer gesteigerten Empfindlichkeit und Anfälligkeit in anderen Bereichen einhergehen sowie eine einseitige übersteigerte Leistungs- und Widerstandsfähigkeit hinterlassen (a2'''). Diese spezifischen Adaptate sind zeitlich limitiert und gehen ohne permanente Übung wieder rasch verloren (Muskelhypertrophie, sportliche Höchstleistungen, kognitives Höchsttraining usw.).

Der Salutogenese ist die Pathogenese entgegengerichtet. Pathogenese bedeutet Entwicklung von Krankheit. Sie ist nicht nur Ausdruck für krankhafte Veränderung von Organen und biochemischen Stoffwechselleistungen, sondern auch von misslungenen personalen Lern- und Reifungsprozessen. Selbstheilungsprozesse (hygiogenetische Vorgänge) können selbst weit fortgeschrittene pathogenetische Zustände noch kompensieren. Häufig befindet

sich der Mensch im **Bereich** sog. **unspezifischer und funktioneller Störungen**, die den strukturell veränderten Pathoplastiken oft über Jahre vorausgehen können (**Bereich C**).

Hygiogenetische, das heißt in Richtung Gesundheit orientierte, adaptive Normalisierungsprozesse – mit ihrer idealtypischen Zeitstruktur von 7 bis 10 Tagen – sind kontinuierlich bestrebt, die Zielwerte einer individuellen funktionellen Norm wieder einzustellen. Solange derartige Selbstheilungspotenziale einsetzbar und verfügbar sind, befindet sich das Individuum im **Bereich der Hygiogenese** und kann den Gesundheitsraum wieder erreichen und damit seine optimale Gesundheit wiedererlangen. Erst bei Versagen dieser Selbstheilungsvorgänge verlässt das Individuum den Gesundheitsraum und wird phänomenologisch krank (**a1b1c1 und a4b4c4 = phänomenologischer Krankheitsraum**).

Das Individuum befindet sich in einem dynamischen Wechsel zwischen Gesundheits- und Krankheitsraum und benutzt dabei bevorzugt die hier beschriebene Topographie als Bewegungsbahn.

Nimmt die Dynamik einer Pathogenese weiter zu, kommt es zu einer weiteren raschen Störung der Parenchymfunktion der Gewebe, zu raschen Funktionsausfällen, zu Abnahme der Autoregulation und zu Mehrfacherkrankungen (**Bereich D**). Dies führt schließlich dazu, dass nur noch lebenswichtige Organfunktionen im Zuge der Zentralisierung aufrechterhalten bleiben. Mit der damit verbundenen Abnahme der Vielfalt von Lebensäußerungen nimmt auch die Individualität und Personalität ab und die Pathoplastiken werden zunehmend monomorpher (z. B. Schock) und können irgendwann zum Verlassen des Krankheitsraumes und damit zum Tode führen. Hier zeigt sich eine gewisse Parallelität zu hoch spezialisierten Adaptaten von Gesundheitsformen, die ebenfalls eine Art »Zentralisierung« auf wenige Aufgabenbereiche und Funktionen des Lebens erzwingen und die Menschen an Vielfalt und Kreativität verlieren lassen.

Das hier beschriebene Modell von Gesundheit und Krankheit gibt aber auch ausreichend Spielraum für verschiedenste weitere individuelle Positionen im Lebensraum. So wird es häufig der Fall sein, dass ein Mensch trotz Vorliegen einer schweren Erkrankung (Pathoplastik) in verschiedenen Bereichen seines Verhaltens und Erlebens außerordentlich gesund ist. Hier verbleibt zwar seine Position phänomenologisch im Krankheitsraum, kann aber auch gleichzeitig einzelne Teilkomponenten gesund erhalten oder noch weiter entwickeln (a1b1c1). Umgekehrt kann ein Mensch phänomenologisch gesund sein, obwohl er bereits ein sehr fortgeschrittenes Stadium einer Pathogenese (z. B. einer Neoplasie) durchlaufen hat, ohne jedoch eine phänomenologisch erkennbare Form von Krankheit zu besitzen (a3b3c3).

