

Über die Bedeutung des marxistischen Selbstverständnis des Menschen
für die Lösung einiger aktueller Probleme der Medizin.

Im Auftrag der Karl-Marx-Universität herausgegeben von Hans Steußloff und Ehrhard Gniostko

Karl-Marx-Universität Leipzig 1968

[113]

DRITTER TEIL

In der Sicht der marxistisch-leninistischen Philosophie, die allgemeine Zusammenhänge und Tendenzen der Wirklichkeit, der Erkenntnis und der menschlichen Praxis im Hinblick auf die wissenschaftliche Begründung einer Weltanschauung untersucht, ist eine der bedeutsamen Aufgaben in der modernen Medizin die Sicherung einer universalen Betrachtung des Menschen.

Mit vielen anderen Wissenschaften gemeinsam unterliegt die Medizin der Notwendigkeit, ihrer wissenschaftlichen und praktischen Aufgabe durch spezialisierte und sich immer mehr spezialisierende Forschung, wie durch arbeitsteiliges Vorgehen in der Praxis gerecht zu werden. Diese unumgängliche Entwicklung birgt die Gefahr in sich, daß der Mensch in der Medizin nur noch in lauter partikularen Aspekten und Teilausschnitten gesehen wird. Nur auf der Ebene theoretischer Verallgemeinerungen ist es möglich, dieser Gefahr durch die synthetische Leistung unseres Intellektes, die uns zugleich die fachspezifische Partialeinstellung übergreifende und dem Menschen gerecht werdende Handlungsregulative vermittelt, zu entgehen. Einsichten dieser Art haben bereits philosophischen Charakter und bringen einen grundlegenden Zusammenhang auch gleich zum Ausdruck, der zwischen den Erkenntnissen der marxistischen Philosophie und denen der Medizin besteht.

In diesem Teil versuchen wir, gerade diese für die universale Sicht des Menschen in der Medizin entscheidenden Möglichkeiten eines Beitrages der marxistischen Philosophie zu den Entwicklungsproblemen der Medizin aufzuzeigen. Da die fruchtbare Gestaltung eines Zusammenwirkens von philosophischer und medizinischer Erkenntnis einen ständigen Prozeß darstellt und künftig auch von den Vertretern des medizinischen Wissenschaftsbereiches mehr und selbständigere Beiträge verlangt, orientieren wir uns in unserem Vorhaben hauptsächlich auf die Herausarbeitung von Problemstellungen und möglichen Wegen der Untersuchung in einigen heute als vorrangig anzusehenden Teilgebieten synthetischer Erkenntnistätigkeit in der Medizin.

In wesentlichen Teilen beziehen sich die folgenden Überlegungen auf schon im ersten Teil dargestellte Zusammenhänge und inhaltliche Bestimmungen der philosophischen Erkenntnis zum Wesen des Menschen. [115]

3. Philosophische Erwägungen zur Entwicklung der theoretischen Erkenntnis in der modernen medizinischen Wissenschaft

3.1. Die Herausbildung einer neuen Problemsituation der theoretischen Erkenntnis in der Medizin

Seit der Herauslösung aus dem Stadium magischer Heilkunde war die Medizin fortlaufend genötigt, gedankliche Erklärungssysteme für das Krankheitsgeschehen und für therapeutische Möglichkeiten zu entwickeln. Die verschiedenen Schulen unter den Ärzten im klassischen Griechenland legten deutlich unterschiedlichen Wert auf den handwerklichen oder den wissenschaftlichen Aspekt der Medizin und brachten damit bereits verschiedene Wertungen der Bedeutung dieser gedanklichen Erklärungssysteme zum Ausdruck. Da in jener Zeit jedoch der Gegensatz in dieser Frage vor allem das Verhältnis von sinnlicher Erfahrung und Praxis auf der einen und sehr allgemeinen Modellvorstellungen auf der anderen Seite betraf, blieb die Wechselbeziehung von empirischer und theoretischer Erkenntnisebene weitgehend unreflektiert.¹

¹ Die empirische Ebene der wissenschaftlichen Erkenntnis ist jene, in der die unmittelbare Untersuchung des jeweiligen Objektbereichs einer Wissenschaft erfolgt und sich in durch Beobachtungs- und experimentellen Verfahren gewonnenen Beschreibungs-, Bedingungs- und Gesetzaussagen niederschlägt. Dieser Erkenntnisebene zugehörig ist auch das Wissen um die speziellen Methoden, Meß- und Klassifikationsverfahren, mit denen bei dieser unmittelbaren Untersuchung

[116] Charakteristisch war für jene frühe Entwicklungsstufe das Vorherrschen einer noch wenig differenzierten Einheit von praktischer Medizin und von Ansätzen medizinischer Wissenschaft.² Erst allmählich entsteht in enger Verbindung mit dem Entwicklungsweg des philosophischen Denkens eine Reihe von notwendigen Voraussetzungen, um die empirische Erkenntnis als Wissenschaftliche, über die naive Erfahrung hinausgehende Erkenntnisebene zu begreifen.³

Erst mit dem Wirksamwerden neuer wissenschaftsgeschichtlicher Bedingungen wird das Empirie-Theorie-Verhältnis zu einem für spezielle Fragen der medizinischen Erkenntnis umstrittenen und gesondert behandelten Problem. Beispiele für diese neue Situation im medizinischen Denken finden wir ungefähr im 10. Jh. u. Z. im arabischen und im 15./16. Jh. u. Z. im europäischen Raum. Zu den dieses Problembewußtsein ursächlich bedingenden Faktoren kann man sicher als erstes die Anreicherung des empirischen Wissens bis zu einem Umfang ansehen, der zwangsläufig eine theoretische Verallgemeinerung verschiedenartig deutbarer und in ihrer Zusammengehörigkeit undurchsichtig gewordener Faktenmengen verlangte. Eine andere notwendige Voraussetzung für die stärkere Beschäftigung mit dem Wesen medizinisch-theoretischer Erkenntnis bestand sicher auch in der Herausbildung einer Vielfalt theoretischer Erklärungen und in der gesellschaftlich bedingten Freiheit, diese kritisch miteinander vergleichen zu können.

Solange beispielsweise in den europäischen Staaten spezifische soziale Strukturen und Machtverhältnisse ihren ideologischen Widerschein in der fast absoluten Herrschaft der dogmatischen Theologie fanden, konnte ein breites [117] Problembewußtsein zu den Bewegungsbedingungen gedanklicher Systeme in der Wissenschaft überhaupt nicht entstehen, auch wenn einzelne Forscher immer wieder Ausbruchversuche aus der starren Schematik traditioneller Lehrmeinung unternahmen.

Der Ausgangspunkt, von dem aus auf der Grundlage dieser eben genannten Bedingungen und in Verbindung mit dem Entstehen der ersten akademischen Lehranstalten die Reflexion zur theoretischen Erkenntnis in der Medizin einsetzt, ist die aus der arabischen Medizin stammende Einsicht, daß Theorie und Praxis nur zusammen die Medizin ausmachen.⁴

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Herausbildung einer eigenständigen Problematik des theoretischen Erkennens in der Medizin war die später noch einsetzende, rasch voranschreitende Spezialisierung und Differenzierung, die ihren wichtigsten Ausdruck in der Aufgliederung in Fachgebiete fand. Dadurch entsteht ein Zustand, in dem ein relativ einheitliches empirisches Erfahrungsgut der klinischen Erkenntnis, das vorwiegend in der nosologischen Klassifikation und in der erfahrungsbegründeten

„der Sachen selbst“ operiert werden muß. Die empirische Erkenntnisebene ist nicht identisch mit der Stufe der sinnlichen Wahrnehmung im Sinne der Psychologie, sondern mit bewußter Verarbeitung von systematisch gewonnenen Erfahrungen verbunden. Die theoretische Ebene der wissenschaftlichen Erkenntnis ist demgegenüber jene, in der abstrakte Abbilder oder ideelle Modelle des Objektbereiches, die auf der Grundlage empirischer Untersuchungen [116] gebildet werden können, Gegenstand einer vornehmlich logischen Bearbeitung werden. Im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen allgemeine Gesetzaussagen, allgemeine Erklärungen, Voraussagen zu künftigen Entwicklungen im Objektbereich und Begründungen zur Methodik der gezielten Forschungsarbeit. Der Übergang von der einen zur anderen Ebene der wissenschaftlichen Erkenntnis stellt einen qualitativen Sprung bezüglich der Allgemeingültigkeit der erreichten Erkenntnisse dar.

² Vgl. den historischen Abriß zur Entwicklung der Krankheitslehre. In: *Löther, R.*, Medizin in der Entscheidung. Berlin 1967.

³ Vgl. auch die außerordentlich interessante Studie: *Warnke, C.*, Die Geburt der wissenschaftlichen Medizin aus der Weltanschauung der Antike. In: *Wissenschaft und Weltanschauung in der Antike*. Berlin 1966, Seite 173–280.

Mit überzeugenden Belegen wird in dieser Arbeit die Auffassung widerlegt, es sei die Medizin wie andere Wissenschaften mit der Philosophie zunächst eine undifferenzierte Einheit gewesen und habe sich erst durch ihre Emanzipation von der Philosophie zur Wissenschaft entwickelt. Das Gegenteil ist wahr. Medizin war zunächst Handwerk und keine Wissenschaft. „Die eben entstandene Philosophie bietet mit ihren abstrakten Begriffen und ihrer materialistischen Auffassung von der Kausalität der Medizin das notwendige Begriffssystem und das methodologische Rüstzeug. Weil die Medizin dieses Rüstzeug aufgreift, nicht weil sie sich von der Philosophie emanzipiert, kann sie zur Wissenschaft werden.“ (Ebenda, Seite 218).

⁴ Vgl. *Schipperges, H.*, Die arabische Medizin als Praxis und als Theorie. *Sudhoff's Archiv Geschichte der Medizin und Naturwissenschaft*. Band 43, 1959, Seite 117–328. Danach beschrieb *Al Farabi* die Medizin als Einheit einer ‚ars activa‘ und einer ‚ars speculativa‘ und ähnlich *Avicenna*, der von ‚scientia principiorum‘ und ‚Scientia modi vel qualitas operandi‘ als Bestandteilen der Medizin sprach.

Kenntnis spezieller Therapiemöglichkeiten bestand, von verschiedenen Seiten einer morphologischen, physiologischen oder noch anderen Grundlagenbetrachtung aus interpretiert und erklärt werden konnte. In den Mittelpunkt der theoretischen Entwicklung rückt dabei die Krankheitslehre im System der sich allmählich herauskristallisierenden Pathologie. Der relativ rasch sich vollziehende Wandel in den theoretischen Vorstellungen seit dem Beginn der Neuzeit bringt eine neue Stufe des Strebens nach theoretischer Integration mit sich. Dieses Bemühen betrifft besonders die Gestaltung der Krankheitslehre als einigendem Band der gesamten Medizin, wie auch die Entwicklung haltbarer konzeptioneller Lösungen für die einzelnen Fachgebiete. Damit erhält in der Medizin ebenso wie in einigen anderen Wissenschaften das Empirie-Theorie-Verhältnis einen besonderen Aspekt und impliziert vor allem immer die Frage, wie die Ergebnisse der von spezialisierten Untersuchungsrichtungen ausgehenden Verallgemeinerungen zu einem sinnvollen Gesamtbild des komplexen Geschehens verbunden werden können. Damit geht es nicht mehr nur um die sichere empirische Begründung theoretischer Erkenntnisse überhaupt, sondern um die Vermittlung von Teilergebnissen zu einem System durch umfassendere Theorien und allgemeine Leitideen⁵.

[118] Bis in die Gegenwart hinein besteht die Haupttendenz dabei darin, umfangreiche theoretische Systeme aus einem als grundlegend angesehenen Verhältnis zu entwickeln. Dies führte in der Regel nur zu partiellen Erfolgen und zur Wiederherstellung der Gegensätze auf der Ebene allgemeiner theoretischer Entwürfe und Prinzipien.

Im Hinblick auf sich allmählich abzeichnende neue Wege bei der Herausbildung allgemeiner medizinischer Theorien besonders interessant sind einige Erscheinungen aus der Entwicklung der Medizin in unserem Jahrhundert, besonders aus den zwanziger und dreißiger Jahren. In dieser Zeit bilden sich einige späterhin sehr fruchtbar werdende Ideen in der Keimform heraus. Deren systematische Durcharbeitung wurde allerdings durch die Herrschaft des Faschismus für längere Zeit unterbrochen, was auch der wissenschaftsgeschichtlichen Trendbeobachtung einige besondere Schwierigkeiten bereitet. Ein besonders deutlicher Ausdruck des in jener Etappe neuartig empfundenen Bedürfnisses nach Vereinheitlichung und Integration der medizinischen Erkenntnis waren die von 1930 bis 1934 dreimal durchgeführten Kongresse zur Einheit der Medizin⁶.

Konstruktive Lösungen vorzulegen, war freilich damals noch keinem Theoretiker und keiner Schule möglich. Die im Mittelpunkt der Beratungen stehenden Konzeptionen, von denen man sich am ehesten eine verbindende Wirkung erhoffte, waren einmal die ersten Ansätze der Psychosomatik, verbunden mit der besonderen Betonung der Bedeutung des Leib-Seele-Problems; weiterhin die von der Psychologie übernommenen Ganzheitsbetrachtungen all-[119]gemeiner Art, die mehr ein methodisches Prinzip als eine theoretische Auffassungsweise sein sollten und schließlich Ansätze einer

⁵ Unter wissenschaftlichen Theorien verstehen wir eine bestimmte Klasse von Aussagensystemen, die bestimmten Bedingungen genügen müssen. Eine allgemeine Definition der „Theorie“ kann etwa lauten: „Theorien“ sind für bestimmte Bedingungen geltende, relativ beständige Systeme von Aussagen, die die wichtigsten quantitativen und qualitativen Eigenarten und gesetzmäßigen Veränderlichkeiten bestimmter Objektbereiche ausdrücken und von denen zu [118] fordern ist, daß sie sich in der Erfahrung bestätigen, daß sie semantisch konsistent sind und daß sie Erklärungen und Voraussagen für ihren Objektbereich ermöglichen. Diese Definition beansprucht nicht, umfassend im Sinne der modernen Wissenschaftstheorie zu sein. In wichtigen Beiträgen zur Problematik der theoretischen Erkenntnis (wie auch in: *Klaus, G., Spezielle Erkenntnistheorie*. Berlin 1965) wird mit solchen kurzen Definitionen meist nicht gearbeitet, sondern analytisch-beschreibend vorgegangen. Einige wichtige Aspekte dieser allgemeinen Bestimmung von „Theorie“ werden wir in späteren Abschnitten noch eingehender darstellen.

⁶ Es handelt sich dabei um folgende Veranstaltungen:

1. 16.–18.9.1930 – Riga – „Konferenz zur Förderung medizinischer Synthese“, Initiator und Berichterstatter war *Sihle* aus Riga.

2. 14.–17.9.1932 – Marienbad und

3. 13.–15.9.1934 – Marienbad, beide Veranstaltungen zum Thema „Einheitsbestrebungen in der Medizin“, Initiator und Berichterstatter für diese Tagungen war *Brugsch*.

Vgl.: Verhandlungen der I. Konferenz zu Förderung medizinischer Synthese. Riga 1931.

Einheitsbestrebungen in der Medizin. Dresden-Leipzig 1933 und 1935. Vorarbeiten zu diesem Problemkreis leistete uns in einer Staatsexamensarbeit *Hampel, H.*, Wissenschaftshistorische Bedingungen und theoretische Ausgangspositionen der Einheitsbestrebungen in der deutschen Medizin in den Jahren von 1930–1934. Leipzig 1968 (unveröff. Manuskript).

biologischen Zusammenhangslehre, die gewisse Beziehungen zur Relationspathologie und den ersten Versuchen einer regelungstheoretischen Denkweise in der Biologie und Physiologie hatten. Zwar wurden auch bei diesen Diskussionen die Standpunkte nebeneinandergestellt, jedoch schon mit der Absicht, sich auch über die Prinzipien zur Schaffung einheitlicher theoretischer Konzeptionen zu verständigen.

Eine ebenfalls neuartige – wenn auch nicht völlig neue – Orientierung im Hinblick auf dieses Integrationsstreben enthielten zu jener Zeit auch die verstärkten Bemühungen um die Konstituierung der sogenannten psychosomatischen Medizin, die im Verein mit parallelen Ansätzen zu einer medizinischen Anthropologie eine ganzheitliche Sicht des Menschen zum Kern des medizinisch-theoretischen Denkens und auch zum Ausgangspunkt einer neuen Praxis machen sollte.

In theoretischer Hinsicht besonders wirksam – wenn diese Auswirkungen sich auch erst in den fünfziger Jahren und nach „Unterstützung“ durch amerikanische Autoren besonders deutlich zeigten – war die von V. v. Weizsäcker begründete psychosomatische Gestaltkreislehre, mit der eine einheitliche theoretische Betrachtung somatischer und psychischer Vorgänge ermöglicht werden sollte. Ebenfalls in jenen Jahren entstanden die ersten Arbeiten Gebssattels zur medizinischen Anthropologie, mit denen das subjektive Erleben des Krankseins in Anlehnung an existenzphilosophische und christliche Philosophen in einem eigenständigen theoretischen Ordnungssystem erfaßt und die Arzt-Patient-Begegnung als personaler Akt in den Mittelpunkt gerückt werden sollte.

Parallel zu diesen Ansätzen, denen analoge Entwicklungen in der Psychologie und ganz ausgeprägt auch in der Psychiatrie entsprachen, wurde an der Herausarbeitung einer Pathologie der Person durch Krauss ebenfalls das Bedürfnis nach einer Überwindung eines nur naturwissenschaftlich-biologischen Denkens in der Medizin deutlich.⁷

Zeitgenössische Beurteilungen dieser neuen Züge in den Vorstellungsmodellen der Medizin glaubten sie im wesentlichen auf äußere Einflüsse zurückführen zu können. Sie hatten insofern recht, indem tatsächlich in der Philosophie, in der Psychologie und im besonderen durch die Ausweitung der Freud'schen Tiefenpsychologie entstandene Ideen als Anstoß für medizinische Theoretiker und oft auch als Modell genommen wurden. Die Bereitschaft jedoch, solche Konzeptionen aufzunehmen und das Problemfeld medizini-[120]schen Denkens vorwiegend um den Bereich des subjektiven Erlebens des Kranken zu vergrößern, kann dadurch allein aber keine Erklärung finden. Diese Problemerweiterung muß vielmehr als Folge innermedizinischer Entwicklungen begriffen werden, zunächst auch völlig unabhängig davon, wieweit es gelang, diese Vorstellungen wissenschaftlich auszuarbeiten und welche methodischen und philosophischen Schwächen ihre wissenschaftliche Bedeutung relativierten.

Im Umkreis dieser vielgestaltigen Versuche zur Hereinnahme des Subjektseins des Menschen auch in das medizinisch-theoretische Denken zeigte sich schon damals auch die außerordentlich große, ja geradezu entscheidende Bedeutung des philosophischen Menschenbildes für die inhaltliche Gestaltung der entsprechenden medizinischen Ideensysteme. Dieser enorme Einfluß der Philosophie reichte von der vollständigen Übertragung beispielsweise der Heideggerschen Quasi-Anthropologie in medizinische Konzeptionen bis zum Entwerfen eigener Philosophien durch Mediziner. Obwohl wir diesen Einfluß der vornehmlich idealistischen Philosophien jener Zeit, der sich auch nach dem Jahre 1945 in Westdeutschland in mindestens gleicher Stärke bemerkbar machte, nicht als progressives Element der wissenschaftlichen Erkenntnisentwicklung werten können – wirkte er doch vornehmlich in Richtung spekulativer Verzerrung realer und durch systematische Forschungsarbeit zu lösender Probleme – so bleibt doch immerhin diese Beziehung als Ausdruck notwendiger Verbindungen allgemeinen theoretischen Denkens in der Medizin zur Philosophie zunächst festzustellen.

Ein weiterer wesentlicher Ausdruck der neuen Situation sind die ebenfalls in den zwanziger und dreißiger Jahren verstärkt einsetzenden Untersuchungen der prinzipiellen Erkenntnisprobleme der

⁷ Einige Aspekte der Entwicklungsgeschichte dieser Strebungen in der Psychiatrie sind dargestellt in: *Thom, A.*, Zur Theorienbildung in der Psychiatrie. *DZfPh.*, Sonderheft 1966, Seite 151–166, und in: *Weise, K.*, und *Thom, A.*, Zu einigen philosophischen und methodologischen Problemen der daseinsanalytischen und anthropologischen Bestrebungen in der neueren Psychiatrie. *Psychiat. Neurol. u. med. Psychol.*, 18, 1966, 296–304.

medizinischen Nosologie und der Methodologie der ärztlichen Diagnostik. Diese im nächsten Kapitel eingehender dargestellten Forschungen tendierten auch zu einer umfassenderen Sicht der theoretischen Problematik der Medizin und bildeten erste Ansätze für eine wissenschaftstheoretische Analytik grundlegender Bereiche der medizinischen Wissenschaft. Auch dieser Ansatz hat seit den fünfziger Jahren eine enorme Entfaltung erfahren und umfaßt seither neben nosologischen und diagnostischen Problemen auch die methodischen Grundlagen der therapeutischen und pharmakologischen Forschungsarbeit.

Ein erst in den letzten Jahrzehnten bewußt reflektiertes Moment neuer Art im Hinblick auf die theoretische Entwicklung der Medizin entstand durch die wachsende Verflechtung mit der Biologie und mit der Kybernetik. In diesem Prozeß erlangen Entwicklungen in diesen anderen Wissenschaften für die Medizin den Charakter von Modellösungen, auch dann, wenn solche Konzeptionen noch unfertig und wenig ausgereift sind. Diese Beziehungen haben den unschätzbaren Vorteil, neue Denkansätze hervorzubringen und zu fördern; ihre Gefahr besteht in der Möglichkeit schematischer Übertragungen auf den viele Besonderheiten aufweisenden Gegenstandsbereich der Medizin. Als besonders interessantes Beispiel für solche, das theoretische Denken in der Medizin befruchtende Einflüsse, sei hier auf die Arbeiten [121] Bertalanffys und seinen Entwurf einer allgemeinen Theorie der Biologie verwiesen⁸. Die Biologie weist übrigens in den letzten Jahrzehnten hinsichtlich der Notwendigkeit einer theoretischen Integration ganz analoge Entwicklungstendenzen auf wie die Medizin. Wissenschaftstheoretisch bedeutsam sind diese Analogien deshalb, weil sie es ermöglichen, bestimmte Lehren der bisherigen Entwicklung auch für das Herangehen an die Theorienbildung zu verallgemeinern⁹.

Ein weiteres neuartiges Merkmal in der gegenwärtigen Entwicklungsetappe der Aufklärung der Problemsituation des theoretischen Erkennens in der Medizin ist ein sich allmählich abzeichnender Funktionswandel der Geschichte der Medizin als Wissenschaft. Die Forschungsarbeit in diesem Gebiet orientiert sich zunehmend auf prinzipielle Fragen der Entwicklungsbedingungen der theoretischen Erkenntnis und der Methodik und erreicht dabei wichtige wissenschaftstheoretische Einsichten. Eine führende Rolle bei der Umgestaltung des wissenschaftlichen Profils der Medizingeschichtsschreibung, die allerdings noch keinesfalls abgeschlossen ist, spielt Rothsuh, dessen Arbeiten aus den letzten Jahrzehnten wesentlich zur Förderung eines neuen Wissenschaftsbewußtseins in der Medizin beigetragen haben¹⁰.

Unter den Bedingungen des Sozialismus – die heute zugleich die Bedingungen eines bewußt gestalteten gesellschaftlichen Verhältnisses zu den Anforderungen der wissenschaftlich-technischen Revolution sind – werden noch weitere Erfordernisse im System der theoretischen Entwicklung wirksam. Im Vordergrund steht dabei die gesellschaftlich bedingte Notwendigkeit, die wissenschaftliche Entwicklung planmäßig so zu gestalten, daß die vorhandenen Potenzen mit bestmöglichem Effekt für die Lösung der wichtigsten Aufgaben eingesetzt werden. Wissenschaftsplanung und eine dementsprechende Wissenschaftsleitung sind jedoch nur bei einem bestimmten Grad von Einsicht in theoretische Grundsatzfragen möglich. Jede für die Wissenschaftsplanung unumgängliche Prognostik setzt neben der methodologischen Beherrschung der Prognosebildung die Orientierung an einem theoretischen Modell des jeweiligen komplexen Objektbereiches, insbesondere die Kenntnis seiner wichtigsten Gesetzmäßigkeiten voraus. Die bei uns in den letzten Jahren eingeleiteten Maßnahmen zur Schaffung eines Systems der Planung [122] und Leitung der medizinischen Wissenschaft in der Deutschen Demokratischen Republik sind in der gegenwärtigen Etappe der Ausdruck eines schon relativ hohen

⁸ Vgl. die Bibliographie in der Arbeit *Bendmann, A., L. v. Bertalanffys organismische Auffassung des Lebens in ihren philosophischen Konsequenzen*. Jena 1967.

⁹ Vgl. *Löther, R.*, Philosophische Probleme der Biologie. DZfPh. 14, 1966, 315–327. und *Kaiser, H. und Voigt, W.*, Probleme einer Allgemeinen oder Theoretischen Biologie. DZfPh. 15, 1967, 435–445.

¹⁰ Vgl. dazu neben anderen noch später zu erwähnenden Arbeiten vor allem: *Rothsuh, K. E.*, Wissenschaftstheoretische Bemerkungen zur Physiologie und zur Geschichte der Physiologie. Sudhoff's Archiv für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften. Bd. 37, 1953, 361–369 und *Rothsuh, K. E.*, Idee und Methode in ihrer Bedeutung für die geschichtliche Entwicklung der Physiologie. Sudhoff's Archiv für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften. Bd. 46, 1962, 97–119.