Was bedeutet dieses Gesundheits- und Krankheitsmodell für eine naturheilkundliche Heilpraxis und ihre Wirkprinzipien?

Jeder verantwortliche Therapeut hat prinzipiell, die Konsequenzen seines Tuns in Richtung Pathogenese und Salutogenese zu überdenken. Es ist unabdingbar notwendig, die organismischen und personalen Eigenleistungen des Patienten im Sinne eines mehrdimensionalen Denk- und Erkenntnisverhaltens in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen und zu integrieren. Der Therapeut hat sich die Frage zu stellen: Welche Rolle nimmt der Organismus und der Mensch bei der Wirkung von Heilmitteln ein?

Naturheilkunde fördert bewusst die aktive Beteiligung und Nutzung von natürlichen Fähigkeiten zu Regulation, Anpassung, Abwehr, Schonung und Normalisierung. Sie sucht ein geeignetes, auf das Individuum und seinen Reaktionstyp abgestimmtes therapeutisches Reiz- und Trainingsangebot und zielt auf die aktive Mitgestaltung des Patienten am Heilungsprozess. Hier begründet sich die beson-

dere gesundheitspädagogische Verantwortung und Kompetenz der klassischen Naturheilkunde.

Wie bereits auf Seite 6 beschrieben, unterscheidet die Naturheilkunde die drei autonomieorientierten Wirkfunktionen Normalisierung, Schonung und Kräftigung, die hier noch einmal wiederholt werden sollen.

■ Der **Normalisierung** liegt die funktionelle Adaptation zugrunde. Regelgrößen, die von der individuellen Norm abgewichen sind, werden durch Steigerung der Regelleistung wieder in die Norm zurückgeführt oder der Norm angenähert. Die Normalisierung von Herz-Kreislauf-Funktionen, psychovegetativen Dysfunktionen und die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit durch serielle Reiztherapien (z. B. kurörtliche Bäderanwendungen, Ausdauertraining) sind Beispiele aus der Rehabilitationspraxis.

■ **Schonung** bedeutet Deadaptation. Es wird durch Ruhigstellung, Abstinenz und Isolierung eine übersteigerte Reaktion gedämpft, Erholungsvorgänge eingeleitet und spezifische Adaptate zurückgebildet. Stoffwechselentlastung durch Fasten, seelische und geistige Ruhigstellung durch Entspannungsübungen und Meditation sind Beispiele für das Prinzip der Schonung.

■ **Kräftigung** ist kapazitätssteigernde Adaptation, die erst nach längeren Entwicklungszeiten zu Wachstumsförderung und Ausbildung von Schutzeinrichtungen der Gewebe (z. B. Isoliergewebe, Immunologie) im Sinne von trophisch-plastischen Vorgängen, aber auch zu Verhaltensveränderungen durch Trainingsmaßnahmen führt. Praktische Beispiele sind die vermehrte Erythropoese durch Höhenklima, Muskelaufbautraining oder verbesserte Immunabwehr durch Reizkörpertherapien.

Das Prinzip der therapeutischen Physiologie einer modernen klassischen Naturheilkunde mit der traditionellen Verwendung natürlicher

Umweltfaktoren – wie Licht, Luft, Wasser, Erde und Pflanzen – zur therapeutischen Verbesserung und/oder naturgemäßen Alltagspflege von Ernährung, Bewegung, Atmung und Entspannung ist um ein psychosoziales und kognitives Kompetenztraining explizit zu ergänzen.

Hygiogenetisch-orientierte Maßnahmen wirken nicht direkt, sondern erst indirekt und sekundär durch Reaktion und Responsivität auf die vom Therapeuten verabreichten Reiztherapien. Dies unterscheidet den salutogenetischen Ansatz von dem pathogenetischen, der unmittelbar und direkt, spezifisch und meist lokal oder hoch selektiv und systemisch am Krankheitsprozess angreift. In vielen Fällen ist dieses heteronome, das heißt »von außen« kommende Therapieangebot lebensrettend und unabdingbar. Die Wirkprinzipien einer pathogenetisch-orientierten Behandlung sind – nach Hildebrandt, Hoff und Grote – die Ausschaltung (z. B. Amputation, Antibiose), die