Entwicklungsstandes der theoretischen Beherrschung des Gegenstandsbereiches der Medizin, aber auch zugleich Ausdruck eines ständigen Bedürfnisses nach der Sicherung der Stabilität und Effektivität dieses Mechanismus. Die damit speziell sich auftuende Problematik umfaßt viele verschiedene Aufgaben und reicht von der Gestaltung des wissenschaftlichen Informationssystems bis zur theoretischen Integration im vorher beschriebenen Sinne. Mit dieser neuerlichen Erweiterung der Aufgaben zur theoretischen und methodologischen Beherrschung des Wissenschaftssystems „Medizin“ (und zugleich auch des gesellschaftlichen Systems „Gesundheitswesen“) entsteht auch eine neue Verantwortlichkeit der Wissenschaftler gegenüber den grundlegenden theoretischen Problemen ihrer Arbeit.

Die genannten Entwicklungen und neuen Anforderungen sind nicht nur für die Medizin charakteristisch, sondern können auch als spezieller Ausdruck eines allgemeinen Entwicklungstrends in der Wissenschaft verstanden werden. Neben vielen wichtigen Momenten, wie beispielsweise einer zunehmenden Verwandlung der Wissenschaft in eine unmittelbare gesellschaftliche Produktivkraft, wird die neue Situation der modernen Wissenschaft auch durch eine zunehmende Rolle und Bedeutung der theoretischen Erkenntnis bestimmt. Diese ergibt sich vor allem daraus, daß als notwendige Folge der Anhäufung wissenschaftlicher Erkenntnisse, der Erlangung tieferer Einsichten in gesetzmäßige Zusammenhänge und der komplexer und schwieriger werdenden, neu zu lösenden Probleme die Gestaltung des wissenschaftlichen Abbildes eines bestimmten Realitätsbereiches einen immer größeren Aufwand an konstruktiv-ideeller Arbeit erfordert. In dieser Hinsicht wiederholt sich in der wissenschaftlichen Erkenntnis, was im individuellen Fall einer komplizierten Aufgabenlösung augenscheinlich erfahrbar wird – die Vergrößerung des Aufwandes bei der Vervollkommnung des ideellen Modells der Außenwelt und bei der Ermittlung der jeweils optimalen Variante für den gesuchten Handlungsvollzug¹¹. Gerade weil die Medizin wesentlich empirisch fundiert und in entscheidendem Maße praxisorientierte Wissenschaft ist, nimmt sie bezüglich dieser allgemeinen Entwicklung in der modernen Wissenschaft nur insofern eine Sonderstellung ein, als die wissenschaftstheoretische Analyse der medizinischen Erkenntnisgewinnung eine noch dringendere Aufgabe als anderswo ist.

[123] Als Ergebnis der groben Übersichtsdarstellung zur Herausbildung einer neuen Problemsituation der theoretischen Erkenntnis in der Medizin ergeben sich vor allem folgende Feststellungen:

1. Einen zentralen Rang unter den mit der theoretischen Erkenntnis verbundenen Fragen nimmt in der Medizin das Problem der Schaffung eines integrativ wirkenden Gegengewichts gegen die Spezialisierung und Zersplitterung ein. Das betrifft sowohl die einzelnen Fachgebiete wie die Medizin als Ganzes. Da für diese Integration Methodologie und Theorie von entscheidender Bedeutung sind und neben anderen vorwiegend synthetische und Vermittlungsfunktionen erfüllen, werden diese Komponenten in der wissenschaftlichen Erkenntnis zum Angelpunkt aller künftigen Fortschritte empirischer und praktischer Art. Die Untersuchung der Wege, auf denen allgemeine ideelle Modelle des gesamten Objektbereiches der Medizin geschaffen werden können, wird damit zu einem besonders dringlichen Auftrag wissenschaftstheoretischer Forschungsarbeit für die Belange der Medizin.
2. Ein besonders hoher Schwierigkeitsgrad für die Integration im Bereich der medizinischen Erkenntnis ergibt sich aus den Besonderheiten des Erkenntnisobjekts der Medizin, daraus, daß die Medizin es vor allem mit dem komplexen und vielschichtigen Phänomen „Mensch“ zu tun hat. Dadurch wird ein besonderer Grad der Verbundenheit von medizinischem und philosophischem Denken geprägt. Theoretische Integration erfordert im Hinblick auf diese Besonderheiten vor allem die Klärung der eigentümlichen Systemeigenschaften des menschlichen Organismus, der Rolle des Psychischen und des Sozialen sowie die theoretische Erfassung der Persönlichkeit und der Rolle der Persönlichkeit im ärztlichen Handeln. Die wissenschaftstheoretische Forschung zur

¹¹ Die Betonung der wachsenden Rolle der theoretischen und in sie eingeschlossen der methodologischen Erkenntnis bedeutet natürlich nicht, daß zugleich damit etwa die Rolle der empirischen Ebene wissenschaftlicher Arbeit geringer würde. Eine solche Interpretation des Gesamtvorganges würde übersehen, daß nach wie vor neue Einsichten in Eigenschaften und Bewegungsgesetze materieller Systeme in erster Linie durch das Studium dieser Objekte selbst entstehen und daß jegliche theoretische Arbeit den ständigen Rückbezug zur Realität braucht, um nicht in Spekulation und unfruchtbare Konstruktionen zu verfallen.

theoretischen Erkenntnis in der Medizin muß unter diesem Aspekt ihre Ergänzung durch inhaltliche Entscheidungen zu den angeführten Hauptfragen finden und muß versuchen, die methodisch sinnvollen Zugänge zur Klärung gerade dieser Fragen in der Medizin aufzudecken.

3.2. Das System der medizinischen Wissenschaft und seine inneren Entwicklungstendenzen

Da sich der unmittelbare Anlaß für die Notwendigkeit einer theoretischen Integration in der Medizin aus der zunehmenden Differenzierung der wissenschaftlichen Forschung in Fragestellung und Methodik ergibt, muß der Ausgangspunkt für eine diesem Problem gewidmeten Untersuchung in der Erfassung des Systems der medizinischen Wissenschaft und seiner notwendigen inneren Entwicklungstendenzen gesehen werden. Wir gehen dabei vom heuti-[124]gen Entwicklungsstand aus und orientieren uns an drei methodologischen Prinzipien, die wissenschafts- und erkenntnistheoretisch leicht begründbar sind.

Das erste dieser Prinzipien besagt, daß die Struktur eines jeden Wissenschaftssystems in der Tendenz der Struktur des Objektbereiches im wesentlichen entspricht bzw. diese abbildet und deshalb zugleich Aufschlüsse über die inhaltliche Problematik der Verknüpfung von theoretischen Teilbereichen zu einem Gesamtabbild vermittelt.¹²

Als zweites Prinzip kann gelten, daß in der Wissenschaftsentwicklung notwendig neben der Tendenz zur Differenzierung eine Tendenz zur Integration wirksam wird und auch ihren mehr oder weniger deutlichen Ausdruck im Wissenschaftssystem und seiner Entwicklungsrichtung finden muß.¹³ Der historische Gang der wissenschaftlichen Entwicklung bringt in diesem Sinne näherungsweise seine eigene Gesetzmäßigkeit zum Ausdruck.

Drittes kann als Prinzip die These gelten, daß in einem strukturierten Wissenschaftssystem bestimmte Beziehungen zwischen Teilbereichen von vorrangiger Bedeutung für die theoretische Abbildung des komplexen Objektbereiches sind, vor allem solche, die die dialektische Widersprüchlichkeit im Kern des Objekts ausdrücken und die deshalb auch einer logisch-synthetisierenden Betrachtung besondere Schwierigkeiten bereiten.

Der Aufweis dieser allgemeinen Beziehungen im medizinischen Wissenschaftssystem erfolgt dabei mit der Absicht, Hinweise für die Formen und Inhalte der Integration im theoretischen Teil der medizinischen Erkenntnis zu erhalten. [125]

Um eine Übersicht über dieses umfassende Wissenschaftssystem zu gewinnen, kann man zunächst nur von der Ordnung ausgehen, die sich in den wissenschaftlichen Institutionen dieses Gebietes, wie den Instituten und Kliniken, sowie in den überschaubaren Wechselbeziehungen zwischen diesen institutionalisierten Disziplinen repräsentiert. Wenn man dabei von den immer vorhandenen Sonderfällen und Übergangslösungen absieht, kommt man zu einem im groben doch allgemeingültigen Abbild dieser Struktur, die Gruppenbildungen enthält oder zuläßt. Die uns bekannten systematischen Studien zu dieser Struktur der medizinischen Wissenschaft aus den letzten Jahren gehen bei dieser Gruppenbildung noch unterschiedlich vor, führen aber zu einigen übereinstimmenden interessanten Konsequenzen. Bondarenko, von dem eine entsprechende Untersuchung vorgelegt wurde, versucht sämtliche in seiner Sicht wesentliche Disziplinen der Medizin in fünf Hauptgruppen zusammenzufassen. Dadurch werden voneinander abgehoben: die Fächer der medizinischen Biologie (mit Anatomie, Physiologie, Genetik bis zur Mikrobiologie), die Fächer der Pathologie (von der Allgemeinen Pathologie

¹² Die Bildung eigenständiger Fachrichtungen, Disziplinen und Wissenschaftsbereiche erfolgt in der Regel deshalb in einer Anpassung an objektive Ordnungen im Realitätsbereich, weil sie von vornherein mit der Suche nach wissenschaftlich begründbaren Objektbegrenzungen und nach spezifischen Methoden verbunden ist. Die Klassifikationsvorstellungen können bezüglich der Wissenschaftsgliederung vielfältig sein und unterschiedlichen Zwecken genügen, sie können aber nicht subjektiv willkürlich gesetzt werden.

Vgl. *Richter, F.* und *Krause, W.*, Die Entwicklung der Theorie von der Differenzierung und Klassifizierung der Wissenschaften. In *Mikrokosmos – Makrokosmos*, Bd. I., Berlin 1966, S. 41–70, Vgl. *Herlitzius, E.*, Das Problem der Relativität von Klassifikationen und Gegenstandsbestimmungen., *DZfPh.*, 15, 1967, 40–49. Vgl. *Rochhausen, R.*, u. a., Die Klassifikation der Wissenschaften als philosophisches Problem. Berlin 1968.

¹³ Die Integration in der Wissenschaftsentwicklung ist mit dem Differenzierungsprozeß verbunden, ist aber nicht dessen schlechter Gegensatz, sondern hat diesen zur Voraussetzung.

Vgl.: „Integration erfolgt dann, wenn relativ unabhängige und relativ selbständige Elemente mehr oder minder beständige Strukturen und damit ein System bilden, wobei sich ihre Unabhängigkeit und Selbständigkeit verringert ...“ *Pawelzig, G.*, Integration als philosophische Kategorie. *DZfPh.* 14, 1966, 1064–1075.

bis zur Allgemeinen Epidemiologie und Anästhesiologie), die Fächer der Klinik bis hin zur Geriatrie, die Fächer der Sozialhygiene und schließlich die letzte Gruppe mit den wenig miteinander verbundenen Hauptgebieten Organisationswissenschaft, Statistik und angewandte Grenzdisziplinen (Gerichtsmedizin bis kosmische Medizin)¹⁴. Rothsuh, von dem die andere für uns wichtige Darstellung stammt, geht von vornherein von einem mehr grundsätzlichen Aspekt an die Strukturabbildung heran und versucht sie in einem theoretisch orientierten Modell des „Hauses der Medizin“ zu verdeutlichen. Er unterscheidet drei Hauptgruppen voneinander, nämlich die ‚Fächer der medizinischen Wissenschaft‘ (die cognitiv-wissenschaftliche Basis), die Fächer der ‚ärztlichen Lehre‘ (die theoretisch-systematische Basis) und die Fächer der ‚praktisch-handwerklichen‘ Seite (die empirische Basis). Diese Einteilung ist allgemeiner und läßt eine Zuordnung der einzelnen Fachgebiete zu diesen Gruppen nur mit Schwierigkeiten finden.¹⁵ Über die in den genannten Arbeiten entwickelten unterschiedlichen Klassifikationssysteme kann man verschiedener Meinung sein. Unabhängig davon ist das gemeinsame Ergebnis der theoretischen Reflexion zu diesen Systemen insofern wertvoll, weil es zentrale integrativ wirkende Tendenzen aufzeigt. An diese Vorarbeiten, die von gegenüber dem heutigen Stand schon wieder unvollständigen Übersichten ausgehen, anknüpfend, lassen sich vor allem folgende Einsichten in Neuentwicklungen ableiten.

Die Gruppe von Disziplinen und Forschungsrichtungen, die dem speziellen Bereich der Medizin als Wissenschaft von den menschlichen Krankheiten, ihren Ursachen, Gesetzmäßigkeiten, Heilungs- und Vorbeugungsmöglichkeiten, grundlegend vorgeordnet ist und die allgemeinen organismischen Vor- [126]aussetzungen der sozialen Existenz des Menschen erforscht, umfaßt einen relativ eigenständigen Gegenstandsbereich. Obwohl man gegenwärtig noch gewohnheitsmäßig zu dieser Gruppe vorwiegend nur Disziplinen naturwissenschaftlichen Charakters, insbesondere die Anatomie mit vorwiegend morphologischer Fragestellung, die biochemisch oder physiologisch-chemischen Disziplinen und Physiologie sowie Biophysik mit vorrangig funktioneller Problematik zählt, gehören dazu dem Wesen nach auch die Psychologie des Menschen und die Soziologie, soweit sie für die medizinische Problematik wesentliche Erkenntnisse über den Menschen erarbeiten. Innerhalb dieses Bereiches vollziehen sich fortlaufend Veränderungen in Richtung einer weiteren Differenzierung und auch in Form zeitweiliger Schwerpunktverlagerungen hinsichtlich der Bedeutung der einzelnen Fachgebiete. Über diesem gesamten Bereich ist eine verallgemeinernde einheitliche theoretische Ebene im Entstehen begriffen, die wohl am besten als Theorie einer einzelwissenschaftlichen Anthropologie bezeichnet werden kann. Die Ausarbeitung einer solchen verallgemeinernden Stufe wird beim gegenwärtigen Stand der Unabgeklärtheit des Gegenstandes und der Aufgaben einer solchen Theorie eine schwierige Aufgabe bleiben. Wenn es aber gelingt, die im theoretischen System der Medizin hier noch existierende Leerstelle auszufüllen, erhalten die pathologische und die klinische Ebene einen besseren Ausgangspunkt für ihre theoretische Arbeit als das heute der Fall ist. Die Schwierigkeit der Aufgabe besteht dabei weniger in der Synthese der Ergebnisse der naturwissenschaftlichen Teilgebiete, sondern vor allem in der Zusammenfügung dieses naturwissenschaftlichen mit dem psychologischen und soziologischen Kernbereiche. Da gerade diese Zusammenfügung auch im speziell medizinischen Wissenssystem noch aussteht, dürfte ihr Vollzug auf dieser Grundlagenebene eine der methodologisch entscheidenden Vorleistungen für die Entwicklung der Theorie der Medizin überhaupt sein.¹⁶

[127] In der nächsten, ebenfalls relativ klar und deutlich begrenzbaren Gruppe der pathologischen Disziplinen, deren zentrale Problematik die Erforschung der Gesetzmäßigkeiten der Entstehung und

¹⁴ Bondarenko, P. P., Einige Fragen der Klassifikation der medizinischen Wissenschaften. In: Methodologische Probleme der modernen Medizin, Moskau 1965, Seite 7–23 (russ.).

¹⁵ Rothsuh, K. E., Prinzipien der Medizin. München-Berlin (W) 1965 (bes. das Kapitel: Gliederung, Aufbau und Systematik der Medizin). Die in beiden Arbeiten enthaltenen schematischen Darstellungen können hier nicht wiedergegeben werden, da ihr Verständnis die Kenntnis der prinzipiellen Überlegungen der Autoren voraussetzt, die hier nicht umfassend genug behandelt werden können.

¹⁶ Die relativ einfache Logik dieser Beziehungen wird heute noch dadurch verdeckt, daß die einzelwissenschaftliche und ebenfalls vorrangig noch biologisch orientierte Anthropologie als Wissenschaftsrichtung außerhalb des medizinischen Grundlagenforschungsbereiches angesiedelt ist. Die Ansätze zur Eingliederung der Anthropologie – die hier auch ausdrücklich von einer spekulativen philosophischen Anthropologie abgegrenzt werden muß – in die Medizin und zur Herausbildung einer Theorie der Anthropologie über die der Medizin als Grundlage dienenden Spezialwissenschaften vom Menschen sehen wir u. a. in solchen Arbeiten wie: Rothsuh, K. E., Theorie des Organismus. München 1959, und auch in den Versuchen präziserer wissenschaftssystematischer Klärungen, wie sie beispielsweise enthalten sind in: Löther, R., Medizin, Menschenbild und Philosophie. In: Mikrokosmos – Makrokosmos. Bd. I., Berlin 1966, S. 71–95.

Wir müssen allerdings eingestehen, daß die heutigen Vorstellungen zum Gegenstand und zur Funktion einer solchen einzelwissenschaftlichen Anthropologie zu allgemein und unbestimmt sind, um Folgerungen wissenschaftsorganisatorischer Art zuzulassen.

Entwicklung von Krankheiten ist, gibt es eine weitaus bessere Lösung für die theoretische Verallgemeinerung über diesem Gebiet als Ganzem. Die dazu in erster Linie dienende „Allgemeine Pathologie“ bringt als relativ abgegrenzter Lehrbereich und als Forschungsgebiet einen ziemlich geschlossenen Überblick über den Bereich der Somatopathologie. Außerordentlich problematisch ist jedoch für diesen Bereich der wissenschaftliche Ort für die Behandlung der Grundsatzfragen des Psychischen und des Sozialen bezüglich der pathologischen Fragestellungen. Gewisse Ansätze zu einer Einbeziehung dieser Seiten in die traditionelle „Allgemeine Pathologie“ tauchen immer wieder auf. Sie bestehen entweder in einem relativ umfassenden Ausbau jener Teilgebiete des pathologischen Wissens, die mit neurologischen und biochemischen Grundlagen ein Übergangsfeld zum Phänomenbereich des Psychischen darstellen oder es geschieht dieser Ausweitungsversuch etwa nach dem Muster der Pathologie Büchner's durch die Einbeziehung allgemeiner Erwägungen zur Psychosomatik und Sozialpathologie.¹⁷

Trotz einiger solcher Ausweitungsbestrebungen in theoretischer Hinsicht ist die Psychopathologie als ein außerordentlich wichtiger Bereich jeder verallgemeinernden Theorie menschlicher Krankheiten bisher aus der Gruppe pathologischer Disziplinen ausgeschlossen geblieben. Infolge des Fehlens einer entsprechenden empirischen Forschungsbasis im pathologischen Sektor blieb sie der Psychiatrie zugeordnet und damit in der Regel auch untergeordnet, weil nun einmal im klinischen Raum praktische Fragestellungen die dominierende Rolle einnehmen.¹⁸ Ebenfalls unbefriedigend ist der Stand der theoretischen Klärung sozialer Aspekte pathologischen Geschehens. Hier liegt der entscheidende Grund für das Herausfallen dieses theoretischen [128] Problemkreises aus der Reflexionsebene der Pathologie vor allem im Fehlen eines entsprechenden empirischen Forschungsbereiches.

Weitere allgemeine Ursachen, die miteinander verflochten zur Konstituierung des Teilsystems Pathologie als Somatopathologie geführt haben, sind wissenschaftsgeschichtlicher Art. An erster Stelle kann man hier die historisch zu erklärende Vorrangigkeit der biologisch-naturwissenschaftlichen Denkweise in der Medizin des letzten Jahrhunderts anführen. Im Rahmen dieser Denkweise erschien die Gesetzmäßigkeit biologischer Prozesse als dermaßen bestimmend und grundlegend für den Menschen, daß allen anderen Aspekten eine absolut sekundäre Bedeutung zugeschrieben wurde. Die methodologische Konsequenz dieser Annahmen war die Gleichsetzung von Wissenschaft mit naturwissenschaftlicher Methodik – eine Konsequenz, die auch aus der bürgerlichen Philosophie heraus – insbesondere im Neupositivismus – eine kräftige Förderung und scheinbare Rechtfertigung erfuhr.¹⁹

Weiter spielt sicher eine große Rolle die besondere Schwierigkeit, die das Vorhaben, eine theoretische Synthese für qualitativ unterschiedene Sachgesetzmäßigkeiten zu finden, notwendig aufweist. Für das methodologische Herangehen an eine solche, dialektisches Denken fordernde Aufgabe, fehlen bis heute noch für die medizinisch-theoretischen Belange präzise genug ausgearbeitete Konzeptionen.

¹⁷ *Büchner, F.*, Allgemeine Pathologie. München 1962, (4). Dieser Hinweis auf das Verdienst, eine Problemerkweiterung der Pathologie anzustreben, bedeutet nicht, daß wir die allgemeine Interpretation dieser Grundbeziehungen bei Büchner akzeptieren. Diese allgemeine Auffassung ist bei ihm stark an der neuthomistischen Philosophie orientiert und enthält viele idealistisch-spekulative Momente.

¹⁸ Diese heute noch untergeordnete Stellung der Psychopathologie im System der Psychiatrie als klinischem Bereich ist aber nicht allein auf die Praxisorientierung in der Klinik zurückzuführen. Einen großen Einfluß auf diese Stellung der Psychopathologie hat auch, daß die Psychiatrie in der Vergangenheit, dem allgemeinen Trend folgend, um eine naturwissenschaftliche Arbeitsweise bemüht war und dabei manche Schwierigkeiten hatte, die relative Eigenständigkeit psychopathologischer Geschehens genügend im Blick zu behalten und theoretisch zu reflektieren. Weil Psychopathologie zunächst ein wissenschaftliches Problemgebiet darstellt und in sich psychologische und somatische Aspekte enthalten muß, kann sie nicht einfach durch Spezialgebiete wie Hirnforschung oder Neurophysiologie ersetzt werden.

¹⁹ Die Vorstellung, daß Medizin nur als Naturwissenschaft den Charakter einer Wissenschaft behalten kann, ist vor allem das Ergebnis der enormen Erfolge, die für theoretische und praktische Belange durch die Anwendung naturwissenschaftlicher Verfahrensweisen erreicht werden konnten. Es ist jedoch unmöglich, eine haltbare Begründung für die These aufzuweisen, daß die Verwendung anderer als der Methoden der klassischen Naturwissenschaft bei qualitativ andersartigen Objekten unwissenschaftlich sei. Der Widersinn einer Bindung des Begriffs Wissenschaft an die naturwissenschaftliche Methodik wird offensichtlich, wenn man sich überlegt, daß Mathematik und Logik als die derzeit exaktesten Wissenschaften das klassische Experiment beispielsweise überhaupt nicht verwenden. Die Maßstäbe für Wissenschaftlichkeit und Exaktheit müssen vom Gegenstandsbereich her, und nicht aus der Tradition gewonnen werden. Vgl.: *Kannegiesser, K. H.*, Gedanken zum Problem der Exaktheit in den Wissenschaften. Beiträge für das marxistisch-leninistische Grundlagenstudium, Leipzig, 6, 1967, 50–61.

Neben den erwähnten, relativ bescheidenen Anfängen zu einer weiteren Fassung des theoretischen Bereiches der Forschungsebene der Pathologie als Ganzes, sind vor allem die das Übergangsfeld zum Psychischen betreffenden Theorienansätze von besonderem Interesse gerade für diese methodologische Problematik. Diese liegen zunächst noch außerhalb der Pathologie als traditionellem Lehrgebiet und umfassen vor allem, erstens die schon mehrfach erwähnten psychosomatischen Systeme, zweitens die von der an Pawlow orientierten Neurophysiologie ausgehende Theorie einer cortico-viszeralen Pathologie und drittens die im Gebiet der Neurosenforschung und Psychotherapie vielfältig entstandenen Konzeptionen zur Erklärung psychisch-soma-[129]tischer Wechselbeziehungen. Eine induktiv vorgehende Bearbeitung der dabei erreichten, sehr unterschiedlichen empirischen Ergebnisse, die sich zunächst von einigen sehr hypothetischen Deutungen freimachen müßte, ist bisher nicht erfolgt. Eine Synthese der in diesem Bereich diskutierten Konzeptionen ist wegen zu großer Differenzen in den Begriffssystemen und deren Grundstrukturen nicht möglich. Eine vernünftige Integration der sich hier seit mindestens dreißig Jahren vollziehenden Entwicklungen in ein System theoretischer Aussagen der Allgemeinen Pathologie wird solange unmöglich bleiben, solange nicht von einer höheren theoretischen Ebene aus für diesen ganzen Übergangsraum eine sinnvolle methodologische Ordnung geschaffen werden kann. Die wissenschaftstheoretische Vorarbeit dafür wird somit zu einer zentralen Bedingung für die Weiterführung der bisherigen Ansätze zu einer integrativen Zusammenfassung der Gesamtheit der Erkenntnisse der Pathologie.

In einem dritten großen Bereich medizinischer Erkenntnis, den alle Klassifikationen übereinstimmend ausweisen, sind alle klinischen Disziplinen zusammengefaßt. Diese tragen sowohl den Charakter von Anwendungsgebieten für die in anderen Teilsystemen erarbeiteten Erkenntnisse, als auch zugleich den eines Teils der empirischen Basis für die Ebene der Pathologie, wie auch für die Ebene der Sozial- und Organisationserkenntnisse bezüglich des Gesundheitswesens. Der klinische Wissenschaftsraum ist ebenfalls ein in sich gegliedertes System empirisch-theoretischer Beziehungen. Im Mittelpunkt des theoretischen Wissens stehen hier nosologische, diagnostische und therapeutische Erkenntnisse verallgemeinerungsfähiger Art. Für diese drei Aspekte, besonders jedoch für die beiden erstgenannten, gibt es eine über alle Fachsparten hinweggreifende theoretische Reflexionsebene. Das nosologische Begriffssystem der Medizin, einschließlich der theoretischen Grundsätze über die wissenschaftliche Bearbeitung und die Charakteristika von Krankheitseinheiten gilt als einheitliches Grundgerüst für die gesamte Klinik, auch wenn es in sich unabgeschlossen und in steter Entwicklung begriffen ist.

Für die Diagnostik bildet sich ebenfalls – wir belegen das in einem gesonderten Abschnitt dieser Arbeit – ein für den gesamten klinischen Bereich gültiges System von Erkenntnissen heraus, das ebenfalls ein theoretisch vermittelndes Band schafft. Unübersichtlich ist die Entwicklung im Umkreis der therapeutischen Fragen. Die Zahl der sich auf die Klinik allgemein beziehenden Untersuchungen nimmt jedenfalls in bezug auf die Psychotherapie und auch auf die Methodenlehre klinischer Forschung zu.²⁰ Wenn man die Gesamtheit dieser Aspekte im wissenschaftstheoretischen Sinne gebührend wertet, erscheint demgegenüber die Untergliederung des klinischen Raumes in Fachdisziplinen als rein pragmatisch begründete Folge eines zunehmend arbeitsteiligen Vorgehens. Auch im theoretischen Problemfeld der klinischen Medizin hat die Beziehung zwischen Naturgesetzlichem und [130] dem Subjektsein des Menschen einen besonderen Rang, nur ist sie hier in verschiedenen Aspekten und nicht so konzentriert zu sehen. Neben anderem geht es hier einerseits um die Methodik der wissenschaftlichen Behandlung psychischer Phänomene in der Diagnostik (von der Psychiatrie bis zum Krankheitserleben bei allen möglichen Krankheitsarten) und zum anderen um die Wertung und praktische Gestaltung des Verhältnisses zum Patienten als Person. Wieweit die letztgenannte Beziehung jedoch überhaupt als Problem gesehen wird, ist bereits von grundlegenden weltanschaulichen Einstellungen bestimmt.

Nimmt man alle Aspekte zusammen, können sie als völlig ausreichender Grund angesehen werden, den Gesamtbereich der Klinik als relativ selbständig und auf jeden Fall auch mit einer ihm zugehörigen theoretischen Verallgemeinerungsebene zu betrachten.

²⁰ *Martini, P.*, Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1953.

Wie für die drei bisher behandelten Teilsysteme der medizinischen Wissenschaft lassen sich sicher auch für die noch weiter zu berücksichtigenden Gebiete von den Sachordnungen her solche Grenzen finden und zur Vereinheitlichung der theoretischen Abbildung drängende Entwicklungen nachweisen.

Gegenüber dem konkreten Reichtum sich ständig verändernder Beziehungen zwischen den einzelnen Strukturelementen des Wissenschaftssystems ist jede Systematisierung in relativ selbständige Ebenen nur sehr grob und allgemein. Im Moment unberücksichtigt lassen wir auch die möglichen Folgen, die sich aus der Konstituierung und Ausdehnung solcher Gebiete wie der medizinischen Kybernetik oder der Humangenetik ergeben können.²¹

Trotz dieser Unvollkommenheit und Grobmaschigkeit bietet die vorgenommene Systematisierung im Wissenschaftssystem eine genauere Abgrenzung der Ansatzpunkte für die wissenschaftstheoretische Analyse von Theorien- und Methodenfragen und zugleich eine erste Präzisierung des Problems einer allgemeinen, medizinischen Theorie. Von dieser allgemeinen medizinischen Theorie wird in den letzten Jahren häufiger gesprochen, ohne daß bisher über den Inhalt, die Funktion und die Bildungsmöglichkeiten genauer begründete und diskutabile Vorstellungen entstanden – mit Ausnahme von einigen Ansätzen in den nachgenannten Arbeiten. [131]

Als zwei charakteristische Belege für das derzeitige Verständnis einer allgemeinen Theorie der Medizin können Stellungnahmen von Löther und Rothsuh dienen. Bei Löther heißt es dazu: „Als Band der Theorien in den verschiedenen Spezialdisziplinen der Medizin bildet sich eine allgemeine medizinische Theorie heraus, welche die organismischen Grundlagen des gesellschaftlichen Daseins des Menschen, den menschlichen Organismus in Gesundheit und Krankheit, einschließlich des Psychischen, in seiner natürlichen und sozialen Bedingtheit zum Kernstück haben wird. Dabei handelt es sich um die allgemeine Theorie einer Einzelwissenschaft“.²² Rothsuh stellt an den Anfang seiner schon mehrfach erwähnten „Prinzipien der Medizin“ mit der Idee von den ‚Principia Medica‘ als den „allgemeinen Grundsätzen und Leitlinien ..., welche als gegenstandseigene und logische Strukturen das ganze Gebiet der Medizin durchziehen ...“, ebenfalls die Umrisse einer allgemeinen Theorie der Medizin.²³

Geht man von dem vorher skizzierten theoretischen Gefüge der medizinischen Wissenschaft aus, so ist eine allgemeine Theorie der Medizin nur sinnvoll als System mit drei Komponenten. Sie ist erstens und vornehmlich allgemeine Theorie über dem gesamten Bereich der Medizin und erfaßt dessen allgemeine Strukturen. Zweitens ist sie Metatheorie zu den Theorien der einzelnen begrenzten Bereiche, sofern solche Theorien ausgearbeitet vorliegen.²⁴

²¹ Eine „medizinische Kybernetik“ steht noch im Anfangsstadium ihrer Entwicklung. Theoretische Prinzipien der Kybernetik, die damit in stärkerem Maße in die Medizin hineingetragen werden, können die theoretische Denkweise durch die Betonung des systemorientierten und regelungstheoretischen Konzepts stark modifizieren. Im Wissenschaftssystem der Medizin wird sich aber sehr wahrscheinlich die medizinische Kybernetik in Form der Zuordnung von Teilgebieten zu verschiedenen medizinischen Bereichen, beispielsweise in der Zuordnung zu Physiologie und Biophysik, zur Allgemeinen Diagnostik und Medizintechnik u. a., und nicht als komplexes eigenständiges Fachgebiet einordnen.

²² Löther, R., *Medizin in der Entscheidung*. Berlin 1967, Seite 145.

²³ Rothsuh, K. E., *Prinzipien der Medizin*. München-Berlin (W) 1965, Seite 1. Dort werden vier Gruppen solcher Prinzipien unterschieden, nämlich erstens: Kognitive Prinzipien (*Principia Medica Naturae*), zweitens: Prinzipien der ärztlichen Denkschritte (*Principia Medica Theoretica*), drittens: Prinzipien der ärztlichen Tätigkeit (*Principia Medica Practica*) und viertens: normative Prinzipien der ärztlichen Ethik (*Principia Medica Normativa*). Von solchen allgemeinen und grundlegenden Prinzipien ist auch die Rede in: *de Rudder, B., Über Erkenntnisschichten und Axiome heutiger Medizin*. In: *Vom ärztlichen Denken und Handeln*. Stuttgart 1956, Seite 90–109.

²⁴ Unter Metatheorien versteht man Theorien, die die Struktur und Methoden einer anderen Theorie untersuchen. Dabei ist die logisch-formale Behandlung ein Mittel, Theorien zu präzisieren und hinsichtlich der logischen Richtigkeit zu prüfen. Man kann die Aufgabe einer metatheoretischen Untersuchung, die immer auf konkrete Theorien bezogen ist, aber auch in einem umfassenden Sinne verstehen und den semantischen Aspekt der Bedeutungsanalyse theoretischer Sätze bis hin zu Interpretationsfragen in den Mittelpunkt rücken. Der metatheoretische Aspekt einer allgemeinen Theorie der Medizin wird in dem Maße an Bedeutung gewinnen, wie die Theorien zu verschiedenen Bereichen präziser ausgearbeitet und einer gewissen Formalisierung unterzogen werden. Modellfälle solcher logisch exakten Theorien liefern gegenwärtig vor allem die Biophysik und Physiologie infolge ihrer engen Beziehung zur Mathematik. Wir gehen hier in Anknüpfung an unsere vorher genannte Definition von Theorie“ davon aus, daß Theorien immer für einen begrenzten Objektbereich und unter bestimmten Bedingungen gelten. Das besagt, daß im wissenschaftlichen Erkenntnisprozeß ein zu analysierendes Erkenntnisobjekt aus der Totalität seiner Beziehungen zur objektiven Realität insgesamt bis auf einen Rest solcher wichtiger Beziehungen isoliert wird. Dieser Rest von Beziehungen [132] bildet dann das System von Bedingungen, unter denen die Theorie Gültigkeit hat – sofern die Abbildung richtig erfolgte. Die in der Theorie gegebene Abbildung erfaßt

[132] Schließlich ist sie drittens zu einem Teil auch Theorie erster Stufe für jene Beziehungen, die im System der medizinischen Erkenntnis keine systematische wissenschaftliche Repräsentation haben oder für die es kein selbständiges Forschungsgebiet gibt, aus dem eine solche Repräsentation erwachsen könnte. Dieser Fall betrifft gegenwärtig und wohl auch künftig vor allem das Problemfeld der ethischen Regulative oder Prinzipien für das ärztliche Handeln und für das Verhalten im Forschungsprozeß.

Wenn man von dem zuletzt erwähnten Sonderbereich absieht, gibt es für eine allgemeine Theorie der Medizin eine Reihe beachtenswerter Besonderheiten, die sich aus deren erkenntnistheoretischer Stellung ergeben.

Das Arbeitsmaterial einer für den gesamten Objektbereich der Medizin geltenden und dessen allgemeine Strukturen erfassenden Theorie ist zumeist nicht empirisches Wissen, sondern bereits theoretisches Wissen einer hohen Abstraktionsstufe. Als solches theoretisches Wissen werden hier bei der Theorienbildung wirksam: allgemeine Modellvorstellungen von der Struktur und den Beziehungsgefügen des Objektbereiches, die entweder aus begrenzten Theorien oder aus allgemeinen Theorien anderer Wissensbereiche (Biologie; Philosophie u. a.) abgeleitet bzw. übernommen werden; theoretische Sätze bzw. Aussagen zu allgemeinen Zusammenhängen und Gesetzen, die ebenfalls diesen unterschiedlichen Ursprung haben können und theoretische Begriffe bzw. Kategorien für Beziehungen und allgemeine Systemcharakteristika.²⁵

[133] Der Charakter dieser Ausgangsmaterialien bedingt, daß die Arbeit an einer allgemeinen Theorie der Medizin fast ausschließlich rein logischer Natur ist und daß die Prüfung der entsprechenden Entwürfe und der grundlegenden theoretischen Aussagen weitgehend nur vermittelt, mit Bezug auf andere Formen theoretischer und empirischer Erkenntnis und mit Bezug auf den Nutzen möglich ist. Die Prüfung von Entwürfen zu allgemeinen Theorien der Medizin (wie auch zu allgemeinen Theorien anderer Wissenschaftsbereiche) erfolgt zunächst mit der Absicht, deren Erkenntnisgehalt festzustellen. Die allgemeine Forderung, daß Theorien in der Erfahrung bestätigt sein müssen, die unumgänglich ist um wissenschaftliche Wertungen überhaupt vornehmen zu können, ist schon bezüglich jeder beliebigen Theorie schwer zu realisieren. Ein Wahrheitsbeweis für Theorien im ganzen ist unmittelbar und direkt überhaupt nicht möglich, und der Wahrheitsnachweis für diese oder jene Aussage einer Theorie kann nicht als zureichende Bestätigung des ideellen Systems angesehen werden.²⁶ Diese

dann die innere Struktur des Objektbereiches so, wie sie durch diese Bedingungen determiniert wird. Die Untersuchung dieser Gültigkeitsgrenzen von Theorien, ihrer durch Wandlungen der Bezugssysteme erfolgenden Umformungen und die Herausarbeitung einer Topologie der Beziehungen im Objektbereich sind Aufgaben der Bedeutungsanalyse im Rahmen einer Metatheorie.

²⁵ Die Aussagen einer Theorie sollen die Struktur des Objektbereiches und dessen quantitative und qualitative Eigenart relativ vollständig abbilden. Um dieser Forderung gerecht zu werden, gehen in die modernen wissenschaftlichen Theorien notwendigerweise auch Begriffe und Aussagen ein, die nicht direkt in der empirischen Ebene der Untersuchung erschlossen werden, sondern grundlegende Relationen und vom Zweck der Forschung abhängige Klassifikationen ausdrücken. Solche Begriffe werden weitgehend von den Querschnitts- oder Strukturwissenschaften relativ selbständig analysiert und erhalten von dort ihre exaktere Bestimmung. Das gilt ebenso für Begriffe wie „Menge“, „Element“, „Stetigkeit“ u. a., die hauptsächlich in Mathematik und Logik behandelt werden, wie für die Begriffe „System“, „Regelung“, „Stabilität“ u. a., die in den letzten Jahrzehnten vorrangig im Rahmen der Kybernetik eingehend bearbeitet wurden. Eine ganze Reihe solcher Begriffe sind nur im Kontext einer bestimmten Theorie zu verstehen und im Zusammenhang mit dem jeweiligen ideellen System auf ihren Bedeutungsgehalt zu prüfen. Entscheidend ist, daß gerade diese Art Kategorien ordnungsschaffend im ideellen [133] Bereich sind, obwohl sie immer nur eine vermittelte Beziehung zur Realität haben und nicht für sich in ihrem vollen Bedeutungsgehalt aus der Erfahrung oder empirischen Kenntnis ableitbar werden.

²⁶ Der Begriff „Bestätigung“ wird deshalb in der Wissenschaftstheorie verwendet, weil die zumeist nur für bestimmte Aussagen einer Theorie vorliegenden Wahrheitsbeweise nicht erlauben, das Ganze einer Theorie im strengen Sinne als wahr zu bezeichnen und deshalb eine Gradabstufungen ermöglichende Charakteristik angewandt werden muß. Der Grad der „Bestätigung“ gibt dann auch ein ungefähres Maß für die Unterscheidung eines hypothetischen ideellen Systems (mit noch sehr geringer Bestätigung) von einer Theorie. Bezüglich einzelner theoretischer Sätze spricht man dagegen meist von „Verifizierung“ oder „Falsifizierung“. Der Sprachgebrauch in diesem Gebiet der sich erst herausbildenden Wissenschaftstheorie ist noch unterschiedlich. Zu der grundlegenden Problematik verweisen wir insbesondere auf die interessante Arbeit von *Svyrjev, V. S.*, Einige Fragen der logisch-methodologischen Analyse des Verhältnisses von theoretischer und empirischer Wissensebene. In: Studien zur Logik der wissenschaftlichen Erkenntnis. Berlin 1967, Seite 72–112.

zentrale und außerordentlich komplizierte Frage nach den Kriterien des wissenschaftlichen Wertes von Theorien läßt sich gegenwärtig immer nur so lösen, daß als Gradmesser der Bestätigung einer Theorie die Menge der verifizierten entscheidenden Aussagen und die Voraussagefähigkeit des Gesamtsystems genommen werden.²⁷ Die Prüfung jener Elemente einer allgemeinen Theorie der Medizin, die nicht direkt Ergebnis der Verallgemeinerung empirischen medizinischen Wissens sind, sondern den genannten anderen Quellen entstammen, ist besonders schwer, da diese Aussagen zuerst eine Interpretation bezüglich medizinisch relevanter Sachverhalte auf der empirischen Ebene erfahren müssen.²⁸ Diese Aufgabe tritt beispielsweise auf, wenn wir etwa diagnostische Vorgänge mit Hilfe des Informationsbegriffs theoretisch erfassen wollen oder wenn wir beispielsweise organismische Vorgänge mit solch allgemeinen Begriffen wie „Regelung“, „Stabilität“ und anderen zu erklären versuchen. Wenn man weiterhin bedenkt, daß die Bestätigungs- bzw. Verifikationsmöglichkeiten im Sinne einer experimentellen oder erfahrungsmäßigen Prüfung mit wachsender Allgemeinheit der Aussagen grundsätzlich schwieriger werden, wird einleuchten, daß die strengen Anforderungen an die Theorienbildung in diesem Bereich der Medizin nicht verabsolutiert werden dürfen. Wir halten es für möglich, bei wachsender Schwierigkeit empirisch durchzuführender Prüfungen bei solchen Theorien die Bedeutung der Voraussagefunktion – die allerdings ebenfalls einen noch gesondert zu nennenden Inhaltswandel erfährt – für die Wertung der theoretischen Systeme stärker einzusetzen.²⁹ Die gelegentlich gebrauchte Faustregel, eine Theorie ist umso wertvoller je besser sie als heuristisches Instrument im Erkenntnisfortgang wirkt, bringt die gemeinte Beziehung anschaulicher zum Ausdruck. Damit nehmen aber auch die konstruierenden, hypothesenbildenden und modellschaffenden Komponenten in dieser Abstraktionsebene eine besonders wichtige Rolle ein. Infolge einer solchen Akzentverschiebung wird [135] diese Ebene einer allgemeinen medizinischen Theorie damit aber auch nicht so sehr als erkenntnisabschließende, sondern vor allem als die Erkenntnissuche vorantreibende Denkebene aufzufassen sein.

Zwangsläufig gilt auch für eine solche Theorie, daß ihre Erklärungsfunktion vor allem allgemeine Zusammenhänge im Sachverhaltsbereich und im System der unteren Stufen theoretischer Erkenntnis betrifft. Die Erwartung eines „praktischen Nutzens“ im üblichen Sinne, etwa der Möglichkeit, mit den Ergebnissen der Theorie im konkreten Vollzug von Diagnostik und Therapie „etwas anfangen zu können“, ist dem Wesen dieser Erkenntnisstufe absolut unangemessen. Wobei wir aber wieder ausdrücklich zu vermerken haben, daß das einige Teilbereiche, die oben genannt wurden, nicht betrifft.

Ihr hauptsächlichster Wert oder Nutzen wird vornehmlich in der methodologischen Funktion sichtbar, die mit der der Voraussage engstens verbunden ist.³⁰ Wenn unsere Überlegungen über das System

²⁷ Der Erkenntniswert wissenschaftlicher Theorien äußert sich vornehmlich in drei Funktionen, die indirekt den Wahrheitsgehalt, die Richtigkeit und Diesseitigkeit unseres Denkens repräsentieren und die zu erfüllen der letztliche Zweck der theoretischen Arbeit als einer Stufe im Erkenntnisvorgang überhaupt ist. Die erste dieser Funktionen ist die der Erklärung oder Explanat. Sie besteht darin, für Eigenschaften, Beziehungen und Gesetze, die für den Objektbereich behauptet werden, Begründungen aufzuzeigen, aus denen heraus die Notwendigkeit bestimmter Sachverhalte begriffen werden kann. Die Arten von Erklärungen sind vielfältig – so gibt es beispielsweise kausale, funktio-[134]nale, genetische u. a. – aber alle diese Erklärungsformen sind an bestimmte logische Grundforderungen gebunden. Weitere Funktionen auf die wir noch eingehen, sind die der Voraussage oder Prediktion und wie wir meinen, auch die einer methodologisch-heuristischen Wirkung für den Erkenntnisfortschritt.

²⁸ Die Interpretation ist die Festlegung der empirischen Bedeutung der Theorie und erfolgt in der Form, daß die Zusammenhänge bestimmter theoretischer Aussagen (zumeist solcher, die deduktiv gewonnen werden) mit Beobachtungsprädikaten bzw. den empirisch feststellbaren Eigenschaften des Objektbereiches explizit festgelegt werden.

²⁹ Eng verbunden mit der Erklärung im wissenschaftlichen Sinne ist die Funktion der Voraussage oder Prediktion, die Theorien erfüllen sollen. Sofern Theorien ja allgemeingültige Aussagensysteme sind und nicht nur für die in der empirischen Forschung direkt erfaßten, sondern auch für die vergangenen und künftigen (potentiell möglichen) Ereignisfolgen eines Bereiches gelten, ermöglichen sie die Ableitung von Aussagen über empirisch noch nicht zugänglich gewordene Ereignisse und Beziehungen aus den allgemeinen Gesetzen heraus. Gerade diese Möglichkeit, die sich sowohl in Voraussagen für sinnvolle wissenschaftliche Untersuchungsarbeit (als theoretisch begründete Hypothese über neue Beziehungen und deren experimentelle Analyse) als auch in Form der Prognose äußern kann, ist entscheidend für die Vergrößerung der bewußt organisierten Herrschaft des Menschen über objektive Prozesse und letztendlich nur dem theoretischen Denken eigen.

³⁰ Von „Methodologie“ wird heute noch in zwei Bedeutungen gesprochen. Einmal versteht man darunter eine allgemeine Theorie der wissenschaftlichen Methoden, die entweder für den Bereich eines Wissenschaftsgebietes (als Methodenlehre

theoretischer Bereiche oder Zonen in der Medizin annähernd zutreffend sind, dann ist die Methodologie im engeren Sinne einer Methodenlehre, die mit Bezug auf die Besonderheiten eines bestimmten Objektbereiches ausgearbeitet wird, zunächst Bestandteil der Teiltheorien. Die Theorie der diagnostischen Methoden ist zunächst Bestandteil einer Theorie der klinischen Medizin usw. Die Methodologie als Bestandteil einer allgemeinen Theorie der Medizin umfaßt dann jene Fragen der Methodik, die von allgemeiner Bedeutung, für den Gesamtbereich sind, etwa das allgemeine Meßbarkeitsproblem. Der allgemeine methodologische Aspekt umfaßt zusätzlich dann die Aufgabe, innerhalb der Theorie auch den Weg der abbildungsmäßigen theoretischen Reproduktion der Totalität des Objektbereiches, der ja zunächst durch Analyse und partielle Theorien weitgehend verdeckt wird, aufzuklären. Die in diese Richtung zielende theoretische Arbeit führt notwendig dazu, daß für die Teileinsichten wissenschaftlicher Erkenntnis mit der Herstellung der sie übergreifenden Zusammenhänge und Strukturen nun in der Linie vom Allgemeinen zum [136] Besonderen neue Einsichten entstehen, die dann auch der weiterführenden Forschung neue Möglichkeiten aufzeigen.

Die neue Richtung der Voraussagefunktion einer allgemeinen Theorie der Medizin, die hier den methodologischen Aspekt einschließt, besteht darin, daß die Voraussage in erster Linie mögliche theoretische Sätze, mögliche methodische Prinzipien von allgemeiner Bedeutung und mögliche und notwendige Strukturwandlungen des Systems „medizinische Wissenschaft“ und seiner grundlegenden gesellschaftlichen Organisationsformen erfaßt. Durch den letztgenannten Bereich wird auch die Wissenschaftsprognostik der Medizin als Grundlage jeder Planung und auch der Wissenschaftsprofilierung zum Gegenstand der allgemeinen Theorie der Medizin. Daß diese Problematik im Sozialismus eine außerordentliche Bedeutung erlangt, wurde im vorigen Abschnitt bereits vermerkt; hier kann hinzugefügt werden, daß eine ganze Reihe von Schwierigkeiten beim Finden sicherer Entscheidungen sowohl bei der Profilierung im medizinischen Sektor des Hochschulwesens wie auch bei der inhaltlichen Gestaltung der Ausbildungsreform und etwa auch in der Forschungsplanung auf das Konto der noch ungenügenden Ausarbeitung dieser allgemeinen Theorien der Medizin kommen. Schon allein die Erarbeitung einer verallgemeinernden Übersicht über die integrierenden Komponenten im medizinischen Wissenschaftssystem der Gegenwart bietet wesentliche Ausgangspunkte für eine den modernen Erfordernissen entsprechende fachwissenschaftliche Ausbildung, die heute die Vermittlung relativ geschlossener theoretischer Einsichten und einer strukturell durchsichtig gemachten Methodik verlangt.

Mit der Kennzeichnung der wichtigsten Besonderheiten der Abstraktionsstufe allgemeiner Theorien der Medizin haben wir im Grundlegenden zugleich eine Übersicht über die Aufgaben und den Gegenstand dieser Theorien erhalten. In Erweiterung der eingangs dargestellten Bestimmungsversuche dieser Aufgaben können wir in einer Aufzählung zusammenfassen, was zum Gegenstandsbereich allgemeiner Theorien der Medizin gehört; es sind dies:

alle allgemeinen Aussagen über Wesen, gesetzmäßige Determination und Entwicklung von Gesundheit und Krankheit des Menschen;

alle allgemeinen methodologischen Prinzipien, denen die wissenschaftliche Erforschung und die theoretische Darstellung des Objekts der Medizin unterliegt;

alle zentralen Begriffe und Kategorien, die über begrenzte Teilbereiche medizinischer Forschung hinaus für die medizinische Erkenntnis bedeutsam sind;

alle ethischen Prinzipien und moralischen Regeln des Verhaltens in Wissenschaft und Praxis gegenüber dem Objekt der Medizin;

der Physik, der Medizin usw.) oder für den Bereich der wissenschaftlichen Forschung überhaupt aufgebaut werden kann. Zum anderen versteht man darunter aber auch die Analyse der besonderen Erkenntnisbedingungen in bestimmten Objektbereichen, die insbesondere die Konsequenzen bestimmter theoretischer Aussagen für die Forschungsorientierung hinsichtlich der Problemanalyse und der möglichen Methoden untersucht. Die Methodologie im allgemeinen Sinne ist dann am günstigsten als Sonderfall oder spezieller Aspekt der Voraussage zu verstehen. Sie kann wegen der besonderen Bedeutung dieses Aspekts auch als dritte Funktion der theoretischen Erkenntnis überhaupt angesehen werden.