Lenkung (pharmakologische Gegensteuerung, Korrektur) und der Ersatz (Prothetik, Substitution mit Hormonen, passive Immunisierung). Es kann aber auch zur Unterdrückung von notwendigen autonomen Eigenleistungen und psychosozialen Reifeprozessen führen. Substitution und Suppression durch Arzneimittel können natürliche Eigenleistungen und wichtige Funktionen irreversibel schädigen. Ebenso kann eine dauerhafte Vermeidung von natürlichen Umwelteinflüssen durch »künstliche Wohnwelten« und/oder psychosoziale Isolation zu Verlusten von Trainingseffekten auf physiologischer und verhaltensbezogener Ebene führen. Im umgekehrten Falle kann aber auch eine falsch begründete Heilerwartung an die Möglichkeiten autonomer Eigenleistungen Schäden veranlassen, die durch ein entschiedenes Handeln von »außen« vermeidbar gewesen wären. Beide Denk- und Handlungsrichtungen sind wie die unzertrennlichen Seiten einer Münze.

Tab. 1.5-5. Didaktische Gegenüberstellung von komplementären Denkansätzen in der Medizin: Heteronomie-orientierte vs. Autonomie-orientierte Denk- und Handlungsmuster (nach Matthiesen 1994, modifiziert nach Melchart).

Heteronomie orientiert	Autonomie orientiert
Erkrankung und Gesundheit als Ursache-Wirkungs-Beziehung	Erkrankung und Gesundheit als Reiz-Reaktions-Beziehung
Krankheiten werden durch äußere Einflüsse verursacht	Krankheiten werden vom Individuum im Wechselspiel mit der Umwelt hervorgebracht
Krankheit als passive Funktionsstörung	Krankheit als veränderte Gesamtleistung
Krankheitssymptome als Resultat normabweichender Kausalketten	Krankheitssymptome als aktive Funktionsäußerungen des Organismus
Kausale Erklärung der Symptome: »Woher resultieren die Symptome?«	finale Deutung der Symptome: »Woraufhin zielen die Symptome?«
Krankheitssymptome als Funktionsdefizite	Krankheitssymptome gelingend oder misslingend auf Selbstheilung zielend
Gesundheit als interindividuelle statistische Norm; Krankheits- und Heilungsprozesse als normabweichende Vorgänge	Gesundheit als intraindividuelles Maß an Wohlbefinden und kreativer Lebensentfaltung; sie wird durch ständige aktive Überwindung krankmachender Einflüsse aufrechterhalten

Indikation, Wissen und Erfahrung lassen jedoch verschiedene Schwerpunktbildungen in der individuellen Behandlungspraxis zu.

Tabelle 1.5-5 zeigt noch einmal beispielhaft die verschiedenen Sichtweisen eines heteronomen (von außen kommenden) und autonomen Denk- und Handlungsrahmens in Bezug auf Krankheit und Behandlung.

Aus diesem Grunde kommt der klassischen Naturheilkunde eine wichtige Aufgabe zu, gemeinsam mit anderen lebensstilorientierten Fächern, für eine stärkere Einbeziehung der Salutogenese in die Medizin zu sorgen.

Hier hat sowohl die Gesundheitsförderung und Prävention als auch die medizinische Kuration Reformimpulse nötig. Es muss das Bewusstsein der Mediziner für die Notwendigkeit gefördert werden, sich für die eigene Gesundheit und für die der Anderen aktiv einzusetzen. Für die Ausübung und Anwendung einer klassischen Naturheilkunde ist es jedoch für den Arzt unabdingbar, eigene Erfahrungen mit der Gesundheitsförderung im Alltag zu machen. Ebenso benötigt er Wissen über eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung, über seelische Gesundheit und Wohlbefinden.