Vgl. zur Problematik der „Methodologie“ auch *Kosing, A.*, Der dialektische Materialismus als Methodologie der modernen Wissenschaft. DZfPh., Sonderheft 1965, Seite 45–58.

und schließlich alle das System „medizinische Wissenschaft“ und die grundlegenden Strukturen des Systems „Gesundheitswesen“ betreffenden Aussagen bis zu den Prinzipien und Methoden der Planung, Leitung und Organisation dieser beiden Bereiche.

Die Ausarbeitung solcher Theorien sowie auch die Prüfung und Vervollkomm-[137]nung bereits vorliegender Entwürfe dazu sind Aufgaben der theoretischen Erkenntnis der Medizin, nicht der Philosophie. In welcher Weise die marxistische Philosophie dabei mitwirken kann, wollen wir anschließend darzustellen versuchen.

Folgerungen

Wenn wir die Ergebnisse unserer auf die Ermittlung einiger Entwicklungstendenzen im System der medizinischen Wissenschaft gerichteten Überlegungen zusammenfassen, so läßt sich sagen:

1. Das gegenwärtige institutionalisierte System der medizinischen Wissenschaft entspricht zwar in seiner Grobstruktur einer Logik in der Objektebene und dem spezifischen Zweck der Medizin, es weist aber auch noch eine Reihe von Leerstellen und Disproportionen auf, die allmählich durch wachsende theoretische Durchdringung ausgefüllt werden müssen.
2. Von besonderer Bedeutung für die Integration der Medizin sind dabei jene Entwicklungen, die zu Theorien über relativ selbständigen Teilbereichen des Wissenschaftssystems führen und damit auch eine Basis für eine wissenschaftliche allgemeine Theorie der Medizin schaffen.
3. Außerordentlich problematisch sind im Rahmen dieser Bewegungen und beginnenden Strukturverschiebungen die künftigen Beziehungen zwischen der Somatopathologie, der Psychopathologie einschließlich aller im Übergangsfeld zwischen diesen Bereichen liegenden Fragestellungen und dem Sozialbereich der pathologischen und klinischen Forschung. Das gegenwärtige Wissenschaftssystem ist jedenfalls bezüglich des Zusammenwirkens dieser Teilbereiche medizinischer Forschung und Erkenntnis zu einem Hemmnis geworden und bedarf einer Revision.
4. Eine allgemeine Theorie der Medizin, die sich auf den gesamten Gegenstandsbereich medizinischer Erkenntnis und Praxis richtet und die auch die Struktur des Wissenschaftssystems „Medizin“ selbst theoretisch behandelt, ist im Entstehen begriffen. Ihre systematische Ausarbeitung und ständige Entwicklung wird zu einer wesentlichen Bedingung des Fortschritts der medizinischen Erkenntnis.

3.3. Zum Verhältnis des marxistischen philosophischen Menschenbildes zu einer allgemeinen Theorie der Medizin

Der Entwicklungsprozeß der theoretischen Erkenntnis in der Medizin tendiert stark auf die Bildung allgemeiner Theorien und wird in seinem Inhalt von verschiedenen Faktoren bestimmt und von verschiedenen Quellen aus gespeist. Diese allgemeinen Theorien oder deren Entwürfe sollen möglichst die Totalität des Objekts der Medizin in Form einer Synthese gedanklicher Art ausdrücken, um neben anderen Funktionen auch heuristisch, die Erkenntnissuche orientierend, wirksam zu werden. Deshalb beziehen sie sich notwendig auch auf bestimmte andere theoretische und quasitheoretische [138] Systeme, die unter anderen Aspekten diese Totalität des wissenschaftlichen Objekts „Mensch“ ideell zu reproduzieren versuchen. Diese Beziehungen werden (neben dem Fortgang der empirischen Forschung und der theoretischen Verallgemeinerung von deren Ergebnissen) zu einer relativ selbständigen Quelle und Triebkraft der theoretischen Erkenntnis in der Medizin. Die spezielle Ausgestaltung dieser Bezüge zu anderen allgemeinen Ideen über den Menschen ist in ihrer Vielfalt durch die Geschichte der Medizin hindurch fortlaufend verfolgbar.

Da wir davon ausgehen, daß die theoretische Erkenntnisentwicklung ein ständiger Prozeß ist, der in letzter Instanz unabschließbar bleibt, versuchen wir in erster Linie den „Mechanismus“ dieser dann ebenfalls ständig zu gestaltenden Beziehung von medizinischer Theorienbildung und Philosophie zu verdeutlichen. Erst die Erfassung dieses „Mechanismus“ als eines eigentümlichen Systems vermittelnder Denkschritte schafft die Voraussetzung dafür, daß diese Beziehung ständig nachvollzogen und inhaltlich fruchtbringend gestaltet werden kann. Dieser Aspekt der Aufgabe ist eigentlich auch deshalb entscheidend, weil die „Auswertung“ der philosophischen und in anderen Wissenschaften

entwickelten allgemeinen Gedankensysteme und Theorien über den Menschen für die theoretische Erkenntnis in der Medizin nicht eigentlich die Aufgabe der Philosophen, sondern in erster Linie eine der medizinischen Fachvertreter ist.

Der Kernpunkt für das Verständnis dieser Beziehungen speziell zwischen einer allgemeinen Theorie der Medizin und der Philosophie berührt die Frage, wie überhaupt Theorien gebildet werden können, die eine gedankliche Synthese der Ergebnisse vieler theoretischer Teilleistungen ermöglichen sollen. Das System gedanklicher Operationen spezieller Art, mit denen Theorien konstituiert werden, ist noch nicht umfassend wissenschaftlich aufgeklärt. Man kann jedoch davon ausgehen, daß die Theorienbildung im wesentlichen ein Prozeß der Umformung gedanklicher Systeme im Sinne von ideellen Konstruktionen für einen Objektbereich in Richtung auf eine immer bessere Anpassung an die Struktur dieses Objektbereiches und dessen wesentlichen Eigenschaften ist.³¹ Die induktiv vorgehende Verallgemeinerung empirischer [139] Forschungsergebnisse, insbesondere bei der Formulierung von Gesetzen, ist als Teilschritt von relativ selbständiger Bedeutung in diesen Gesamtvorgang eingeschlossen. Vor allem in der Theorienbildung zu komplexen und vielschichtigen Objektbereichen spielen diese ideellen Systeme am Anfang des Prozesses eine entscheidende Rolle, weil sie für die zu vollbringende Verknüpfungsleistung ordnende Leitlinien liefern. Ausgehend von solchen Vororientierungen, die ein charakteristisches Element der konstruktiven Leistungsfähigkeit des menschlichen Intellekts sind, werden durch die Interpretation in einem ganz allgemeinen Sinne die Voraussetzungen für eine Prüfung der Wahrheit der einzelnen theoretischen Aussagen und für eine Prüfung der Adäquatheit des Gesamtsystems im Sinne der vorhergehend beschriebenen Bestätigung geschaffen. Im Prozeß dieser Prüfungen zu verschiedenen Aspekten des theoretischen Denkmodells, die neben den Aussagen selbst auch noch die Begriffsbestimmungen und die genannten Funktionen betreffen, erfährt das Gedankensystem fortlaufend Umformungen und Veränderungen, bis es entweder in präzisierter Form akzeptiert oder völlig verworfen werden kann.

Die Formierung dieser für den besonderen Fall jeweils zum Ausgangspunkt werdenden ideellen Konstruktionen oder Vorentwürfe, die im Hinblick auf unsere Problematik einer allgemeinen Theorie der Medizin sehr abstrakter Art sein müssen, erfolgt aus verschiedenen Quellen heraus, wobei meistens mehrere Faktoren zusammenwirken.

Recht häufig spielen bei der Formierung dieser Ausgangsthesen eines als potentielle Theorie angesehenen Systems naiv verallgemeinernde Vorstellungen aus dem speziellen Erfahrungsbereich eines Wissenschaftlers eine entscheidende Rolle. In diesen Fällen wird dann häufig ein als besonders wichtig angesehener Sachverhalt in den Rang eines allgemeinen Modells für den gesamten Objektbereich erhoben, was zumeist zu Einseitigkeiten führt, zu dem Bestreben, mit wenigen Grundbegriffen die Struktur eines komplexen Phänomenraumes auszudrücken. Gerade für Synthese fordernde Bereiche der theoretischen Reflexion ist dieser Weg denkbar ungeeignet, wenn er möglicherweise auch für spezielle Theorien über Teilbereiche gangbar sein mag. Ein anderer Weg, der ebenfalls recht häufig in dieser Entwurfsphase beschritten wird, besteht darin, daß gedankliche Ordnungssysteme aus anderen Wissenschaftsbereichen übernommen werden, die dann als Modelle bezüglich der eigenen Problematik angesehen werden.³² Da für die Medizin vorrangig die Wissenschaftsbereiche von Bedeutung sind, die ebenfalls den Menschen, nur in bezug auf spezielle andere Seiten seiner [140] Existenz, zum Gegenstand haben, stammen solche Übertragungen vorrangig aus der Psychologie und hinsichtlich der rein organismischen Aspekte aus der Biologie. Obwohl hierbei die Gefahr besteht, daß qualitativ wichtige Seiten übersehen werden und

³¹ Die Grade, in denen eine solche Anpassung möglich ist, finden ihren Ausdruck in der Rangfolge solcher Begriffe wie „ideelles System“, „Konzeption“, „Hypothesensystem“ bzw. „Hypothetisches Aussagensystem“ und „Theorie“. Im Normalfall geht die Arbeit an der Präzisierung und Verbesserung von Theorien in vielerlei Formen und mit einer gewissen Spontaneität vor sich. Im Mittelpunkt des Interesses des einzelnen Forschers steht dabei meist nicht die Theorie als logisches Gebilde, sondern eine Reihe spezieller pragmatischer Absichten. Jeder in diesem Prozeß erreichte Erkenntnisfortschritt führt aber neben seinem praktischen Nutzen auch auf irgendeiner Stufe der konstruktiven Denkarbeit entweder zu einer genaueren Eingrenzung des Gültigkeitsbereiches unserer Theorien, oder zu einer Erweiterung der theoretischen Aussagensysteme, oder zu exakteren Definitionen unserer theoretischen Begriffe; oder zu beliebigen anderen, das logische System „Theorie“ verändernden Konsequenzen.

³² Beispiele für dieses Vorgehen sind gegenwärtig die Versuche, Grundgedanken der Kybernetik für Teilaspekte medizinischer Erkenntnis, z. B. für die theoretische Erfassung der Zellorganisation. (Vgl. etwa *David, H.*, Die Zelle als kybernetisches System., Dtsch. Ges.-Wesen, 20, 1965, 53 ff. und 101 ff) oder auch für die allgemeinen Fragen der Medizin, etwa in Form der Konstituierung eines „Kybernetischen Krankheitsbegriffs“ oder einer „Kybernetischen Medizin“ fruchtbar zu machen. (Vgl. *Walther, H.*, Zur Definition des kybernetischen Krankheitsbegriffs., Münch. med. Wschr., 105, 1963, 2346 ff.).

eine vereinfachende Reduzierung auf Strukturen und Gesetzmäßigkeiten erfolgt, die nur bestimmte Ebenen betreffen und partielle Bedeutung haben, ist in der Regel auf diesem Wege eine komplexe Sicht bereits möglich.

Ein Spezialfall dieser Bezugnahme auf die theoretischen Vorstellungen aus anderen Wissenschaftsbereichen ist der Versuch, aus philosophischen Anschauungen über den Menschen eine Menge von Ausgangssätzen für eine potentielle Theorie zu gewinnen. Dieser Weg hat den Vorteil, solche Ausgangssätze zu liefern, die eine relativ allseitige Bestimmung der allgemeinen Züge des Erkenntnisobjekts „Mensch“ in ihrem System bereits enthalten – sofern, das ist allerdings eine entscheidende Bedingung, die Philosophie selbst wissenschaftlich begründete und als Verallgemeinerung wissenschaftlicher Erkenntnisse gewonnene theoretische Ergebnisse aufweist.

Wir können davon ausgehen und als gesichert voraussetzen, daß die philosophische Erkenntnisentwicklung in Gestalt der marxistisch-leninistischen Philosophie ein System von weitgehend gesicherten theoretischen Einsichten zum Problem des Menschen und seiner Stellung in der Welt erbracht hat. Das erlaubt uns, im Hinblick auf einige der entscheidenden theoretischen Fragen in einer allgemeinen Theorie der Medizin diese philosophischen Erkenntnisse als Bezugssystem für die Weiterentwicklung einer solchen potentiellen Theorie anzusehen und zu prüfen, welche Gestalt solch ein konstruktiver Entwurf in Anlehnung an den heutigen Entwicklungsstand der philosophischen Auffassungen erhält. Für einen solchen Zweck gibt es eine Reihe sehr wertvoller Vorarbeiten, deren Ergebnisse wir hierbei schon verwenden können.³³ Unter den heutigen Bedingungen ständig fortschreitender Ergebnisse erkenntnistheoretischer und wissenschaftstheoretischer Forschungen im Rahmen der marxistischen Philosophie ist es jedoch nötig, das bei dieser „Auswertung“ der Philosophie für die Theorienbildung in den Einzelwissenschaften und speziell in der Medizin anzuwendende Verfahren deutlicher zu bestimmen, als das in der Regel in der Vergangenheit geschehen ist.³⁴ [141]

Über die Besonderheiten der Beziehungen zwischen philosophischen und einzelwissenschaftlichen Aussagen

Wir gehen zunächst davon aus, daß die Aufgabe darin besteht, für die Bildung einer allgemeinen Theorie der Medizin ein Gedankensystem konstruktiv zu entwerfen, oder aber zu verbessern, das einerseits einer synthetischen Absicht entspricht und andererseits eine Prüfung daraufhin ermöglicht, ob es den Anforderungen an eine Theorie gerecht wird oder unter Modifikationen gerecht werden kann. Eine Bezugnahme auf die Philosophie für diese Aufgabe erfordert zu allererst die systematische Zusammenfassung von solchen philosophischen Sätzen, die für unser synthetisches Vorhaben eine Bedeutung haben. Diese Feststellung mag trivial klingen, hat aber insofern ihren Sinn, als die Gefahr einer einseitigen Verarbeitung isoliert genommener Sätze oder Bestandteile der philosophischen Theorie naheliegt. Diese Gefahr besteht am stärksten natürlich dort, wo ein bereits aus anderen Quellen entstandenes konstruktives Ausgangssystem nur noch abgesichert oder gestärkt werden soll. In der Regel wird diese Zusammenfassung von der Philosophie selbst geleistet, die das noch zu besprechende „Philosophische Menschenbild“ ausführt. In dem Falle bleibt die Forderung bestehen, dieses Ausgangssystem als Ganzes in Betracht zu ziehen, um nicht wesentliche Seiten seiner inhaltlichen Bestimmtheit außerhalb des theoretischen Ansatzes zu belassen.

Der nächste Schritt in der Abfolge der Überlegungen muß dann darin bestehen, die theoretischen Sätze der Philosophie mit Bedeutungen zu belegen, die im Hinblick auf das Bezugssystem der

³³ Die nach unserer Auffassung auch für die heutigen Bedingungen wertvolle Ergebnisse enthaltenden Arbeiten, auf die wir uns im Folgenden immer wieder beziehen, werden in den Quellenangaben und in der Auswahlbibliografie vermerkt. Weiter zurückliegende Publikationen, wie etwa *Mette, A., Misgeld, G. und Winter, K., Der Arzt in der sozialistischen Gesellschaft. Berlin 1958*, sind als wichtige Durchgangsstufen zu werten, die unter ihren Zeitbedingungen entscheidend dazu beigetragen haben, ein neues Problembewußtsein im theoretischen Denken der Medizin zu schaffen und den Boden für die Herausbildung auch einer neuen gesellschaftlichen Einstellung unter den Ärzten zu bereiten.

Als Vorarbeiten für die Medizin betreffende philosophische Probleme sind aber auch solche zu werten, die die theoretische Problematik in verwandten Wissenschaftsbereichen, wie Biologie oder Psychologie, aufklären halfen.

³⁴ Unsere Vorstellung über einen günstigen Weg zur Nutzung philosophische: Ergebnisse für die Theorienbildung, der wir im Folgenden nachgehen, ist nur eine von mehreren möglichen, allerdings hat sie u. E. den besonderen Vorteil, ein mit den Mitteln der modernen Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie wesentlich ausbaufähiges und präzisierbares System von Denkschritten im Umriß zu erfassen.

Probleme einer – in diesem Falle – allgemeinen medizinischen Theorie einen spezifizierten Sinn haben und einen Zugang zu Folgerungen bis hin zur empirischen Prüfung erschließen. Diese Ausdeutung philosophischer Satzsysteme und Sätze entspricht in einem ganz allgemeinen Sinne der in einem früheren Abschnitt erwähnten „Interpretation“ theoretischer Sätze, wobei sie im Bezugsrahmen Philosophie – allgemeine Theorie der Medizin semantischer und nicht empirischer Art ist.

In der abstrakten Fassung der Wissenschaftstheorie kann man davon sprechen, daß diese semantische Interpretation der Struktur einer allgemeinen Theorie die Struktur einer spezielleren zuordnet.

Im strengen Sinne ist eine solche Interpretation jedoch nur möglich, wenn die zu interpretierende Theorie einen deduktiven Aufbau hat und in Form von Axiomen und festgelegten syntaktischen Regeln eine klare logische Struktur erkennen läßt. Diese Charakteristika weisen philosophische Theorien heute jedoch noch nicht auf und demzufolge ist das Verfahren nur im Prinzip und näherungsweise durch-[142]führbar, weshalb auch besser allgemein von Bedeutungsfestlegung oder Deutung gesprochen werden soll.³⁵ Diese Bedeutungsfestlegung philosophischer Aussagen – man denke nur an die diesbezüglich noch zu diskutierende, sehr allgemeine These von der Gesellschaftlichkeit des Menschen – ist komplizierter, als das im allgemeinen Verständnis heute noch erscheint. Sie erfolgt vornehmlich in der Form der Festlegung von spezielleren Aussagen, die sich inhaltlich mit dem allgemeinen System vereinbaren lassen. Der Form nach kann diese Bildung und Auswahl von Aussagen zu einem philosophischen System verschiedenartig aussehen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist dieser Vorgang als logische Deduktion möglich. Es ist aber auch möglich, daß intuitiv gewonnene Einsichten auf ihre Zuordnungsfähigkeit zu einem philosophischen Satzsystem geprüft werden und erst nachträglich in Form einer deduktiven Ableitung erscheinen. Betreibt man solche Untersuchungen systematisch> so kann man nicht darauf verzichten, die Entstehung der philosophischen Aussagen selbst zurückzuverfolgen, um auf diese Weise ihren vielschichtigen Gehalt auszumessen.³⁶

Die so entstehenden Aussagen einer im Verhältnis zur Philosophie spezielleren Bedeutungsebene (die man im übertragenen Sinne vielleicht als „Konkretisierungen“ bezeichnen könnte) bilden dann erst Elemente einer mög-[143]lichen einzelwissenschaftlichen Theorie und müssen nun auf dem Wege der Hypothesenbildung einer einzelwissenschaftlichen Prüfung unterzogen werden.³⁷ Die u. E. sehr wichtige und notwendige Unterscheidung zwischen den philosophischen Aussagesystemen und Theorien einerseits, deren Deutung (oder im Idealfall Interpretation) für Belange der Einzelwissenschaften, insbesondere für die Konstruktion von möglichen Theorien und möglichen theoretischen Sätzen andererseits und schließlich der Prüfung, mit Bestätigung, Widerlegung oder Präzisierung im Gefolge, im Rahmen der jeweiligen Einzelwissenschaft, hat einige unbedingt zu beachtende Konsequenzen für die erkenntnistheoretische Wertung der Beziehungen von Philosophie und Einzelwissenschaft. Zunächst

³⁵ Die Hauptschwierigkeit für eine deduktive Fassung der marxistischen philosophischen Theorie bzw. von Teilbereichen dieser Philosophie besteht darin, daß ihr dialektischer Inhalt, das In-Einander-Übergehen ihrer Kategorien, das weitgehende Fehlen einer der Philosophie eigenen ausgearbeiteten Wissenschaftssprache u. a. die Axiomatisierung ihrer Sätze stark erschweren. In einigen Bereichen der Philosophie wird an dem Problem ihres deduktiven Aufbaus gearbeitet, besonders im Bereich der Erkenntnistheorie. Eine interessante Abhandlung dazu, die zugleich eine Interpretation enthält und zur Struktur des Erkenntnisprozesses ein Modell entwickelt, das in den entscheidenden Teilen mit den von *Anochin* und im Rahmen der Kybernetik ausgearbeiteten neurophysiologisch-psychologischen Grundvorstellungen übereinstimmt, stammt von *L. Kreiser* *Bewußtsein und Erkennen – Die Struktur des kognitiven Verhältnisses des Menschen zu seiner Umwelt*. In: Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Erscheint noch 1968 in H. 35 der im Fischer-Verlag Jena erscheinenden Schriftenreihe zur Psychiatrie).

³⁶ Außerordentlich interessant für den Ertrag dieses Aspektes sind die zur Rolle des Menschenbildes der marxistischen Philosophie für die Psychologie verfaßten Arbeiten von *S. L. Rubinstein*. (*Sein und Bewußtsein*. Berlin 1962, und *Prinzipien und Wege der Entwicklung der Psychologie*. Berlin 1963) und von *H. Hiebsch* (*Sozialpsychologische Grundlagen der Persönlichkeitsformung*. Berlin 1967.), sowie von *H. Hiebsch* und *M. Vorweg* (*Einführung in die marxistische Sozialpsychologie*, Berlin 1966.) In allen diesen Arbeiten wird einerseits ähnlich dem geschilderten Vorgang bei der Theoriebildung verfahren, andererseits aber auch sehr eingehend der philosophische und sozialhistorische Hintergrund der Herausbildung der marxistischen philosophischen Konzeption vom Menschen verfolgt. Die Bedeutung dieses Aspektes des methodischen Vorgehens wächst in dem Maße, wie weitere Bereiche der wissenschaftlichen Erkenntnis in ihren Resultaten Eingang in die philosophische Verallgemeinerung finden.

³⁷ Hier muß beachtet werden, daß dieser anschließende Prozeß der Formierung der einzelwissenschaftlichen Theorie (auch einer allgemeinen) bereits außerhalb der philosophischen Erkenntnisebene erfolgt. Nur wissenschaftsfremdes oder ideologisch voreingenommenes Denken kann von der marxistischen Philosophie fordern, sie möge ihre Existenzberechtigung und Bedeutung für die Einzelwissenschaften durch den Nachweis belegen, daß sie neue Entdeckungen machen könne. Die Entdeckung völlig neuer Sachverhalte erfolgt nur in der empirischen Forschung, und die in der Breite der wissenschaftlichen Problematik Sache der Einzelwissenschaften. Was die Philosophie im Zusammenwirken mit der theoretischen Arbeit in den Einzelwissenschaften liefern kann, sind neue Einsichten in die Struktur komplexer Objektbereiche – und diese sind eine der Voraussetzungen für die zielstrebig (!) organisierte Suche nach neuen empirischen Erkenntnissen.

ist dabei zu beachten, daß die Deutungen der philosophischen Aussagen für einzelwissenschaftliche Belange unter der Bedingung eines gezwungenermaßen intuitiven, das heißt nicht streng logisch formalisierbaren Vorgehens, im Rahmen gewisser Grenzen verschiedenartig sein können.³⁸ Die Allgemeinheit philosophischer Aussagen und Kategorien, beispielsweise des philosophischen Begriffs „Bewußtsein“, ermöglicht es, verschiedene Teilaspekte ihrer inhaltlichen Bestimmungen herauszugreifen und verabsolutiert zu sehen (sich beispielsweise einseitig an die Bestimmung zu klammern, daß das „Bewußtsein“ immer eine materielle Grundlage habe und dabei zu übersehen, daß das „Bewußtsein“ als philosophischer Begriff gerade das Ideelle als relativ eigenständigen Bereich der Wirklichkeit heraushebt). Daraus folgt als erstes die Forderung, diese Deutungen auf den Zusammenhang des jeweils komplex aufzufassenden philosophischen Systems oder Teilsystems zu beziehen, also ein methodisches Prinzip. Daraus folgt aber auch weiter, daß jede dieser Deutungen für sich [144] genommen zunächst nur eine philosophisch begründbare Hypothese zu Entwicklungsfragen einer Einzelwissenschaft ist und als spezifizierter theoretischer Satz oder als spezifiziertes theoretisches System im Rahmen der Einzelwissenschaft nur nach Verifikation bzw. Bestätigung gelten kann.³⁹ Weiter folgt aus der Art dieser Beziehungen auch, daß die Verifikation bzw. Falsifikation von Sätzen bzw. die Bestätigung von Aussagensystemen, die den Charakter solcher Deutungen haben, nicht direkt für oder gegen die philosophischen Sätze sprechen, die der Deutung zugrunde lagen, sondern nur unter bestimmten, gesondert zu prüfenden logischen Bedingungen.

Eine weitere Konsequenz des so aufgefaßten Beziehungsgefüges ist es auch, daß einzelwissenschaftliche Theorien oder Hypothesensysteme, mit Ausnahme einer bestimmten Gruppe von Gesellschaftswissenschaften, nicht sinnvoll als „marxistisch“ oder „nichtmarxistisch“ bezeichnet werden können.⁴⁰

Das Verhältnis zwischen philosophischen und einzelwissenschaftlichen Theorien ist prinzipiell ein vermitteltes. Der Reichtum inhaltlicher Bestimmungen der ersten geht nicht in den Inhalt der letztgenannten ein, und die Beziehung beider ist selbst im Idealfall nur als isomorph und nicht als identisch aufzufassen. Sinnvoll ist es dagegen, Gradabstufungen der Enge des Verhältnisses zu den Aussagen der marxistischen Philosophie anzugeben, etwa im Sinne von „übereinstimmend mit“ oder „im Gegensatz zu“ und entsprechenden Zwischenstufen. Der Grad dieser Beziehungsintensität und Übereinstimmung ist ein Moment neben anderen, das dann unter der Bedingung der Wissenschaftlichkeit der Philosophie der entsprechenden einzelwissenschaftlichen Theorie einen höheren Betätigungsgrad verleihen kann.

In Ausführung des skizzierten Grundverhältnisses wollen wir nun anschließend zunächst eine systematische Zusammenstellung der für den Zweck einer allgemeinen Theorie der Medizin grundsätzlich belangvollen philosophischen Aussagen des Marxismus über den Menschen versuchen, um dann einige Deutungsmöglichkeiten für die Strukturgestaltung und einige zentrale Probleme einer allgemeinen Theorie der Medizin zu besprechen. [145]

Die grundlegenden Thesen des philosophischen Menschenbildes des Marxismus

Der Terminus „Menschenbild“ kennzeichnet in der marxistischen Philosophie ein System von philosophischen Aussagen zum Wesen des Menschen und seiner Stellung in der Welt. Dieses System wird

³⁸ Und zwar überall dort, wo die philosophischen Bestimmungen nicht schon exakte theoretische Fixierungen im einzelwissenschaftlichen Bereich liegender Beziehungen enthalten. Solche Bestimmungen gibt es auch, beispielsweise bezüglich der erkenntnismäßigen und logischen Bedingungen der einzelwissenschaftlichen Forschung, wo dann etwa in der Wissenschaftstheorie erarbeitete Einsichten strenge Geltung haben und rein deduktiv behandelt werden können. Das muß beachtet werden, um nicht zu falschen Vorstellungen einer Unverbindlichkeit der philosophischen Erkenntnisse zu gelangen.

³⁹ Einen entscheidenden Beitrag zur Erfassung dieses Aspektes liefern u. E. die Untersuchungen von H. Hörz zu theoretischen Problemen der modernen Physik. Explizit dargestellt sind seine Auffassungen zur Rolle der Philosophie für die Einzelwissenschaft in dem Beitrag: Philosophische Hypothesen und moderne Physik. DZfPh., Sonderheft 1965, Seite 313–320.

⁴⁰ Der Marxismus ist nur zu einem Teil eine philosophische Lehre, in anderen Teilen politische Ökonomie und Theorie von der revolutionären politischen Umgestaltung und Leitung des gesellschaftlichen Lebens, deshalb sind grundlegende gesellschaftswissenschaftliche Disziplinen „marxistisch“, was allerdings auch einschließt, daß sie ein ausgezeichnetes Verhältnis zur marxistischen Philosophie haben (sie sind mit ihr zusammen entstanden und entwickelt worden).

neben anderem zu dem besonderen Zweck zusammengestellt, methodologisch-heuristische Orientierungen gegenüber allen Wissenschaftsbereichen zu liefern, deren Gegenstand in erster Linie der Mensch in verschiedenen seiner Eigenschaften und Beziehungen ist. Die theoretische Darstellung dieses „Menschenbildes“ erfolgt in der Regel bereits in einer dem speziellen methodologischen Anliegen angepaßten auswählenden Form; dementsprechend repräsentieren viele Studien zur Rolle des Menschenbildes für bestimmte Wissenschaftsbereiche nicht dessen vollen Inhalt. Das entsprechende theoretische Aussagensystem der marxistischen Philosophie ist grundlegend von allen Formen einer philosophischen Anthropologie zu unterscheiden, die in der Geschichte der Philosophie oder im Rahmen der gegenwärtigen bürgerlichen Philosophie eine Rolle spielen. Eine philosophische Anthropologie ist in ihrer Struktur, unabhängig von ihrer spezifischen inhaltlichen Ausgestaltung, immer auf eine Betrachtungsweise festgelegt, die den Menschen für sich und zunächst unabhängig von seinen gesellschaftlichen Existenzweisen auf seine Wesensbestimmungen hin untersuchen will. Das ist ein methodisch grundlegend falscher Ansatz, der auch nicht dadurch korrigiert werden kann, daß man nachträglich gesellschaftliche Verhaltensformen in die Betrachtung einbezieht – diese erscheinen dann in völliger Verkehrung der Abhängigkeiten als Gestaltungen aus den individuellen Subjekten heraus.⁴¹

Der Ansatzpunkt der marxistischen Philosophie ist demgegenüber von der Einsicht bestimmt, daß der Mensch philosophisch nur im System seiner gesellschaftlichen Existenzformen und im Zusammenhang mit deren Entwicklung verstanden werden kann, daß also die philosophische Erfassung des gesellschaftlichen Lebensprozesses und seiner gesetzmäßigen Dynamik die Basis für alle philosophischen Reflexionen über den Menschen liefert. Aus diesen Ausgangsbestimmungen, die im ersten Teil eingehend begründet wurden, folgt auch, daß es keine von der wissenschaftlichen Analyse des Gesellschaftsprozesses unabhängige und eigenständige wissenschaftliche philosophische Theorie des Menschen, wohl aber ein aus der Gesamtheit der philosophischen Erkenntnis gegenstandsbezogenes zusammengefaßtes Aussagensystem im Sinne des „Menschenbildes“ geben kann. Zum philosophischen Menschenbild gehören nun im besonderen Aussagen über allgemeine Eigenschaften des philosophisch-theoretischen Objekts „Mensch“, Aussagen über [146] die Formen der Erkennbarkeit dieses Objekts und schließlich Aussagen über die Formen praktischen Verhaltens zu diesem Objekt. Die letztgenannte Gruppe ist vornehmlich Ausgangspunkt der Erörterungen über gesellschaftlich-soziale und ethische Probleme der Medizin und wird deshalb hier zunächst ausgeklammert. Betrachten wir die beiden erstgenannten Aussagengruppen, so sind sie in sich wiederum zu differenzieren.

Die philosophischen Aussagen oder Erkenntnisse über allgemeine Eigenschaften des theoretischen Objekts „Mensch“ liegen auf drei verschiedenen Ebenen. Als allgemeine Aussagen über den Menschen gelten auf einer ersten Ebene zunächst jene, die allen Menschen zu allen Zeiten zukommende grundlegende Merkmale theoretisch fixieren. Bezüglich der Probleme der theoretischen Synthese in der Medizin sind wohl vor allem folgende, in Thesenform faßbare Aussagen dieses Ranges wichtig:

1. Der Mensch ist ein gesellschaftliches Wesen, was vor allem heißt: ohne gesellschaftliche Beziehungen kann er überhaupt nicht existieren; ohne gesellschaftliche Beziehungen erwirbt er keine spezifisch menschliche, von der tierischen Lebensform unterschiedene Eigenschaften und Verhaltensformen; die von der Gesellschaft ausgehende Determination erfaßt ihn total und in allen Sphären – bis in seine biologisch-organismischen Grundlagen hinein.
2. Der Mensch ist als das höchste Entwicklungsprodukt der Natur mit der Herausbildung des auf der Grundlage der Arbeit entstandenen Bewußtseins immer über die Natur hinaus, eignet sich diese Natur produktiv an und hat primär ein aktives, gestaltendes Verhältnis zur natürlichen und selbstgeschaffenen Umwelt. Bewußtheit und aktiv-aneignendes Verhalten zur Umwelt sind spezifisch menschliche Eigenschaften.
3. Zur Struktur des immer als kompliziertes System existierenden Menschen gehören der organismische, der psychische und der Bereich der sozialen Verhaltensweisen. Diese Bereiche stehen in

⁴¹ Vgl. zur Herausarbeitung dieses gegensätzlichen methodischen Herangehens in der philosophischen Anthropologie und im marxistischen System der Philosophie vor allem *Eichhorn I, W.*, Das Problem des Menschen im historischen Materialismus. In: Das sozialistische Menschenbild – Weg und Wirklichkeit. Hrsg v. *E. Faber* und *E. John*, Leipzig 1967, Seite 137–168.

einem unlöslichen Zusammenhang miteinander, sind aber zugleich relativ selbständig hinsichtlich der in ihnen entscheidenden Gesetzmäßigkeiten. Die Existenz und die Dominanz der beiden letztgenannten, nur dem Menschen zukommenden Ebenen verleiht dem System im Ganzen die Potenz äußerst variabler Gestaltungsmöglichkeiten und eine eigenartige Determiniertheit.

Die in diesen wenigen Thesen genannten allgemeinen Merkmale sind nur als Extrakt einer umfassenderen inhaltlich bestimmten Auffassungsweise richtig zu verstehen und für sich genommen zunächst keine ausreichende Abbildung des wirklichen Wesens des Menschen, wie es sich historisch-konkret und durchaus differenziert an den realen Menschen einer bestimmten gesellschaftlichen Epoche zeigt. In der philosophischen Erkenntnis des Wesens der Menschen können diese allgemeinen Merkmale erst aus der historischen Analyse des realen gesellschaftlichen Lebensprozesses erschlossen werden und bilden dann den relativen Abschluß der theoretischen Analyse. In der Darstellung des philosophischen Menschenbildes erscheinen sie dagegen als prinzipielle Leitgedanken einer geordneten Erfassung der Problematik.

[147] Auf einer zweiten Ebene werden weitere allgemeine Eigenschaften des Menschen durch Aussagen charakterisiert, die im Menschenbild das ausdrücken, was als Resultat der gesellschaftlichen Lebensform grundlegend an den Verhaltensweisen und den Entwicklungsmöglichkeiten des Menschen ist. Eine solche, Systemeigenschaften der gesellschaftlichen Existenz des Menschen als Gattungswesen ausdrückende Bestimmung ist beispielsweise die, daß die Menschen in wachsendem Maße ihre eigenen Existenzbedingungen beherrschen lernen und bis zur zweckmäßigen und optimalen Gestaltung ihrer eigenen gesellschaftlichen Lebensformen fortschreiten. Hierher gehören auch die philosophischen Explikationen jener Strukturformen und -momente menschlichen Verhaltens, die sich aus der gesellschaftlichen Existenzweise und den allgemeinen Bedingungen dieser Existenzweise ergeben und die somit die relationale Spezifizierung des vorhin schon genannten produktiven Verhältnisses des Menschen zur Umwelt darstellen. Solche für die Beziehungen der Menschen untereinander und zur Umwelt allgemeinen Momente wie Zweck, Interesse, Bedürfnis u. a. erhalten dabei eine Charakteristik, die ebenfalls nicht vom abstrakten Individuum aus erfaßt werden kann, sondern historisch entwickelt werden muß.⁴² Aussagen dieser Ebene sind von entscheidender Bedeutung vor allem für das Verständnis der Entwicklungsprozesse in Wissenschaft und Gesellschaft. Für unsere Problematik können sie zunächst unberücksichtigt bleiben; in ihrem grundlegenden Gehalt sind sie im ersten Kapitel dargestellt worden.

Die dritte der Ebenen des philosophischen Menschenbildes umfaßt Aussagen über allgemeine Merkmale und Eigenschaften, die den Menschen einer bestimmten gesellschaftlichen Entwicklungsstufe zukommen und die in gewisser Weise die Ausdrucksformen der allgemeinen Grundzüge beschreiben. In dieser Hinsicht gibt es philosophisch bedeutsame Unterschiede, vor allem im Hinblick auf die Gattungseigenschaften des Menschen als gesellschaftlichem Subjekt für die kapitalistische und die sozialistische Gesellschaft.⁴³ Von den entscheidenden philosophischen Aussagen über die Erkennbarkeit des theoretischen Objekts „Mensch“ die natürlich im logischen Zusammen-[148]hang mit den anderen Aussagen stehen, glauben wir hier vor allem folgende nennen zu müssen:

1. Der Mensch ist grundsätzlich erkennbar wie jedes andere wirkliche Objekt wissenschaftlicher Forschung, und diese Erkenntnis erfolgt in grundlegend gleicher Weise wie bei anderen Objekten, sie geht aus von den äußeren Erscheinungsformen menschlichen Daseins, deren systematischer analytischer Erforschung und reicht bis zur theoretischen Abbildung der Wesensmerkmale.

⁴² Eine interessante Darstellung solcher allgemeinen Elemente und Strukturen der menschlichen Tätigkeit, die den dialektischen Gehalt in diesen gesellschaftlich bedingten Beziehungen aufweist, finden wir in: *Stiehler, G.*, Dialektik und Praxis. Berlin 1967.

⁴³ Hier wird wesentlich, daß unter den Bedingungen des kapitalistischen Systems gewonnene Einsichten in dort charakteristische Züge menschlicher Verhaltensweisen nicht auf die Bedingungen des Sozialismus übertragen werden können. Viele spezielle Züge dieser Art werden auch in den philosophischen Menschenbildern im Rahmen der bürgerlichen Philosophie erfaßt, aber dann absolut genommen und ahistorisch gesehen. Von großer Bedeutung für die theoretische Erfassung der speziellen Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung im Sozialismus sind die Materialien des Philosophischen Kongresses der DDR von 1968. Vgl. *Heyden, G.*, Persönlichkeit und Gemeinschaft in der sozialistischen Gesellschaft, DZfPh, 16, 1968, 6–37.

2. Die wissenschaftliche Erkenntnis des Menschen muß die Besonderheiten seiner qualitativ unterschiedlichen Strukturebenen berücksichtigen und gliedert sich deshalb in methodisch und theoretisch gesonderte Teilbereiche auf, deren Ergebnisse nur in der Theorie in ihrer Totalität und Ganzheit zusammengefaßt werden können.
3. Wissenschaftliche Erkenntnisse über den Menschen erfassen das relativ Beständige dieses komplizierten Objektes und gelten insoweit auch für den einzelnen Menschen. Die vollständige und abgeschlossene Erkenntnis des konkreten menschlichen Individuums ist jedoch kein sinnvolles und erreichbares Ziel menschlicher Erkenntnis.⁴⁴
4. Alle Erkenntnis des Menschen als gesellschaftliches Wesen berührt notwendig Grundfragen der Gestaltung gesellschaftlicher Lebensformen und trägt deshalb in den mit Klassenausinandersetzungen verbundenen Etappen der Geschichte – also auch heute – in entscheidendem Maße den Charakter ideologisch fundierter Anschauungsweisen. Die besondere Vielzahl unterschiedlicher Auffassungen über Eigenschaften des Menschen und die Erkennbarkeit des Menschen ist nicht nur der Ausdruck einer besonders schwierigen Erkenntnissituation, vielmehr in erster Linie das Produkt dieser ideologischen Beziehungen. [149]

Die Zahl der in der philosophischen und philosophische Fragen der Einzelwissenschaften berührenden Literatur gegen diese Aussagen und die mit ihnen verbundene philosophische Konzeption vorgebrachten Einwände ist sehr groß. In sehr vielen Fällen beruhen solche Einwände auf einer unhistorischen Sicht der Erkenntnismöglichkeiten und verabsolutieren historisch gesetzte Grenzen eines bestimmten Entwicklungsstandes der Methodik, beispielsweise in der Psychologie. Wir sehen auf dieser Ebene liegende Argumente nicht als stichhaltig gegenüber den philosophischen Bestimmungen an und gehen gemäß den Grundprinzipien der dialektisch-materialistischen Weltanschauung davon aus, daß diese prinzipielle Erkennbarkeit des Menschen sich gradweise und im Rahmen des Entwicklungsgangs der menschlichen Gesellschaft allmählich und durchaus differenziert verwirklicht. Gerade die Geschichte des Fortschritts der Einsichten über den Menschen, die in ihren allgemeinen Aspekten im historischen Prozeß der Entwicklung der Philosophie und im speziellen in der Entwicklung der einzelwissenschaftlichen Forschung zum Menschen ihren unbestreitbar progressiven Charakter enthüllt, ist das treffendste Argument gegen jeden prinzipiell agnostischen Standpunkt in dieser Frage.

Eine weitere große Gruppe von Einwänden gegen die These von der prinzipiellen Erkennbarkeit des Menschen bezieht sich im Kern auf die spezielle Gestalt oder Form dieser Erkenntnis, nicht auf diese selbst. Das betrifft vor allem jene Argumentationen, nach denen die Unerschöpflichkeit des Individuums für die Wissenschaft die Unmöglichkeit der wissenschaftlichen Erfassung der allgemeinen Merkmale und Strukturen bedingen soll. Dieser Konzeption fehlt jede Logik und ihr Gehalt ist ähnlich dem der im medizinischen Bereich gelegentlich vertretenen Ansicht, es gäbe nur Kranke, aber keine Krankheiten, weil alle Krankheiten immer in individueller Existenzform auftreten – was eigentlich bis zur Konsequenz fortgeführt werden kann, daß es demnach auch keine Kranken, sondern nur Menschen, genaugenommen nicht einmal Menschen geben kann, weil selbst „Krank“ und „Mensch“ Begriffe für Allgemeines im Individuellen sind.

Genaugenommen müßte hier noch eingehender die Abgrenzung des dialektisch-materialistischen Verständnisses der genannten Thesen gegenüber dem mechanischen Materialismus vorgenommen werden, da eine ganze Reihe weiterer Einwände und Fragen zum marxistischen Menschenbild daher rühren, daß es mit einigen nicht haltbaren Vorstellungen aus der Vergangenheit des ja auch geschichtlich zu sehenden materialistischen Denkens gleichgesetzt wird. Da das jedoch ausführliche Darstellungen des Herausbildungsprozesses der marxistischen Philosophie selbst erfordern würde, verweisen wir hier nur auf einige u. E. zum Verständnis dieser Probleme besonders wichtige Arbeiten.⁴⁵

⁴⁴ Diese Gültigkeit allgemeiner Bestimmungen für den Einzelfall hat infolge des systembedingten Variabilitätsreichtums individueller menschlicher Entwicklungsformen in entscheidenden Teilen nur den Charakter von Wahrscheinlichkeit. Das trifft aber nicht nur für das System „Mensch“, sondern auch für viele andere hochorganisierte Systeme im Bereich der lebenden Natur und im Bereich gesellschaftlicher Strukturen zu. Dieser Wahrscheinlichkeitscharakter ist keine Einschränkung der Wissenschaftlichkeit der Erkenntnis; für diese Wissenschaftlichkeit gibt es nämlich kein abstraktes Man, sondern eine Bedingtheit ihrer Ausdrucksform durch die Besonderheiten wissenschaftlicher Objektbereiche.

Das konkrete menschliche Individuum ist hinsichtlich des Reichtums seiner Merkmale und Bestimmtheiten für die Wissenschaft unerschöpflich. Der konkrete Mensch ist immer mehr als die Summe der Merkmale menschlichen Daseins, die die Wissenschaft angeben kann. Das ist aber eine unwesentliche Grenze der Erkennbarkeit des Menschen, da diese immer auf den Menschen als Gattungswesen gerichtet ist. Einige mit diesen Beziehungen verbundene Fragen nach der Tragweite wissenschaftlicher Erkenntnisse bezüglich des Individuums in der Medizin versuchen wir im Abschnitt zur Methodologie der Diagnostik noch zu besprechen.

⁴⁵ Neben umfassenden Analysen zum Entwicklungsgang der marxistischen Philosophie von *Cornu*, *Oisermann* u. a. Autoren ist hier die speziell der Herausbildung eines neuen Menschenbildes gewidmete Untersuchung von *Seidel, H.*, Marx' ökonomisch-philosophische Grundlegung des sozialistischen Humanismus. In: Das sozialistische Menschenbild – Weg und Wirklichkeit, a. a. O., Seite 99–136, zu nennen.

[150] Dem Zweck einer zusammenfassenden Übersicht über die für die Belange und Probleme einer synthetisierenden Theorie der Medizin wichtigen Aussagen des philosophischen Menschenbildes des Marxismus genügen zunächst die thesenhaften Ausführungen.

Folgerungen

Die in diesem Abschnitt enthaltenen Überlegungen führen zusammengefaßt zu folgenden Ergebnissen:

1. In der für die Bildung von allgemeinen Theorien in den Einzelwissenschaften wichtigen Phase des konstruktiven Entwurfes von ideellen Systemen werden notwendig theoretische Sätze und methodische Prinzipien aus anderen Wissenschaftsbereichen verwendet. Die Bezugnahme auf die Aussagen des philosophischen Menschenbildes bei dem Entwerfen medizinischer Theorien ist ein Spezialfall dieser Art. Bezüglich des Gegenstandes solcher medizinischer Theorien, die sich auf die Eigenarten des Erkenntnisobjektes Mensch in der Medizin beziehen, haben die philosophischen Aussagen zum Menschen eine besonders hervorragende Bedeutung, da sie eine der Kompliziertheit dieses Objekts adäquate vielseitige Ausgangsbetrachtung sichern helfen.
2. Die sinnvolle Nutzung des wissenschaftlichen Gehalts philosophischer Erkenntnisse zum Menschen in einzelwissenschaftlichen Theorien erfordert eine richtige Interpretation im Hinblick auf die spezielleren Problemstellungen einzelwissenschaftlicher Art. Diese Interpretation ist unter den gegenwärtigen Bedingungen der Wissenschaftsentwicklung nicht immer eindeutig oder rein deduktiv möglich. Das grundsätzlich immer vermittelte Verhältnis von einzelwissenschaftlichen und philosophischen Theorien bedingt deshalb auch, daß die aus philosophischen Thesen abzuleitenden Folgerungen bezüglich spezieller Probleme der Einzelwissenschaft zunächst nur hypothetischen Charakter tragen und einer eingehenden Prüfung auf der einzelwissenschaftlichen Ebene bedürfen. Die potentielle Leistung der Philosophie besteht hierbei nicht in der unmittelbaren Lösung einzelwissenschaftlicher Probleme, sondern im Aufweis zu beachtender Strukturen und Systembeziehungen und damit in der methodologischen Orientierung der wissenschaftlichen Fragestellung.⁴⁶ [151]
3. Das philosophische „Menschenbild“ der marxistischen Philosophie ist ein in sich strukturiertes und vielschichtiges System von Aussagen zum Menschen, das bei der einzelwissenschaftlichen Theorienbildung im Ganzen berücksichtigt werden muß, wenn eine allgemeine Theorie der Medizin in synthetischer Absicht geschaffen werden soll. Die Erfüllung gerade dieser Forderung ist der schwierigste Teil im Prozeß der ständig sich entwickelnden Beziehungen zwischen medizinischer Theorienbildung und marxistischer Philosophie.

3.4. Zu einigen Folgerungen aus dem philosophischen Menschenbild für eine moderne allgemeine Theorie der Medizin

In Fortsetzung des im vorigen Abschnitt beschriebenen Prozesses der Anwendung philosophischer Erkenntnisse versuchen wir jetzt, einige speziellere Deutungen der Aussagen des philosophischen Menschenbildes für bestimmte Problemkomplexe der medizinischen Theorie vorzunehmen.

Ein erster und besonders belangvoller Problemkreis, dessen Klärung ohne solchen Bezug auf das philosophische Menschenbild überhaupt nicht erfolgen kann, gruppiert sich um die allgemeine Frage nach den Ordnungsprinzipien für die Struktur einer allgemeinen Theorie der Medizin. In einigen

Eine eingehendere Darstellung des Verhältnisses der marxistischen zur mechanisch-materialistischen und zur idealistischen Richtung in der Frage des Menschen enthält auch die schon einmal genannte Arbeit von *Stiehler, G.*, *Dialektik und Praxis*. Berlin 1967.

⁴⁶ Im Rahmen der einleitenden Erörterungen zu den wissenschaftlichen Erkenntnismethoden im Pathologie-Lehrbuch von *Halle* wird sehr richtig begründet, „daß die Zeit der Ablehnung philosophischer Gedanken durch die Erfahrungswissenschaften vorbei ist“. Die anschließende Feststellung jedoch, daß die Philosophie nur die Bedingungen des wissenschaftlichen Denkens erforsche und keine Vorentscheidungen für einzelwissenschaftliche Gebiete treffen könne, ist noch mehrdeutig und kann auch im Sinne einer unberechtigten Einschränkung der Möglichkeiten des Beitrags der Philosophie zur Erkenntnisentwicklung aufgefaßt werden. Wir hoffen aufzeigen zu können, daß die Philosophie [151] nicht nur durch die Erkenntnistheorie auf die Entwicklung der theoretischen Erkenntnis in den Einzelwissenschaften progressiven Einfluß nehmen kann. (Vgl. *Halle, G.*, *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie*. Jena 1967, Seite 25).

vorangehenden Überlegungen zur historischen Entwicklung des medizinischen Wissenschaftssystems haben wir verdeutlicht, daß für jede wesentliche Ebene der medizinischen Erkenntnis (insbesondere für einzelwissenschaftliche Anthropologie, Pathologie und Klinik), eine integrierende theoretische Arbeit notwendig ist. Auf der Ebene einer allgemeinen medizinischen Theorie müssen die Ergebnisse dieser Synthesen in allgemeiner Form ihren Ausdruck finden, können das aber gegenwärtig deshalb noch nicht, weil das System der theoretischen Arbeitsteilung zwischen den traditionellen Disziplinen – abgesehen von seinem praktischen Nutzen – diese Synthese nicht zustande kommen läßt. Der Entwurf einer allgemeinen Theorie der Medizin muß deshalb zwangsläufig mit einer Verständigung über die wichtigsten Bereiche beginnen, deren Verknüpfung miteinander eine synthetisch fungierende und relativ vollständige theoretische Überdeckung des gesamten Gegenstandsbereiches der Medizin ergibt.