1.6 Fazit

Dieter Melchart

Der kurze Überblick zu den Inhalten von Naturheilverfahren, wie sie derzeit im Rahmen der gültigen Weiterbildungsordnung und in Abwandlung auch im Gegenstandskatalog der ärztlichen Ausbildung verankert sind, zeigt die Uneinheitlichkeit und Inhomogenität dieses medizinischen Bereichs. Dies wird noch deutlicher, wenn man die Vielzahl der sich inhaltlich überlappenden oder ergänzender Zusatzbezeichnungen (z. B. physikalische Therapie, Manuelle Medizin, Psychotherapie, Balneologie, Sportmedizin, Sozialmedizin) oder Zusatzqualifikationen wie Akupunktur und Neuraltherapie in der ärztlichen Fort- und »Weiterbildungsszene« betrachtet, die in zentralen Aspekten (z. B. Stand der Evidenz, Grundlagen von Theorie und Praxis) vernünftigerweise als integriertes Weiterbildungsangebot für Interessierte etabliert werden sollte.

Literatur

- Amelung W, Hildebrand G. Balneologie und medizinische Klimatologie. Heidelberg, New York, Tokio: Springer 1985.
- Andritzky W. Medizinstudenten und unkonventionelle Heilweisen – eine Befragung. Gesundheitswesen 1995; 57: 345–8.
- Anemüller H. Spreu vom Weizen trennen. Dt Ärztebl 95, Heft 10, 6. März 1998: C-403.
- Antonovsky A. Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass 1979.
- Arndt R, Schultz H. Biologisches Grundgesetz. In: Großer Brockhaus 2. Wiesbaden: Brockhaus 1953; 134.
- Avina RL, Schneidermann LJ. Why patients choose homeopathy. West J Med 1978; 128: 366–9.
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84: 191–215.
- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am Psychol 1982; 37: 122–47.
- Bayr G. Kybernetische Denkmodelle der Homöopathie. Heidelberg: Haug 1982.
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) 1998; 6: 15.
- Bergmann KCH. Immunologie. Konstanz: Byk Gulden Pharmazeutika 1992.
- Bergmann O. Sensomotorik als Grundlage der Reflextherapie. Therapiewoche 1982; 32: 5870–92.
- Bergmann O. Projektionssymptome, Schmerz und sensomotorisches System. Workshop »Peripheres Irritationssyndrom als Chronifizierungsfaktor des Schmerzes«. München: Verlag Münchener Modell 1988.
- v. Bertalanffy L, Beier W, Lane R. Biophysik des Fließgleichgewichts. Berlin: Akademieverlag 1972.
- Beutel M. Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: VCH 1988.
- Bühning M. »Damit auch Naturmedizin Schule macht« – Interview. NGM 1990; 4: 110.
- Bühning M. Klassische Naturheilverfahren sind keine unkonventionelle Therapie. Münch Med Wschr 1998; 140.
- Cannon WB. Die Notfallfunktion des sympathikoadrenalen Systems. Erg Physiol 1928; 27: 380–406.
- Cramer F. Chaos und Ordnung. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt 1988.
- Dienstbier RA. Arousal and physiological toughness: implications for mental and physical health. Physiol Rev 1989; 96: 84–100.
- Drexel H, Hildebrandt G, Schlegel KF, Weimann G. Physikalische Medizin. Band 1. Stuttgart: Hippokrates 1990; 13–70.
- Eigen M. »Selforganization of Matter and the Evolution of Biological Macromolecules«. Die Naturwissenschaften 1971; 58: 446–528.
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. N Engl J Med 1993; 328: 246–52.
- EMNID. Medizin der Zukunft: Bericht zur Untersuchung. EMNID-Institut GmbH & Co. 1995.
- Ernst E. Wie beliebt ist die Naturheilkunde? naturamed 1996; 11 (7): 29.
- Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. BMJ 1994; 309: 107–11.
- Glaser EM. Die physiologischen Grundlagen der Gewöhnung. Stuttgart, New York: Thieme 1968.
- Grote LR. Über die Einheit der Heilkunde und die hippokratische Medizin. Stuttgart: Hippokrates 1954; 25: 1–11.
- Gutenbrunner C. Muskeltraining und Muskelüberlastung. Dokumentation Arbeitswissenschaft Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt KG 1990; 22.