Als absolut evident gilt es im Selbstverständnis der modernen Medizin, daß einen entscheidenden Bereich dieser Art die empirische und theoretische Forschungsarbeit zu den Gesetzmäßigkeiten der biologischen Organisation des Menschen bildet. In dieser Hinsicht gibt es auch keine eingrenzenden Festlegungen, eher noch ein ständiges Streben nach einer Ausweitung dieses [152] Bereiches durch eine breitere naturwissenschaftliche Forschungsarbeit. Fraglich erscheint es diesem allgemeinen Selbstverständnis schon, ob man den Bereich des Psychischen (natürlich immer in bezug auf Probleme des Menschen in Gesundheit und Krankheit) als von gleicher Bedeutung akzeptieren kann, in der Regel erscheint er schon als Randgebiet und Übergangsfeld. Noch unklarer – wenn auch im Sozialismus allmählich ein neues Verständnis sich herauszubilden beginnt – ist das Verhältnis zu dem Bereich des Sozialen in der Medizin, der jedenfalls in der theoretischen Reflexion zu Grundfragen der Medizin eine noch außerordentlich kümmerliche Randzone des wissenschaftlichen Denkens darstellt.⁴⁷ Ob es dazwischen noch weitere abgrenzbare Vermittlungszonen gibt, ist ebenfalls wenig bedacht.

Von unseren philosophischen Bestimmungen zum Menschen, der ja auch hier als komplexer Gegenstand der theoretischen Erkenntnis der Medizin, nur mit Modifikationen und speziellerer Fragestellung, auftritt, lassen sich einige diesem heutigen Selbstverständnis etwas entgegengesetzte Thesen zur strukturellen Ordnung in Bereichen von zentraler Bedeutung ableiten. Wenn es zutrifft, daß die Bereiche der organismischen, der psychischen und der sozialen Existenz für den Menschen charakteristisch sind, in einem unlösbaren Zusammenhang miteinander stehen und relativ selbständige Gesetzmäßigkeiten aufweisen, dann sind sie auch für das theoretische Verständnis der Medizin wenigstens von gleichrangiger Bedeutung.⁴⁸ Aus dem „unlösbaren Zusammenhang“ läßt sich darüber hinaus in Verbindung mit der zweiten These zur Erkennbarkeit des Menschen als sinnvolle Hypothese die Annahme ableiten, daß es auch zwischen diesen Hauptbereichen (und damit auch theoretischen Zonen) relativ selbständig zu untersuchende Vermittlungsebenen mit besonderen Anforderungen an die Methodik und mit besonderer Bedeutung für das synthetische Verständnis der Systemzusammenhänge gibt. Eine den Gesamtbereich der Medizin überdeckende allgemeine Theorie hätte dann von einer den Objektbereich relativ vollständig erfassenden Einteilung in [153] die Bereiche somatischer, psycho-somatischer, psychischer, psycho-sozialer und sozialer Zusammenhänge auszugehen, noch ganz unabhängig von einer gesondert festzulegenden Rangfolge dieser Bereiche. Zugleich gilt dann auch, daß prinzipiell keine allgemeine Theorie der Medizin lediglich aus einem dieser Bereiche heraus aufgebaut werden kann und daß jedes auf einzelne dieser Bereiche fixierte Denken auch in theoretischer Sicht nur partielle Einsichten für die grundlegenden Probleme der Medizin liefert, so exakt und wichtig und umfassend die dabei erreichten Ergebnisse auch sein mögen. Die Deutung der

⁴⁷ Diese Feststellung ist keine Abwertung etwa der wissenschaftlichen Leistungen unserer sozialen Fächer in der Medizin, sie charakterisiert das allgemeine Verständnis der Bedeutung dieser Leistungen.

⁴⁸ Um Mißverständnissen vorzubeugen, muß nochmal betont werden, daß es uns hier um die theoretische Reflexion geht, nicht zugleich um den institutionellen Aspekt der Wissenschaftsorganisation. Man kann in der Theorie der Bedeutung aller dieser Bereiche gerecht werden, ohne unbedingt eine dem heutigen Umfang der naturwissenschaftlichen Forschung in der Medizin gleichwertige medizinisch-psychologische oder medizinisch-soziologische Forschung aufzubauen, wenn man die Ergebnisse außerhalb der Medizin liegender Wissenschaftsbereiche nutzt. Einige Bereiche scheinen jedoch auch institutionell unterbewertet und Veränderungen auch in dieser Richtung werden gemäß praktischer Möglichkeiten sicher wesentlich in der künftigen Entwicklung des medizinischen Wissenschaftssystems eine Rolle spielen – was besonders den Ausbau der sozialwissenschaftlichen Gebiete in Forschung und Lehre betreffen würde.

philosophischen Auffassung dieser Struktur kann hier nun weitergeführt werden, indem sie nun, ausgehend von weiteren Erkenntnisbereichen der Philosophie, auch Einsichten über die Art der relativen Eigenständigkeit einzelner dieser Bereiche als methodologische Leitlinien zu bestimmen versucht. Diesen Aspekt wollen wir anschließend noch aufgreifen, zunächst aber noch bezüglich der Wertung dieser Bereiche nochmals an den philosophischen Bestimmungen zum Menschenbild anknüpfen.

Wenn es nämlich zutrifft, daß der Mensch, wie es in der ersten These zum Menschenbild gesagt wurde, ein gesellschaftliches Wesen ist, dann kommt der theoretischen Erfassung des sozialen und des psychosozialen Bereiches für das theoretische Gesamtbild der Medizin eine vorrangige und entscheidende Bedeutung zu, es sei denn, man könnte nachweisen, daß für die Medizin besondere Bedingungen gelten, die eine Modifikation begründen. Die heute zweifellos noch dominierende Vorstellung, es gäbe solche besonderen Bedingungen für die Medizin, die sich bis in philosophische Publikationen hinein als wirksam erweist, beruht auf mehreren Umständen der bisherigen Entwicklung und Stellung der Medizin. Da sich die Medizin in den letzten einhundert Jahren ausdrücklich auf die naturwissenschaftlich-biologische Forschungsarbeit orientiert und eingestellt hat, konnte sie auf diesem Gebiet die bedeutendsten und augenfälligsten Erfolge erringen und ihre praktische Wirksamkeit entscheidend verbessern. Im Gefolge dieser Entwicklung blieben – wir haben das historisch darzustellen versucht – andere Forschungsrichtungen, noch zusätzlich gehemmt durch methodische Unklarheit und spekulatives Denken, am Rande des Hauptweges der erfolgreichen Periode naturwissenschaftlichen Arbeitens.

Im Zusammenhang mit diesem von der Konstituierung eines besonderen Wissenschaftsverständnisses begleiteten Prozeß hat es sich auch als gleichsam selbstverständlich eingebürgert, den Begriff „Krankheit“ nur dort zu verwenden, wo ein mit objektiven Methoden konstatierbares naturgesetzliches Desorganisationsgeschehen festgestellt oder vermutet werden konnte, und fast durchweg alle wissenschaftlichen Untersuchungen im speziellen medizinischen Problemfeld gingen von diesem Verständnis aus. Weitgehend unberücksichtigt blieben demgegenüber sowohl in der empirischen Forschung wie auch in der theoretischen Arbeit eine Reihe anderer Erscheinungen. Weitgehend unreflektiert blieb beispielsweise der u. E. grundlegende Umstand, daß jede Krankheit, auch wenn man sie im Rahmen der bisherigen Vorstellungen sieht, den Menschen in eine besondere Situation versetzt, in der seine Mög-[154]lichkeiten zur produktiven Aneignung der Welt, (natürlich nicht im vulgär-materialistischen Sinne verstanden) und zur sozialen Kommunikation weitgehend eingeschränkt werden und sein ganzes spezielles soziales Beziehungsgefüge eine andere Gestalt erhält.

Ein durchaus sekundäres Problemfeld blieb für die naturwissenschaftlich orientierte Medizin auch der ganze große Kreis von Fragen zur sozialen Determiniertheit oder Mitdeterminiertheit von solchen Krankheitsformen, für die man heute mit dem Begriff der „multifaktoriellen Genese“ wenigstens allgemein eine Auflockerung der rein somato-pathologischen Erklärungen versucht, ohne bisher mit genügender Konsequenz nach einer gezielten Aufklärung dieser Genese zu forschen. Warum nur eine bestimmte Auswahl von Menschen, die sich subjektiv krank oder leidend fühlen und die auch im naturwissenschaftlichen Sinne krank sind, den Status des Krankseins akzeptiert und sich einer ärztlichen Behandlung unterzieht, warum in vielen Fällen dabei gar nicht erst ernsthafte Störungen entstehen und welche Bedeutung dabei die soziale Wertung „krank“ oder „gesund“ hat, ist ebenfalls im Rahmen der üblichen Denkstruktur meist gar nicht als Problem gesehen worden.

Die außerordentlich bedeutsame Frage der gesellschaftlichen Bedingungen für eine nützliche Wirksamkeit der Medizin gegenüber allen, die ihrer Hilfe bedürfen, ist zwar im Rahmen der Sozialhygiene und teilweise auch der neueren Geschichte der Medizin behandelt worden – blieb aber ebenfalls in ihrem Problemgehalt für das wissenschaftliche Denken der großen Masse der Vertreter der Medizin im Stadium der Unwesentlichkeit, obwohl unter den kapitalistischen Bedingungen der Gegenwart die Differenz zwischen den wissenschaftlichen Möglichkeiten der Medizin und ihrer praktischen Wirksamkeit ständig zunimmt.

Die Reihe solcher Fragen läßt sich fortsetzen, jedoch nicht darauf kommt es hier an. Man kann immerhin schon allein auf dieser Grundlage feststellen, daß die historisch bedingte Vorherrschaft der naturwissenschaftlichen Forschungs- und Denkweise in der Medizin sehr leicht den Anschein einer

Sonderstellung hervorruft, ohne damit eine ernsthafte Begründung dafür zu finden, daß es in der Medizin weniger auf den sozialen, sondern vorwiegend auf den organismischen oder biologischen Bereich ankäme.

Am deutlichsten kommt die u. E. unhaltbare Beschränktheit des bisherigen naturwissenschaftlichen Denkens und zugleich auch die noch zu lösende theoretische Aufgabe in dem, auch für eine allgemeine Theorie der Medizin entscheidenden Begriff „Krankheit“ zum Ausdruck. Dieser Begriff steht stellvertretend für eine Reihe von theoretischen Aussagen und bietet in konzentrierter Form die allgemeine Anschauung einer bestimmten wissenschaftlichen Epoche zum Krankheitsproblem dar. Während im Zusammenhang mit der herrschenden Rolle somato-pathologischer Theorien dieser Krankheitsbegriff zunächst stark morphologisch geprägt war, das heißt in der Regel die Krankheit als eine Desorganisation im organismischen Substrat bestimmte, hat in den vergangenen Jahrzehnten bereits insofern eine Wandlung ein-[155]gesetzt, daß er stärker als Begriff für gestörte Leistungen und Funktionen gefaßt und damit auch in seinem normativen Charakter ansatzweise um einige soziale Aspekte bereichert wurde.

In den 1960 erarbeiteten Thesen zum Thema „Der Krankheitsbegriff in der modernen Medizin“ lautet die im Kernpunkt stehende allgemeine Definition: „Krankheit ist ... eine zeitweilige, labile, durch funktionelle und strukturelle Abweichungen vom „Typischen“ und durch Gegenreaktionen gekennzeichnete Form des Lebens als Folge einer Störung in den Wechselbeziehungen zwischen Organismus und Umwelt oder als Folge einer Störung des inneren Gleichgewichts. Diese Veränderungen sind so weitgehend und anhaltend wirksam> daß die typischen Regulationen des Organismus insgesamt oder in Teilen für längere Zeit überfordert und damit die Anpassungs- und Regulationsfähigkeit des Organismus wesentlich eingeschränkt sind.“ In weiteren Thesen wurde darauf verwiesen, daß aus der gesellschaftlichen Daseinsweise des Menschen resultiert, daß Krankheiten allein naturwissenschaftlich nicht hinreichend erfaßbar sind, weiter, daß Krankheiten durch soziale Bedingungen hervorgerufen werden können und schließlich auch, daß Krankheit den betroffenen Menschen in seiner sozialen Existenz beeinflusst.⁴⁹

Der Versuch, die Problematik des allgemeinen Krankheitsbegriffs in Thesenform zu erfassen, wie auch die damaligen Thesen in einigen Aspekten ergänzende und korrigierende spätere Arbeiten haben verdeutlicht, daß dieser Begriff verschiedene Aspekte ausdrücken und unterschiedliche Funktionen erfüllen muß.⁵⁰

[156] Seine hauptsächlichen Komponenten sind: die verallgemeinernde wissenschaftliche Abbildung der grundsätzlich allen Krankheiten zukommenden Merkmale; die normative Fassung dieses Allgemeinen in einer solchen Form, die methodische Hinweise für die spezielle Abgrenzung von „gesund“ und „krank“ ergibt; die allgemeinen Prinzipien der sozialen Wertung von Gesundheit und Krankheit, die das Verhalten der Medizin in der Praxis normativ orientieren (Krankheit als Wertbegriff). Die beiden letztgenannten Komponenten stehen zu der ersten Ebene im Verhältnis einer logischen Abhängigkeit, nehmen jedoch darüber hinaus noch andere Aspekte auf. Es ist die Frage, ob es genügen kann, als die allen Krankheiten zukommenden Merkmale nur solche organismischer oder formaler Natur zu betrachten.

Wenn wir in der auch auf diesen zentralen Begriff zu beziehenden Deutung unserer philosophischen Aussagen über den Menschen konsequent und allseitig vorgehen wollen, dann ist es zwar unumgänglich und notwendig, den heute schon weitgehend anerkannten Aspekt, daß Krankheit strukturelle und

⁴⁹ Diese Thesen waren von Medizinerinnen und Philosophen gemeinsam verfaßt und auf dem Symposium über philosophische Fragen der Medizin im November 1960 diskutiert worden.

Vgl. „Arzt und Philosophie. – Humanismus, Erkenntnis, Praxis“. (Hrsg. v. F. Jung, G. Klaus, A. Mette und S. M. Rapoport), Berlin 1961. Mit der Einbeziehung der Organismus-Umwelt-Relation und in weiteren Aspekten gingen diese Bestimmungen auch weit über einen heute gelegentlich formulierten kybernetischen Krankheitsbegriff hinaus, der in einer typischen Formulierung lautet: „Krankheit ist eine in Abhängigkeit von den zeitbedingten diagnostischen Möglichkeiten objektiv erkennbare sowie zeitlich und befundabhängig auch subjektiv gefühlte Abweichung von der Norm, die daraus entsteht, daß es dem im Menschen vorhandenen Rückkopplungsmechanismus nicht gelungen ist, den Komplex der verschiedenen Arten des dynamischen Gleichgewichts sicherzustellen.“ (Vgl. die schon angeführte Arbeit von H. Walther). Die These 26 besagte beispielsweise: „Krankheit bedeutet für den von ihr betroffenen Menschen völlige oder teilweise Einschränkung seiner Handlungsfähigkeit, seiner aktiven Beziehungen zur Gesellschaft ...“, aber auch, „Die emotionale Widerspiegelung der Krankheit durch das betroffene Individuum ist nicht notwendiger Bestandteil der Krankheit.“

⁵⁰ Unter den neuen, dem Krankheitsbegriff mit gewidmeten Untersuchungen sind vor allem zu nennen: Löther, R., Medizin in der Entscheidung. Berlin 1967, und Stepanow, A. D., Zur Bestimmung des Begriffs der ‚Norm‘ in der Medizin. Vestnik akad. medic. nauk. SSSR, 21, 1966, 29–34.

funktionelle Destruktion sei, beizubehalten – aber daneben auch möglich und sinnvoll, zwei weitere Aspekte für diese Merkmalsebene stärker zu betonen. Erstens können wir unsere These von den wichtigsten Bereichen der Daseinsweise des Menschen so auslegen, daß es Hauptgruppen von Krankheiten gibt> die schwerpunktmäßig für gerade diese Bereiche auftreten, also mindestens Krankheiten vorwiegend organismischer, vorwiegend psychosomatischer und vorwiegend psychischer und psycho-sozialer Art, die zusammen nur noch in formaler Charakterisierung in ihren Gemeinsamkeiten beschrieben werden können.⁵¹ In dieser allgemeinen Form klingt das wenig bedeutsam, dürfte in seinen Konsequenzen jedoch demjenigen verständlich werden, der einen gewissen Überblick über die Streitfragen zu solchen Problemen wie der Stellung der psycho-somatischen und Neurosenforschung und die der Psychotherapie oder zu den heutigen Auffassungen zur Sozio- und Psychogenese psychiatrischer Krankheitsformen hat. In diesen und ande-[157]ren Problembereichen gibt es gegenwärtig noch eine weit verbreitete Unsicherheit in der theoretischen Beurteilung der Stellung, der Perspektiven und der Methodik solcher Untersuchungsrichtungen.

Zweitens kann man u. E. die Menge der als grundlegend für Krankheit überhaupt anzusehenden Merkmale erweitern, wenn man vom Grundsatz der Gesellschaftlichkeit des menschlichen Wesens ausgeht. In diesem Bezugsrahmen ist es zweifellos logisch, die Veränderung der sozialen Situation des Menschen in Richtung auf eine Einschränkung seiner sozialen Betätigung im umfassendsten Sinne, die eine bestimmte und empirisch abzuklärende Grenze überschreitet, als „krank“ zu bewerten. Das hätte zur Folge, daß die normativen Kriterien eines allgemeinen Krankheitsbegriffs eine Erweiterung erfahren würden und würde auch zugleich bedeuten, daß die bisher im Mittelpunkt stehenden biologischen Kriterien einer Einschränkung unterworfen werden. Welche praktischen Konsequenzen sich daraus ableiten, muß in der medizinischen Forschungsarbeit weiter expliziert und geprüft werden – auf jeden Fall kann eine praktische Schwerpunktverschiebung auf Prophylaxe und Rehabilitation erst von hier aus theoretisch begründet werden.⁵²

Zur Struktur der medizinisch relevanten sozialen Bedingungen

Das speziellere Verständnis dieser für den Krankheitsbegriff noch sehr allgemein bleibenden Vororientierungen hängt auch sehr eng damit zusammen, wie man den Bereich der psycho-sozialen und sozialen Bedingungsbeziehungen in der Medizin genauer fixiert. Auch hierfür stellt sich als die Hauptschwierigkeit für eine strenge Systematik die bisherige Dominanz der naturwissenschaftlichen Denkweise heraus, die zur Folge hatte, daß zumeist nur solche Gebiete aus dem Bereich des Sozialen offizielles Problemfeld medizinischer Forschung wurden, die aus dringenden praktischen Notwendigkeiten heraus nicht mehr umgangen werden konnten, insbesondere betrifft das die Herausbildung der Sozial- und der Arbeitshygiene. Auf der Ebene der theoretischen Untersuchung muß für die Frage der allgemeinen Theorie der Medizin jedoch zunächst festgestellt werden, welche grundlegenden Beziehungen oder Komponenten der sozialen Existenz des Individuums überhaupt für medizinische

⁵¹ Dabei erhält der Terminus „psycho-somatisch“ einen klassifizierenden Inhalt und wird unabhängig von den speziellen theoretischen Interpretationen zum Wesen psycho-somatischer Beziehungen gebraucht. Für unser Verhältnis zu den psycho-somatischen Schulen in der westlichen Medizin bedeutet das, daß wir ein psycho-somatisches Problem sehen, daß wissenschaftlich behandelt werden muß, nicht, daß wir ihre Anschauungsweisen akzeptieren.

Die Bereiche psychischer, psycho-sozialer und sozialer Bedingungsbeziehungen wird man bezüglich des Krankheitsgeschehens sinnvoll zusammenfassen können, da sie in einer noch viel engeren Wechselbeziehung miteinander stehen als die anderen. Der Begriff „soziale Krankheiten“ ist grundsätzlich wenig sinnvoll, da er immer die Vorstellung nahelegt, es gäbe im Raum gesellschaftlicher Lebensbedingungen Krankheiten im Sinne einer Destrukturierung dieser sozialen Beziehungen gegenüber einem Normalzustand. Im Bereich des Gesellschaftlichen handelt es sich jedoch vorrangig um Probleme eines gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses, also um ein ganz anderes Bezugssystem als in der Medizin, die auch den allgemeinen Krankheitsbegriff immer nur auf menschliche Individuen beziehen kann.

⁵² Eine allgemeine Definition von Krankheit mühte dann damit beginnen, daß die „Krankheit“ prinzipiell als einen den ganzen Menschen in seiner sozialen Stellung treffenden Prozeß bestimmt.

Es wäre oberflächlich, wollten wir uns Illusionen über die Schwierigkeiten machen, die dann für die Festlegung der Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ entstehen. Selbst wenn es jedoch aus methodischen Gründen nicht gelingen sollte, diesen normativen Aspekt bezüglich der sozialen Situation oder Befindlichkeit praktikabel auszuarbeiten, bleibt die Bedeutung der Grundbestimmung erhalten, die dann wenigstens zu einer anderen Gestaltung des Verhältnisses der Medizin zum Menschen führt.

Belange eine Bedeutung haben könnten. Gegenüber solchen Beziehungen, die die bedingende und formende Rolle der sozialen Umwelt [158] gegenüber dem Individuum betreffen, ist der die soziale oder gesellschaftliche Organisation des Gesundheitswesens betreffende Fragenkomplex von viel speziellerer Bedeutung und kann hier zunächst ausgeklammert werden. In der Literatur zu medizinischen Grundsatzfragen wird in den letzten Jahren diesem sozialen Bedingungsbereich größere Aufmerksamkeit entgegengebracht, auch wenn die entsprechenden Publikationen in einer absoluten Minderzahl gegenüber dem naturwissenschaftlichen Arbeitsbereich bleiben.

Aus der umfangmäßig noch bescheidenen Literatur zu diesem sozialen Bereich der Medizin, die sich von marxistischen philosophischen Positionen aus um eine theoretische und methodologische Vororientierung bemüht, bietet u. E. in erster Linie eine Studie von Straass eine gut begründete und vielseitige Ausgangsposition.⁵³ Wegen der allgemeinen Bedeutung, die dem in dieser Arbeit entwickelten Strukturbild des für die Medizin relevanten Sozialraumes zukommt, stellen wir dieses in einem längeren Zitat vor.

Straass schreibt, daß drei qualitativ unterschiedene Umweltbereiche die sachlogische Struktur der sozialen Sphäre (bezüglich ihrer Bedeutung für die Medizin!) umfassen und beschreibt diese so:

„Als soziale Umwelt erster Ordnung wäre zunächst die sozial determinierte bzw. beeinflusste materiell-abiotische Umwelt zu nennen. Entsprechend wären die aus ihr resultierenden und auf den Bios des Menschen wirkenden Faktoren als soziale Faktoren erster Ordnung zu bezeichnen. Hierbei gehören alle Umweltbeziehungen, die mit der materiellen Lebenslage zusammenhängen, wie Wohnverhältnisse, hygienische Verhältnisse, Ernährung usw. Dazu kommen noch die materiellen Bedingungen der Produktion, die ebenfalls einen erheblichen Einfluß auf den Gesundheitszustand des Menschen ausüben.

Qualitativ unterschieden von dieser sozialen Umwelt erster Ordnung ist die zwischenmenschliche Umwelt, sind die Faktoren, die aus der Interferenz des Menschen, aus den human relations im weitesten Sinne entspringen. Hierher gehören Beziehungen innerhalb sozialer Gruppen wie der Familie, des Arbeitskollektivs und andere.

Schließlich existiert noch ein Umweltbereich, der wieder grundlegend verschieden von den beiden genannten ist: Die Erziehung und kulturelle Formung des Menschen.

Materielle Lebensbedingungen, zwischenmenschliche Beziehungen und kulturelle Formung sind jene drei sozialen Ebenen, auf denen die biologische Entwicklung und der Gesundheitszustand des Menschen entscheidend geprägt werden“.⁵⁴

In jeder dieser Ordnungsstufen wirken verschiedenartige Faktoren auf die organismische Daseinsweise des Menschen ein – und zwar in der Regel nicht isoliert, sondern im Zusammenhang und gleichzeitig.

Im Sinne unserer Ausgangsüberlegungen kommt es nicht nur darauf an, die spezifischen Zusammenhänge in jeder dieser Ordnungsstufen empirisch [159] eingehend zu erfassen – obwohl das eine der entscheidenden Bedingungen für die Erweiterung unserer Erkenntnis und ihre praktische Nutzung ist und besonders im Hinblick auf die von Straass genannte zweite und dritte Ordnungsstufe noch völlig ungenügend geschieht. Das theoretische Anliegen einer synthetisierenden Konzeption für die Medizin verlangt zusätzlich in erster Linie die Bedeutungsbestimmung dieses sozialen Raumes derart, daß er als integrierender und in vieler Hinsicht sogar entscheidender Bereich für eine einzelwissenschaftliche Anthropologie, für die Pathologie und für die Ebene der klinischen Erkenntnis und Praxis erfaßt wird und eine dieser Bedeutung gemäße Umgestaltung der Denk- und Verhaltensweisen bewirken kann.

Diese Aufgabe zu lösen wird der theoretischen Arbeit einer ganzen Etappe der nächsten Entwicklung der Medizin überlassen bleiben müssen. Im Rahmen der Deutung philosophischer Voraussetzungen läßt sich prinzipiell nur erst feststellen, daß aus der Bestimmung der Gesellschaftlichkeit oder gesellschaftlichen Natur des Menschen folgt, daß dieser Bereich – aufbauend auf dem erreichten und sich weiter entwickelnden Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnisse in der Medizin – unter unseren gesellschaftlichen Bedingungen einer Planbarkeit und Beherrschbarkeit des gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses selbst, von zentraler Bedeutung für die medizinische Erkenntnis und Theorie ist.

⁵³ Straass, G., Der Mensch und die soziale Dimension. In: Mikrokosmos-Makrokosmos, Bd. I, Berlin 1966, Seite 145–176.

⁵⁴ Ebenda, Seite 146. Anschließend versucht der Verfasser im Sinne einer Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse die Besonderheiten der Wirkfaktoren in jedem dieser Bereiche darzustellen.

Es gibt eine Vielzahl von Ansätzen, in einzelnen Fachgebieten der Klinik zur empirischen Durchforschung dieser Mensch-Umwelt-Beziehungen überzugehen.⁵⁵ Bisher haben diese Untersuchungen jedoch noch den Charakter des Überschreitens von Grenzen und gelten oft als gewagt.

Die genannten unterschiedlichen Komponenten des Sozialraumes, die hier zunächst als determinierendes System gegenüber dem Menschen als Objekt und damit noch einseitig betrachtet werden, treten in den verschiedenen Fachgebieten medizinischer Forschung und Praxis sicher mit jeweils unterschiedlichem Gewicht in Erscheinung. Das bedingt, daß in der wissenschaftlichen Analyse und praktischen Berücksichtigung dieser Determinanten jeweils verschiedene Problemstellungen in den Vordergrund rücken. In keinem Falle jedoch ist es möglich, einzelne dieser Komponenten in reiner und iso-[160]lierter Form als ausschließlich ausschlaggebend anzusehen. In der schon erwähnten Studie von Szewczyk, wie auch in einer ähnlich orientierten früheren Untersuchung von L. Aresin beispielsweise wird für wichtige Krankheitsgruppen der inneren Medizin verdeutlicht, daß Persönlichkeitsstrukturen einen bestimmten Einfluß auf den Entstehungszeitpunkt, den Verlauf und die Folgen dieser Krankheiten haben – andererseits aber auch zugleich, daß diese Persönlichkeitsstrukturen immer nur in bezug auf bestimmte Formen zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Forderungssituationen eine medizinisch relevante Bedeutung erhalten.⁵⁶

Jede wirklich auf komplexe Erfassung dieser Wirkungen des sozialen Bedingungsgefüges auf die Entstehung und die Entwicklung von Krankheiten orientierte Forschung in der Medizin muß zwangsläufig von einem alle Komponenten umfassenden hypothetischen Ansatz ausgehen, um durch vielseitige empirische Analyse zu sachgerechten Wertungen zu gelangen. Unter diesem methodologischen Aspekt ist es auch nicht sinnvoll, die sich teilweise herausbildenden Spezialisierungen in der Forschung zu übertreiben und spezielle soziologische Richtungen in den einzelnen klinischen Fachgebieten zu isolieren. Eine Differenzierung in der empirischen Analytik ist sicher dabei unumgänglich, weil spezifische Methoden zur Untersuchung der komplexen Wirkung der sozialen Faktoren notwendig sind; für die theoretische Reflexion und die Praxisanwendung darf diese Sonderung jedoch nur als Durchgangsstufe gelten. Von unserem philosophischen Ausgangspunkt her kann das Ziel der Entwicklung nicht darin bestehen, neben der Gynäkologie eine soziale Gynäkologie und neben der Psychiatrie eine soziale Psychiatrie zu bilden usw., sondern nur darin, alle wichtigen Gebiete immanent so zu gestalten, daß sie im ganzen der hervorragenden Bedeutung der sozialen Beziehungen gerecht zu werden vermögen. Ein außerordentlich interessantes und wichtiges Beispiel für die allmähliche Herausbildung einer solchen sozialorientierten Anschauungsweise in der Medizin aus vornehmlich praktischen Bedürfnissen heraus sind die neueren Entwicklungen in der Psychiatrie, die im gewissen Sinne als Modellfall für die aus philosophischer Sicht vorauszusehenden Umwandlungen in der Medizin gelten können. Diese Entwicklungen stellen insofern für die medizinische Problematik allgemein einen Sonderfall dar, weil der Bezug der Psychiatrie zu sozialen Bedingungen sicher viel stärker und komplexer ist als anderswo – nicht alles läßt sich deshalb einfach auf andere spezialisierte Fachgebiete übertragen. Von all-[161]gemeiner Bedeutung sind diese Wandlungen insofern, weil sie die grundlegenden Probleme des sich nur unter Schwierigkeiten vollziehenden Übergangs von einer

⁵⁵ Vgl. etwa Szewczyk, H., Psychologie und Magen-Darm-Ulkus. Untersuchungen zur Persönlichkeit, Entwicklung und zum Sozialbereich. Jena 1966 (Heft 30 der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie).

(Vgl. auch: Geistige Gesundheit in der neuzeitlichen Gesellschaft. (Hrsg. D. Müller-Hegemann), Leipzig 1967 (Heft 7 der Beihefte zu ‚Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie‘).

In diesem Sammelband sind u. E. jene Arbeiten, die über den psychischen Bereich hinaus grundlegende Fragen berühren, wie die Abhandlungen von Schwarz, H., Psychohygienische Aufgaben im Alter. Seite 53–60 und Simon, J., Psychohygienische Aufgaben des Betriebsarztes. Seite 77–86, von besonderer Bedeutung.

⁵⁶ Das Ergebnis der methodisch sehr klar aufgebauten Untersuchung von Szewczyk besagt, „daß das Ulcus duodeni und – in eingeschränktem Ausmaß – das Ulcus ventriculi keine ausschließlich organisch oder sogar lokal zu betrachtenden Erkrankungen sind, sondern daß die besondere Persönlichkeit eines Menschen, seine Erlebnisse, seine Einstellung hierzu und sein besonderer gesellschaftlicher bzw. Sozialraum hierbei eine wesentliche Rolle spielen, Szewczyk, H., Psychologie und Magen-Darmulcus. Jena 1966, Seite 105.

Die andere erwähnte Untersuchung ist: Aresin, L., Über Korrelationen zwischen Persönlichkeit, Lebensgeschichte und Herzkrankheit. Jena 1960.

rein naturwissenschaftlich-biologischen zu einer dem Menschen selbst gerecht werdenden Auffassung und auch die sehr vielschichtigen und weitreichenden praktischen Konsequenzen dieses Übergangs verdeutlichen.

Historisch gesehen stellt sich dieser Wandlungsprozeß in der Psychiatrie so dar, daß zunächst die Formierung der Psychiatrie als Wissenschaft im Rahmen der Medizin direkt und entscheidend mit der Durchsetzung eines naturwissenschaftlichen Herangehens gegenüber spekulativen, vorwiegend moralisierenden Konzeptionen, verbunden war. Das naturwissenschaftliche Konzept – entscheidend durch Griesinger vertreten – war konstitutiv für die wissenschaftliche Gestaltung der Psychiatrie. Nach einem mehrere Jahrzehnte währenden Entwicklungsprozeß begann die erste und noch sehr bescheidene Stufe der Erweiterung der Problemstellung um soziale Bedingungen zu Beginn unseres Jahrhunderts. Der soziale Faktor erschien seinerzeit nur im Sinne der Mitwirkung der materiellen Bedingungen des sozialen Lebens, repräsentiert durch Ernährungsbedingungen, hygienische Verhältnisse und durch noch sehr naive Vorstellungen von sozialen Auslesemechanismen mit degenerativen Wirkungen. Eine nächste Stufe der Erweiterung der Problemstellungen erfolgte durch die Betonung der Eigenständigkeit psychologischer Entwicklungen und psychischer Strukturen, wodurch schon der Mensch als Objekt sozialer Einwirkungen, auch unmittelbar sozialer Beziehungen, allerdings immer nur als isoliertes Individuum, allmählich in das Blickfeld der Forschung geriet. Die hierzu entstehenden Ansichten reichten von extremen Versuchen einer ebenfalls rein naturwissenschaftlichen Analytik des Psychischen bis zur spekulativ-anthropologischen Konzeption einer rein geisteswissenschaftlich verstandenen Psychiatrie. Die darauffolgende Phase des Übergangs zum Studium der konkreten Sozialbeziehungen und der gesellschaftlichen Formung des psychischen Geschehens setzte, nachdem auch eine sehr breite Entfaltung naturwissenschaftlich medizinischer Forschung bezüglich der Ätiologie und Pathogenese der endogenen Psychosen und der Psychopathologie überhaupt äußerst geringe Ergebnisse erbracht hatte, erst vor zirka 10 bis 15 Jahren ein. Die Folgen dieser letzten Entwicklung sind außerordentlich tiefgreifend, wenn man sie im Zusammenhang betrachtet. In den Therapieformen hat, bis zur systematischen Umgestaltung des Systems der ambulanten und stationären Betreuung, eine Revolution stattgefunden. Die schon früher entwickelten Ansätze einer systematischen Arbeitstherapie sind umfassend um Gruppenpsychotherapie, Formen der allmählichen sozialen Wiedereingliederung in den gesellschaftlichen Lebensprozeß und bis zur Familientherapie erweitert worden. Im Zusammenhang mit entsprechenden empirischen Forschungen stellte sich heraus, daß die Therapiemöglichkeiten bezüglich bestimmter Krankheitsformen weitaus günstiger liegen, als vorher angenommen und daß die früheren Annahmen zum Teil erst auf den Folgen eines unzweckmäßigen Systems der Behandlung und Verwahrung psychiatrisch Kranker erwachsen sind (Anstaltsdefekte u. a.).⁵⁷

[162] Eine weitere Folge dieser Entwicklung ist es, daß das ganze bisherige System der psychiatrischen Nosologie ernsthaft in Frage gestellt wurde und in Verbindung damit auch eine ganze Reihe vorher als selbstverständlich und sinnvoll angesehener Fragestellungen, wie zum Beispiel die Frage, ob die speziell psychopathologische Dynamik psychiatrischer Krankheiten biologisch-physiologisch erklärt werden kann.

Noch längst nicht alle diese Fragen sind ausreichend gelöst und noch längst nicht einheitlich sind die heutigen konzeptionellen und praktisch-therapeutischen Vorstellungen – die Umgestaltung der Denkweise in der Psychiatrie jedoch, um die es uns hier geht, ist bereits ein nicht mehr rückgängig zu machendes Faktum geworden.

Der hier nur ganz grob geschilderte Entwicklungsgang vermittelt einige interessante Lehren.

Als erstes gilt, daß neue Hypothesen, die von vornherein auf eine Erweiterung des Problemfeldes gerichtet sind, zu einer Fülle von empirisch begründeten Kenntnissen führen, wenn sie erst einmal ernst und mit Konsequenz einer entsprechenden wissenschaftlichen Bearbeitung zugeführt werden.

⁵⁷ Vgl. beispielsweise auch die auf die Überwindung des früher verbreiteten therapeutischen Nihilismus und die Einführung neuer vielseitiger Formen der Diagnostik und Therapie orientierten Rodewischer Thesen zur Entwicklung der Psychiatrie. Lange, E., Die Entwicklung der Psychiatrie in der DDR. Grundsätze, Ziele, Konsequenzen. Dtsch. Ges. Wesen, 21, 1966, 1089 ff.

Die außerordentlich große Rolle von Strukturen der Familie als sozialer Einheit blieb völlig außerhalb des Interesses der Psychiatrie, bis eine neue Interpretation des Menschen ihre empirische Analyse nahelegte.

Weiter hat sich gerade am Beispiel der Entwicklung der Psychiatrie gezeigt, daß die Schaffung einer detaillierten und wissenschaftlichen Methodik für die Untersuchung neuer Beziehungsgefüge nicht a priori und vor der Forschung erfolgt, sondern im Fortgang und in der ständigen Auswertung der Untersuchungsarbeit selbst. Die am Anfang jeder neuen Problemorientierung bestehende Schwierigkeit in methodischer Hinsicht kann grundsätzlich nicht als Argument gegen die wissenschaftliche Behandlung solcher offener und ungeklärter Beziehungen ins Feld geführt werden.

Als besonders wichtig erweist sich auch der Umstand, daß mit der Ausdehnung der Forschung auf die sozialen Bezüge eine solch große Zahl therapeutischer Neuerungen und prophylaktisch sowie rehabilitativ wirksamer Ansatzpunkte gefunden wurde, daß sie hinsichtlich ihrer Bedeutung im ganzen weitaus mehr erbringen, als die diffizile Fortführung der Verfeinerung bekannter somatischer, insbesondere pharmakologischer Verfahren zu leisten imstande ist.⁵⁸

An diesem Modellfall der Herausbildung einer sozialorientierten Psychiatrie wird auch nochmals die reichlich verwickelte Art der Beziehungen von Philosophie und Medizin erkenntlich. Einerseits kann man feststellen, daß die entscheidenden Impulse und Triebkräfte der geschilderten Prozesse aus praktischen Bedürfnissen und einer inneren Dynamik der Wissenschaftsentwick-[163]lung resultieren. Demgegenüber ist der Anteil philosophischer Orientierungen, auch der der marxistischen Philosophie, relativ gering.⁵⁹ Andererseits ist die zum Teil recht komplizierte Gestalt dieser Entwicklung, ihre Verbundenheit mit vielen extremen, einseitigen und spekulativen Ansätzen und einer sehr mühsamen Herausbildung sinnvoller methodologischer Prinzipien ein Zeichen für den Mangel an philosophisch durchdachter Vororientierung und Zielbegründung.

Der Mensch als Subjekt in der Medizin

Philosophisch gesehen belegt der Modellfall Sozialpsychiatrie nicht nur die Fruchtbarkeit der Einbeziehung des Sozialen in das Forschungs- und Tätigkeitsfeld der Medizin; er macht darüber hinaus und bei gebührender Verallgemeinerung der bisherigen Erkenntnisse klar, daß es auch nicht mehr genügt, den Menschen nur als Objekt in einem System sozialer Determinanten zu betrachten. Genau genommen geht auch die Forderung, alle wichtigen Ebenen sozialer Determinanten in der Medizin zu beachten, noch nicht über die Fixierung des Menschen als Objekt – hier nicht nur im Sinne des Erkenntnisobjekts, sondern im Sinne des Geprägten und Inaktiven gemeint – hinaus. Im System unserer philosophischen Bestimmungen des marxistischen Menschenbildes ist der Mensch aber unbedingt mehr, nämlich in [164] erster Linie und vor allem Subjekt und tätiges Wesen. Das hat viele und unbedingt zu beachtende Konsequenzen.

⁵⁸ Wobei diese Bemerkung nicht einseitig als Geringschätzung der Bedeutung somatischer Therapieformen ausgelegt werden soll. Selbstverständlich sind auch viele Fortschritte in der pharmakologischen Therapie eine wichtige Bedingung der umfassenden Durchführung sozialer und psychologischer Therapieformen.

⁵⁹ Dem äußeren Anschein nach ist der Anteil der Ideen aus der neuen bürgerlichen Philosophie, insbesondere aus den Schulrichtungen der Existenzphilosophie und der philosophischen Anthropologie, an der in vielen Seiten in den kapitalistischen Ländern erfolgten Konstituierung der Sozialpsychiatrie sehr bedeutsam, da viele philosophische Stellungnahmen dazu vorliegen und die Vertreter dieser Arbeitsrichtung in der Psychiatrie sich oft auf diese philosophischen Ideen beziehen. Eine nähere Analyse der gedanklichen Entwicklungen zeigt jedoch, daß die wirksamen Fortschritte empirischer Forschung und praktischer Folgerungen nicht nur mit wenig logischen Verbindungen zu diesen Ideen, sondern zumeist im Überschreiten der sehr abstrakten und sehr einseitigen philosophischen Konzeptionen entstanden. Der Anteil der marxistischen Philosophie ist insofern bedeutsam, daß entsprechende Neuorientierungen in der Psychiatrie auch in der DDR von Wissenschaftlern ausgingen, die sich ausdrücklich auf die marxistische philosophische Auffassung vom Menschen bezogen, wie insbesondere auch die Arbeiten von *Weise*, *Kahler* u. a. belegen. Dieser Anteil ist insofern gering, weil systematische Untersuchungen zu den sich aus der marxistischen Philosophie ergebenden Konsequenzen für dieses Problemfeld nicht vorliegen und weil sogar in bestimmtem Umfange auch u. E. einseitige, in der Konsequenz auf die Einschränkung der sozialen Problemstellung auf den vorhin als erste Ebene der medizinisch relevanten Sozialbeziehungen oder sogar auf die Betonung des rein biologisch-naturwissenschaftlichen Herangehens führende Stellungnahmen die Durchsetzung eines neuen Problemverständnisses in der Psychiatrie zeitweilig behinderten.

Das Subjektsein des Menschen äußert sich vor allem in der historisch sich entwickelnden menschlichen Herrschaft über die Natur und die Bedingungen des eigenen gesellschaftlichen Lebens. Bedingung für die Entfaltung dieser Herrschaft ist neben und im Zusammenhang mit der produktiven Tätigkeit die wissenschaftliche Erkenntnis gesetzmäßiger Zusammenhänge. Die Entwicklung der Macht des Menschen über seine eigenen Existenzbedingungen umfaßt auch alle Komponenten gesellschaftlichen sozialen Seins, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen. Die sozialorientierte Forschung in der Medizin führt unter diesem Aspekt nicht nur zu umfassenderen Erklärungen von Krankheitsprozessen und nicht nur zu Folgerungen für die auf die soziale Existenz des Individuums mitgerichtete Therapie – sie muß auf einer bestimmten Entwicklungsstufe zugleich bis zu umfassenden Folgerungen für die zweckmäßige Gestaltung gesellschaftlicher Lebensbedingungen führen und bringt in diesem Sinne medizinische Erkenntnis gesellschaftswirksam zur Geltung. Zu denken ist hier neben der systematischen Mitarbeit der Medizin an der Gestaltung von Arbeitsprozessen (in Verbindung mit Arbeitspsychologie und Soziologie) auch an die prophylaktisch zu wertende Einflußnahme auf die optimale Gestaltung von Grundformen menschlicher Beziehungen (wobei hier ein außerordentlich breites Feld von Problemen von der Sexualerziehung bis zur Umgestaltung unserer Lebensordnung für alte Menschen zu bearbeiten ist.)

Das Subjektsein des Menschen äußert sich weiter darin, daß er als Persönlichkeit immer ein spezifisches, individuell gestaltetes Verhältnis zu seinen jeweiligen gesellschaftlichen Lebensbedingungen hat. Diese Spezifität resultiert daraus, daß jeder Mensch in einem außerordentlich komplizierten und vielschichtig determinierten Entwicklungsgang ein ihm eigenes Verhältnis zur Umwelt in Gestalt bestimmter Motivationssysteme, Interessen und Anschauungsweisen gewinnt, das für die Wirkung dieser Umwelt auf ihn schließlich entscheidend wird. In der Psychologie hat Rubinstein vor allem mit der Formulierung des „Brechungsprinzips“ diesen Aspekt besonders deutlich hervorgehoben.⁶⁰ Die Determiniertheit psychischer Strukturen, der Persönlichkeit im weitesten Sinne, ist demnach in allen Formen Resultat sozialer Beziehungen; sie ist aber keine schematische, eindeutige und direkte Projektion der Strukturen des sozialen Raumes auf das Individuum. Die Konsequenz dieses vermittelten Verhältnisses ist zweifellos, daß das Verständnis der [165] Wirkung vor allem der Sozialfaktoren der zweiten und dritten Ebene (zwischenmenschliche Beziehungen und sozio-kulturelle Erziehungseinflüsse) auf eine Person, immer auch die Kenntnis der spezifischen Besonderheiten des Individuums einschließen muß. Ein und dieselben sozialen Bedingungen können auf verschiedene Menschen ganz unterschiedlich wirken, also ist in der Regel nicht ein wirkender Faktor für sich, sondern das Beziehungsgefüge zu ihm von entscheidender Bedeutung für den pathologischen und den Rahmen der historischen Entwicklung gegenüber dieser Variabilität letzten Endes die prägende Kraft der sozialen Gegebenheiten gegenüber den grundlegenden psychischen Strukturen und Verhaltensformen durchsetzt, kann ein die Subjektivität erfassendes methodisches Prinzip sozialorientierter wissenschaftlicher Arbeit in der Medizin nur unter Beachtung auch dieses Grundverhältnisses formuliert werden. Dieses methodische Prinzip könnte als Konsequenz der realen Dialektik der Beziehungen des Menschen zu seiner sozialen Umwelt etwa ausdrücken, daß erstens in bezug auf die theoretische Erklärung und Voraussage die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten mittels einer Wahrscheinlichkeitstheoretischen Konzeption und entsprechender Methodik erfaßt werden können, daß zweitens aber in bezug auf den speziellen Fall in Diagnostik und Therapie die Kenntnis der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur ausschlaggebend für das Verständnis der komplexen Wirkungszusammenhänge ist.

Diese das Subjektsein des Menschen betreffenden Überlegungen sind neben dem Grundsatz der vorrangigen Rolle des Sozialen hinsichtlich aller psychischen Lebensäußerungen des Menschen von ausschlaggebender Bedeutung auch für die theoretische und methodische Problematik der psychosomatischen Beziehungen. Diesem Problemkreis wollen wir uns nun abschließend ebenfalls im Sinne einer philosophisch begründeten Hypothesenbildung zuwenden.

⁶⁰ Vgl.: „Eine äußere Einwirkung bringt einen bestimmten psychischen Effekt hervor, indem sie durch den psychischen Zustand des Subjekts ‚gebrochen‘ wird, durch die in ihm entstandenen Systeme von Gedanken und Gefühlen. Jeder psychische Prozeß läuft gleichsam auf dem Hintergrunde eines bestimmten psychischen Zustandes des Menschen ab, der seinen Verlauf bedingt und seine Veränderungen zur Folge hat.“ Rubinstein, S. L., Sein und Bewußtsein. Berlin 1962, Seite 206.

Philosophische Aspekte der psycho-somatischen Problematik

Daß es somatopsychische Beziehungen in dem Sinne gibt, daß pathologische Destruktionen im organismischen Bereich, insbesondere in Nervensystem und Gehirn, zu Destruktionen des Psychischen führen, ist allseits anerkannt und die entsprechende Forschung und diesen Beziehungen angemessene Therapie wird in der Medizin nirgendwo in Frage gestellt. Dieses bereits selbstverständliche Problemfeld wird weitgehend im Fachgebiet der Neurologie und Psychiatrie bearbeitet; als klassischer Bereich solcher Beziehungen können die exogenen Psychosen gelten. Der erst in den letzten Jahrzehnten in den Mittelpunkt des Interesses und vieler Auseinandersetzungen gerückte Begriff der „Psychosomatik“ zielt auf die Erfassung eines anderen Beziehungssystems und setzt die Vorstellung voraus, daß psychische Prozesse in [166] bestimmten Fällen organismische Destruktionen bewirken können. Das psychosomatische Problem in dieser Richtung ist Gegenstand empirischer und theoretischer Forschung sowohl der Arbeitsrichtung der „psychosomatischen Medizin“, als auch der spezielleren Neurosenforschung und Psychotherapie. Da wir hier weder eine allseitige Darstellung des in diesen verschiedenen Bereichen behandelten Problems und auch keine spezielle wissenschaftliche Wertung der sehr vielfältigen theoretischen Konzeptionen beabsichtigen, abstrahieren wir im Folgenden von diesen Unterschieden weitgehend und versuchen zunächst eine allgemeine Übersicht über die grundlegenden Denkmodelle zu geben, die bisher zum psychosomatischen Problem entwickelt worden sind.

Unseres Erachtens lassen sich fast alle der bisher entwickelten Ansichten zum psychosomatischen Beziehungsraum in zwei Gruppen einteilen, die einen Gegensatz zueinander bilden und diese Gegensätzlichkeit auch sehr akzentuiert und scharf immer wieder herausstellen. Zur ersten Gruppe dieser Art lassen sich alle jene Vorstellungsmodelle und methodischen Einstellungsweisen zählen, die im Sinne heutigen Wissenschaftsverständnisses etwa als „erfahrungswissenschaftlich-rational“ gekennzeichnet werden könnten. Ihnen ist zunächst das Streben gemeinsam, das allgemeine Problem psycho-physischer Beziehungen streng wissenschaftlich, auf der Basis spezieller empirischer Analytik aufzuklären, um daraus zu wissenschaftlichen Theorien und normierten Verfahren der Diagnostik und Therapie zu gelangen. Gemäß den Prinzipien der naturwissenschaftlichen Denkweise rücken dabei in den Mittelpunkt der Erklärungsmodelle zwangsläufig immer neurophysiologische Beziehungen, da diese, unabhängig von ihrer jeweiligen theoretischen Deutung, es erlauben, psychische Vorgänge über ihre Einbettung in substantielle Medien als dem eigentlichen Übergangfeld zum körperlichen Geschehen als unmittelbar mit dem Somatischen verkoppelt anzusehen. Unabhängig von den speziellen weltanschaulichen Äußerungen der verschiedenen Anhänger dieser Denkrichtung erweckt diese selbst im ganzen den Eindruck einer sehr engen Beziehung zum philosophischen Materialismus. Dieser Eindruck entsteht dadurch, daß die Bindung psychischer Prozesse an materielle Medien und in ihnen ablaufende Funktionen sehr grundsätzlich betont wird und dadurch, daß das erfahrungswissenschaftlich-rationale Vorgehen auch im Rahmen philosophisch-materialistischer Konzeptionen als wissenschaftliches Vorgehen par excellence gilt. Eine einfache Zuordnung dieser Anschauungsweisen zum dialektisch-materialistischen Welt- und Menschenbild ist damit aber noch nicht möglich.

Als Musterbeispiele für die Prinzipien, die dieser ganzen Gruppe von Anschauungen zugrunde liegen, kann man ansehen: hinsichtlich der allgemeinen Problemstellung der Psychosomatik die Konzeption der cortico-viszeralen Pathologie und hinsichtlich der spezielleren Problematik der Neurosen und [167] der psychotherapeutischen Methodik die im eigentlichen Kern behavioristische Lehre der Verhaltenstherapie von Eysenck u. a.⁶¹

⁶¹ Obwohl die philosophischen Anschauungen der Vertreter dieser beiden Richtungen unterschiedlich sind, bestehen in der Struktur der theoretischen Modelle einige wesentliche Gemeinsamkeiten. Diese ergeben sich daraus, daß im Grundlegenden beide Konzeptionen auf den tierexperimentellen Forschungsarbeiten *Pawlovs* aufbauen, auch wenn im spezifisch amerikanischen Behaviorismus viele theoretische Interpretationen *Pawlovs* nicht akzeptiert wurden und die entsprechende experimentelle Arbeit mit einer Vielzahl recht unterschiedlicher, z. T. auch psychoanalytischen Hypothesen, verknüpft gewesen ist (vgl. dazu die historische Übersicht bei *Broadhurst, P. L.*, *Abnormal animal behaviour*. In: *Handbook of abnormal psychology*. New York 1961, Seite 731-763). Die eng an *Pawlow* orientierte cortico-viszerale Pathologie hat ihrerseits eigene Fortsetzungen zur Problematik der Psychotherapie hervorgebracht, zu denen man als repräsentative Beispiele insbesondere die Arbeiten von *Müller-Hegemann* und *Völgyesi* zählen kann.

Zur zweiten Gruppe psychosomatischer Ideen kann man demgegenüber alle zählen, die bei der Konstruktion ihrer gedanklichen Erklärungssysteme vorrangig versuchen, der Subjektivität des Menschen gerecht zu werden. Dieser Versuch kulminiert bei ihnen in der Regel in der Verteidigung einer vom naturwissenschaftlichen Denken grundlegend verschiedenen Methode und in der Hervorhebung der Eigenständigkeit und Autonomie psychischer Entwicklungen. Als Prototyp dieser eigenartigen Methodik gilt dabei zumeist das schon an anderer Stelle erwähnte „Verstehen“ als totaler Gegensatz zum sogenannten rein kausal-erklärenden Vorgehen.⁶²

Musterfälle, in denen sich der theoretische Gehalt dieser Denkrichtung sehr [168] deutlich manifestiert, sind: für den allgemeinen Bereich der Psychosomatik die „psychosomatischen“ Krankheitslehren von V. v. Weizsäcker, Jores und Uexküll und für die Neurosenklärung und Psychotherapie die an Freud anknüpfenden Systeme der analytischen Psychotherapie.⁶³

Die Einteilung der vorliegenden psychosomatischen Systeme in diese beiden Gruppen ist eine reichlich grobe Vereinfachung und darf nicht übersehen lassen, daß die Vorstellungsmodelle auch innerhalb dieser genannten Gruppen recht verschiedenartig und differenziert sind. Für eine eingehende wissenschaftliche Analyse der Entwicklung und des theoretischen Gehalts der einzelnen unterschiedlichen Auffassungen liefert diese Systematik nicht einmal einen sinnvollen Zugang. Auf der Ebene einer philosophischen Betrachtung hat dieses Herangehen jedoch insofern einen Sinn, weil es erlaubt, die unseres Erachtens sehr entscheidende Frage nach den methodologischen Prinzipien einer psychosomatischen Forschung grundsätzlich zu stellen.

Wir können im Hinblick auf dieses Anliegen zunächst feststellen, daß es zwischen den in diesen beiden Grundrichtungen von Auffassungsweisen vorliegenden konzeptionellen Ideen einen tiefen und unversöhnlichen Gegensatz gibt. Sie einfach miteinander in eine Synthese zu bringen, ist schon wegen der völlig unterschiedlichen methodischen Ausgangspositionen unmöglich. Diese Gegensätzlichkeit betrifft fast alle Aspekte; die Ansprüche an die wissenschaftliche Begründung der entwickelten Hypothesen ebenso, wie die Vorstellungen von Diagnostik und Therapie bei psychosomatischen Krankheiten. Eine sehr einprägsame Darstellung dieser Gegensätze zwischen der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie einerseits und der Verhaltenstherapie andererseits finden wir

Die neueste Fassung des grundlegenden theoretischen und methodischen Konzepts der cortiko-viszeralen Pathologie enthält die sehr umfassende und Lehrbuchcharakter tragende Darstellung in: *Bykow, K. M., und I. T. Kurzin, Kortiko-viszerale Pathologie. Berlin 1966.*

⁶² Dabei mangelt es durchaus an begrifflicher Klarheit bei der Abgrenzung des „Verstehens“ von anderen wissenschaftlichen Verfahrensweisen und vor allem an angebbaren Kriterien für die Beurteilung „verstehender“ Interpretationen. Vgl. zur Definition etwa *Jaspers*, der schreibt: „Durch Hineinversetzen in Seelisches verstehen wir genetisch, wie Seelisches aus Seelischem hervorgeht“ Seite 251), und „Die Evidenz des genetischen Verstehens ist etwas Letztes ... Solche Evidenz wird aus Anlaß der Erfahrung gegenüber menschlichen Persönlichkeiten gewonnen, aber nicht durch Erfahrung, die sich wiederholt, induktiv bewiesen. Sie hat ihre Überzeugungskraft in sich selbst“. (Seite 252). In: *Allgemeine Psychopathologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959.* Dieser Evidenzglaube ist späterhin auch auf die intuitive Ausdeutung von Lebensschicksalen und Erlebnissen hinsichtlich ihrer klinischen Relevanz vor allem durch *V. u. Weizsäcker* ausgedehnt worden. In der psychologischen Forschung ist längst nachgewiesen, daß man auf diesem Wege zu keinen wissenschaftlich haltbaren Ergebnissen gelangen kann, da die subjektive Willkür hierbei dominiert. Vgl. etwa: *Bregelmann, J., Psychologische Methodik und Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 1/2; Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963.*

⁶³ Vgl. neben den schon genannten Arbeiten *V. v. Weizsäcker's, Jores, A., Magie und Zauber in der modernen Medizin. In: Vom ärztlichen Denken und Handeln. Stuttgart 1956, S. 37–57.*

ders., Vom kranken Menschen, Stuttgart 1961.

Uexküll, Th. u., Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek 1963. Meyer, A. E., Psychosomatische Medizin. In: Erfolge und Grenzen der modernen Medizin. Frankfurt/M. 1966, Seite 257 ff Die außerordentlich vielseitige Verflechtung der Freudschen Lehre, einschließlich ihrer Modifizierungen in den neopsychoanalytischen Richtungen, mit der Psychosomatik und der Methodik der Psychotherapie kann hier nicht dargestellt werden.

Zur Einschätzung *Freuds* und seiner Lehre verweisen wir hier auf die sehr eingehende historisch-kritische Studie: *Mette, A., Sigmund Freud. Berlin 1958* und auf noch im anderen Zusammenhang zu nennende kritische Analysen zur Psychosomatik. Man muß sich heute allerdings darüber im klaren sein, daß die relativ leicht nachzuweisenden Schwächen der Freud'schen Tiefenpsychologie keine ausreichende Kritik der Psychosomatik und neuerer psychoanalytisch orientierter Psychotherapierichtungen liefern. Einen recht umfassenden Überblick über die historische Entwicklung der Freud'schen und der allgemeinen psychosomatischen Denkweise gibt die Arbeit: *Wyss, D., Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart. Entwicklung, Probleme, Krisen. Göttingen 1966.*

beispielsweise bei Eysenck/Rachman, [169] wo tabellarisch in zehn kontroversen Thesen die wichtigsten Differenzen aufgezählt werden⁶⁴.

Im Rahmen des heutigen Entwicklungsstandes der empirischen und theoretischen Forschungen ist es möglich und auch notwendig, den doch sehr unterschiedlichen wissenschaftlichen Gehalt dieser beiden Hauptrichtungen zu betonen, was hier ganz allgemein nur mit der Feststellung erfolgen kann, daß in der Regel die der zweiten Gruppe zugehörenden Konzeptionen im Sinne der Anforderungen an exakte Wissenschaftlichkeit in methodischer und theoretischer Hinsicht keinesfalls ausreichend begründet sind, während das in der ersten Gruppe allgemein verwendete Denkmodell grundsätzlich auf Wissenschaftlichkeit angelegt ist und zu einer großen Zahl gesicherter spezieller Erkenntnisse geführt hat. Bei dieser Wertung beziehen wir uns hier auf eine bereits große Zahl von speziellen Analysen und Kritiken, die auch von medizinischer Seite ausgeführt worden sind.⁶⁵

[170] Philosophisch interessant ist nun, daß es trotz dieser Gegensätzlichkeit der Auffassungen und trotz des unbedingt differenziert und unterschiedlich zu wertenden wissenschaftlichen Gehalts auch einige Gemeinsamkeiten zwischen diesen Denkweisen gibt. Diese Gemeinsamkeiten treten in den einzelnen Schulrichtungen sehr unterschiedlich auf und lassen sich nur als Tendenz auffassen. Der wichtigste Grundzug dieses allen bisherigen Modellvorstellungen gemeinsamen Inhalts ist unseres Erachtens die Behandlung des Menschen als isoliertes Individuum, das bestimmte Strukturen biologischer oder auch psychologischer Art hat, gegenüber der Umwelt aber immer im Verhältnis des geprägten, „gereizten“, in Konflikte gedrängten und bedrohten Wesens steht. Der grundlegende soziale Inhalt des Psychischen und der menschlichen Verhaltensweisen ist dadurch fast durchgängig aus dem Problemkreis der Betrachtung herausgefallen. Ein zweiter solcher gemeinsamer Grundzug ist die fast ausschließliche Orientierung auf das allgemeine Anpassungsmodell bei der Interpretation des Verhaltens und der Zielstellung der therapeutischen Beeinflussung. Als einen dritten Grundzug dieser Ebene kann man schließlich wohl auch die fast durchgängige Operation mit Vorstellungen von „Mechanismen“ (bedingt-reflektorischen; lernmäßigen; triebhaft-biologischen u. a.) bei der Erklärung von Prozessen und Entwicklungen im psychischen und im psychosomatischen Bereich ansehen.

Die erwähnte Behandlung des Menschen als isoliertes Individuum hat in den sehr unterschiedlichen Formen, in denen man sie in allen psychosomatischen Lehren nachweisen kann, sicher Verschiedene Ursachen. Da alle diese Vorstellungen darauf abzielen, auf den einzelnen Fall anwendbare Erklärungsmuster zu schaffen, orientieren sie sich in der Regel auch auf den das Individuum betreffenden psychosomatischen Zusammenhang, wodurch die das Psychische betreffenden Determinanten der

⁶⁴ Vgl. Eysenck, H. J., und S. Rachman, Neurosen – Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie. Berlin 1967. Gegenüberstellungen dieser Art besagen dort beispielsweise (Seite 21):

Psychotherapie (Psychoanalyse)

2. Abgeleitet von klinischen Beobachtungen, ohne die notwendigen Kontrollbeobachtungen oder Experimente.
3. Sieht Symptome als sichtbare Entladungen unbewußter Ursachen („Komplexe“) an.
7. Heilungen werden durch Behandlung der zugrunde liegenden (unbewußten) dynamischen Faktoren, nicht hingegen durch Behandlung des Symptomes selbst erreicht. usw.

Verhaltenstherapie

- Abgeleitet von experimentellen Untersuchungen, die spezifisch geplant wurden, um die weiteren Grundannahmen und Deduktionen zu überprüfen
- Sieht Symptome als unangepaßte bedingte Reaktionen an.
- Heilungen werden durch Behandlung des Symptoms selbst erreicht, d. h. durch Löschung unangepaßter und Aufbau erwünschter bedingter Reaktionen. usw.

⁶⁵ Vgl. u. a. Aresin, L., Psychosomatische Grundfragen. In: Mikrokosmos-Makrokosmos. Bd. 1, Berlin 1966. Seite 220 ff.; Kurth, W., Vom Sinn und Wert psychotherapeutischen Handelns im psychosomatischen Bereich. Psychiatr., Neurol. und med. Psychol., 12, 1960, 425 ff.; Mendel, M., Vom „Sinn“-Begriff in der Medizin. Der geschichtliche Weg von der Zeit der Romantik bis zur Gegenwart. In: Medizin und Philosophie – Arzt und Gesellschaft, Leipzig, 1965, Seite 38 ff.; Muldworf, B., Einige gegenwärtige Probleme der Psychoanalyse und Psychotherapie in marxistischer Sicht. Z. f. Psychosomat. Med., 8, 1962, 286 ff.; Müller-Hegemann, Philosophische Probleme der Psychotherapie. In: Mikrokosmos-Makrokosmos. Bd. I, Berlin 1966, Seite 247 ff. Schwarz, H., Die Psychosomatik im Blickfeld des Kliniklers. Psychiatr., Neurol. und med. Psychol., 9, 1957, Seite 1 ff.

Umwelt nur noch als Störfaktoren unterschiedlicher Art und unterschiedlichen Grades in der theoretischen Konzeption eine Rolle spielen.

In den am Grundmodell Freuds geschulten Auffassungen über die biologischen Mechanismen der Wechselbeziehung von Organismus – Psyche – Umwelt tritt die Umwelt zweifach in Erscheinung, einmal bei der Bestimmung der Prägung der angenommenen Grundstrukturen im frühen Kindesalter und zum anderen als Bereich, der gegenüber den triebhaften Regungen und Interessen zum Objekt von Lustgewinn wird und zugleich als Zwang zur Niederhaltung dieser triebhaften Regungen und Interessen auftritt. Die für die medizinische und psychologische Konzeption endlich als entscheidend angesehenen Prozesse liegen danach aber genau dazwischen.

Auf einer bereits anderen Stufe exakter Analytik der spezifisch die Umweltbeziehungen des Tieres regelnden bedingt-reflektorischen Mechanismen haben sich aber, ebenfalls infolge einer speziellen Orientierung auf gestörte Mechanismen im Individuum und bei entsprechender Analogisierung, ähnliche Wirkungen ergeben. Das hier angenommene Modell von Beziehungen [171] gab dann beispielsweise Anlaß dazu, Störungsfaktoren in überstarken Reizen, im Zusammenstoß von erregenden und hemmenden Nervenprozessen auf der Grundlage antagonistischer Forderungen von außen u. a. zu sehen, das heißt die sozialen Bezüge vornehmlich quantitativ und eingepreßt in das Begriffssystem einer biologischen Funktionsbeschreibung zu behandeln.

In philosophischer Sicht verflochten sich hier im Grunde aber noch weitere Ursachen. Einerseits rückt die partielle und spezifisch medizinische Fragestellung die psychosomatischen Beziehungen gegenüber der sozialen Determination des Psychischen in den Vordergrund (was sowohl für die empirische Analytik, wie auch für die theoretische Reflexion zutrifft). Andererseits rührt die Beschränkung des theoretischen Verständnisses auf allein diese Beziehungen auch daher, daß es im Zusammenhang mit der Wirksamkeit eines Menschenbildes entstand, in dem der Mensch auch nur als Objekt gesellschaftlicher Kräfte und schlechthin als klassisch determiniertes System angesehen wurde.

Hinsichtlich der unter den Bedingungen des Kapitalismus und dessen allgemeiner Ideologie entstandenen Lehren im Problemfeld der Psychosomatik ist das relativ klar und aus den gesellschaftlichen Gegebenheiten selbst zu erklären, die dem Individuum letzten Endes tatsächlich nicht mehr als nur diese Objektrolle ermöglichen. Der Zusammenhang zwischen diesen gesellschaftlichen Lebensbedingungen und deren Reflexion auch im medizinisch-theoretischen Denken ist klar erkennbar, wenn man etwa solche Aussagen betrachtet wie die, daß die charakteristische Bedeutsamkeit der medizinischen Anthropologie (bei Weizsäcker, Jores) und der Existenzphilosophie gleichermaßen darin bestehe, daß beide den „Rückgriff auf die unverkürzten Radikale des Menschseins: die Angst, die Schwermut und Langeweile, den Tod und in etwas anderer Weise die Krisenerfahrung des Subjekts“ in den Mittelpunkt ihres Denkens gerückt haben.⁶⁶ Ganz allgemein stellt sich in jedem auf der Grundlage des kapitalistischen Systems gewachsenen und seine Struktur nicht in Frage stellenden Denken das Verhältnis so dar, daß der Mensch Spielball und Objekt fremder Gewalten und nur insofern frei ist, als er eine individuelle psychische Einstellung zu diesen Gegebenheiten seines Lebens finden kann.

Eingehend zu prüfen wäre die Frage, wie weit diese im Grunde gleichen Einstellungen auf einer bereits früheren Etappe der historischen Entwicklung, nämlich zu Beginn unseres Jahrhunderts, auch Einfluß auf die Formierung der grundlegenden methodologischen Vorstellungen der Pawlowschen Physiologie der höheren Nerventätigkeit und die sich an diese anschließenden Versuche einer weitgehenden Ausdehnung des Pawlowschen Grundmodells auf die Medizin und auf die Psycho-[172]logie hatten. Historisch gesehen ist diese Analyse sinnvoll, denn das entsprechende theoretische Grundkonzept Pawlows entstand lange vor der sozialistischen Revolution und ohne Bezug zum Marxismus als Philosophie neuer Qualität und auch die später einsetzenden Beziehungen zur marxistischen Philosophie bezogen sich vor allem auf das ganz allgemeine Konzept des Determinismus und die allgemeine Bestimmung des Zusammenhangs von Materiellem und Psychischem, kaum dagegen auf das sich entwickelnde Verständnis des Menschen als soziales und seine eigenen Lebensbedingungen revolutionierendes Wesen. Die hier nicht auszuführende Untersuchung hätte sehr wahrscheinlich zur Konsequenz, daß im Rahmen einer das physiologische Begriffssystem übersteigenden Verallgemeinerungsstufe (sowohl in der Psychologie, wie auch in der Psychiatrie und Psychosomatik, wie gar erst recht in der Philosophie) jedes reflektorische Modelldenken als mechanistisch und unzureichend qualifiziert werden müßte, weil es den Menschen letzten Endes nur als Objekt oder bestenfalls als ein auf Anpassung an äußere Bedingungen einregulierbares System erfaßt. Dies

⁶⁶ Christian, P., Das Personenverständnis im modernen medizinischen Denken. Tübingen 1952, Seite 124 u. a.

Zur kritischen Auseinandersetzung mit diesen Grundzügen der Menschenauffassung verweisen wir hier auf weitere Ausführungen in dem ethischen Fragen gewidmeten Teil dieses Buches und auf die Arbeit: Steußloff, H., Zur Ehrfurcht vor dem Leben. Über die Stellung des sozialistischen Humanismus zu Leben und Tod des Menschen. In: Das sozialistische Menschenbild – Weg und Wirklichkeit, a. a. O., Seite 169–205.

festzustellen, bedeutet freilich keinesfalls, die wissenschaftliche Bedeutung der Pawlowschen Konzeption für die Physiologie der Nerventätigkeit herabzusetzen oder gar zu negieren, da sie im Rahmen einzelwissenschaftlicher spezieller Forschungen einen anderen Rang hat und schließlich auch in historischer Entwicklung gesehen werden muß.

Eine positive Auflösung der hiermit aufgeworfenen Fragen ist uns in diesem Rahmen nicht möglich. Den noch vorhandenen Widerspruch zwischen dem gegenwärtigen Entwicklungsstand der Ansätze zu einer wissenschaftlich begründeten Theorie psychosomatischer Beziehungen und den inhaltlichen Kernpunkten des marxistischen philosophischen Menschenbildes zu verschweigen wäre jedoch falsch, weil nur aus der möglichst noch schärferen Bestimmung dieser Widersprüche neue Ansätze für eine Weiterentwicklung erwachsen können.

Bei der als zweitem allgemeinen Grundzug genannten Dominanz des Anpassungsmodells in fast allen psychosomatischen Vorstellungen handelt es sich im Grunde um eine notwendige logische Konsequenz der schon erwähnten Behandlung des Menschen als Objekt. Alle entsprechenden Vorstellungen laufen – auf einen Nenner gebracht – darauf hinaus, den Konflikt zwischen Anforderungen der Umwelt (in Form von Forderungen, Reizen, Belastungen usw.) und Verarbeitungspotenzen des Individuums zum Dreh- und Angelpunkt aller Erklärungen der Entstehung, Mitbedingtheit und des Verlaufs psychosomatischer Erkrankungen zu machen. Dieser Konflikt erscheint damit im Rahmen medizinisch-theoretischen Denkens als Negativum und die Anstrengungen richten sich – allgemein und vergrößert ausgedrückt – darauf, ihn aus der Welt zu schaffen, entweder durch Wandlung der äußeren Bedingungen oder durch Hervorbringung einer neuen Art des individuellen Verhaltens, die es ermöglicht, mit diesem Konflikt zu leben. Geht man aber über die medizinische Behandlungsebene hinaus, so hat der Konflikt als Gegensatz zwischen Individuum und gesellschaftlicher Umwelt bzw. bestimmter ihrer Seiten noch eine ganz andere Funktion, nämlich [173] die als Triebkraft ständiger Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung zu wirken.⁶⁷

Die medizinische Sicht auf die Interpretation gesellschaftlicher Beziehungen zu übertragen ist demnach absolut unmöglich. Logisch scheint es eher, von der allgemein zu charakterisierenden Struktur auszugehen und die psychosomatische Konzeption hinsichtlich ihres psychologisch-therapeutischen Aspektes darauf auszurichten. Die hieraus hypothetisch abzuleitende Forderung würde unter anderem bedeuten, Fähigkeiten zur aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt zu entwickeln und nicht in erster Linie schematische Lenkungen auf eine Einpassung in Gegebenes vorzunehmen.⁶⁸ Voraussetzung für eine eingehende wissenschaftliche Klärung dieses sehr komplexen Beziehungsgefüges auch der konflikthaften Momente im sozialen Lebensraum des Menschen ist allerdings eine entsprechend detaillierte soziologische und sozialpsychologische Aufhellung, die allerdings zunehmend besser erfolgt und neue Möglichkeiten auch für die Klärung psychotherapeutischer Fragen und Zielstellungen schafft.⁶⁹

Mit dem dritten der genannten allgemeinen Züge der psychosomatischen Vorstellungsmodelle verhält es sich noch anders. Die Verwendung von „Mechanismus“-Modellen zur Erklärung und theoretischen Bearbeitung komplexer Systeme und deren Entwicklungen ist ein absolut legitimes und auch unumgängliches Verfahren in der Wissenschaft. Man benötigt diese Modelle, um theoretische Vorstellungen in komprimierter Form darzustellen und um Orientierungen für die Analyse von Relationen und Funktionen zu finden. Klarheit muß nur darüber bestehen, daß jedes dieser Modelle für sich immer nur Ausschnitte und Teilbereiche des Untersuchungsgegenstandes erfaßt und daß der Reichtum der für ein wissenschaftliches Objekt charakteristischen Beziehungen in der Regel und ganz besonders

⁶⁷ Vgl. dazu unter anderem auch Schrödter, V., und G. Frost, Materialismus und Psychiatrie. DZfPh. 1966, Sonderheft, Seite 137–150. Hier kommen auch noch gesellschaftliche Bedingungen allgemeiner Art ins Spiel. Ebenso wie grundlegend die gesellschaftliche Ordnung im Kapitalismus den Menschen zum Objekt degradiert, macht sie es ihm unmöglich, viele solcher Konflikte sinnvoll zu lösen. Im Sozialismus bietet die ebenfalls für medizinische Belange gesondert zu untersuchende Übereinstimmung von gesellschaftlichen, kollektiven und individuellen Interessen die Grundlage für ein ganz anderes Verhältnis und neue Möglichkeiten.

⁶⁸ Wir wollen hier allerdings nicht so verstanden werden, als könnte man den Unterschied einer medizinischen Therapie auf psychosomatischem Gebiet etwa zur Zielstellung der Pädagogik völlig aufheben. Es kommt vor allem auf die richtige Akzentuierung der Aspekte an und nicht auf schematische Übertragungen.

⁶⁹ Vgl. etwa die sehr eingehende und interessante Studie: *Stollberg, R., Arbeitszufriedenheit – theoretische und praktische Probleme.* Berlin 1968.

beim Menschen so groß ist, daß das beste Modell ihn nicht einzufangen vermag. In vielen Fällen sind die in den bisherigen Vorstellungen verwendeten Modelle stark durch die [174] schon erwähnten anderen Grundeinstellungen bestimmt und stehen einseitiger Interpretation dadurch gefährlich nahe.⁷⁰

Einige wenige Konzeptionen im Bereich der Neurosenforschung und Psychotherapie lassen sich in den Rahmen unserer bisherigen allgemeinen Charakteristik nicht einfügen oder doch nur sehr begrenzt. Es sind dies insbesondere verschiedene Ansätze zu einem neuartigen und stark sozialorientierten Herangehen in der Psychotherapie, wobei durchaus unterschiedliche Aspekte behandelt werden.⁷¹ Die in dieser Richtung verlaufende ideelle Entwicklung betrachten wir ebenfalls als einen Beleg dafür, daß unsere aus philosophisch-[175]theoretischen Gründen bestimmte Einschätzung der bisher dominierenden Vorstellungen als einseitig und vor allem als zu stark biologisch-naturwissenschaftlich geprägt, eine innere Notwendigkeit der medizinisch-theoretischen Entwicklung trifft.

Wenn wir die Problematik der psycho-somatischen Beziehungen im Zusammenhang mit den vorhergehenden Ausführungen zum marxistischen philosophischen Menschenbild betrachten, dann lassen sich etwa folgende Aussagen im Sinne von philosophisch begründeten Orientierungen formulieren.

Erstens ist es dann möglich zu sagen, daß die psycho-somatischen Beziehungen in einer allgemeinen Theorie der Medizin ausdrücklich mit erfaßt werden müssen, daß sie Gegenstand einer speziellen Theorie im System medizinischer Erkenntnisse und daß sie Gegenstand eines relativ eigenständigen Forschungsbereiches, der sowohl die psycho-somatischen als auch die sozial-psychischen Vermittlungsbeziehungen umfassen muß, sind. Zweitens ist es möglich, mit kritischer Einstellung zu den bisher herrschenden Ansichten ausdrücklich zu betonen, daß eine wissenschaftliche Theorie psycho-somatischer Beziehungen ohne ausdrücklichen Bezug zur Psychologie und Soziologie und ohne Explikation der spezielleren Strukturen der Beziehungen von Persönlichkeit und Gesellschaft nicht geschaffen werden kann. Da diese Aufgaben weitgehend mit jenen zusammenfallen, die wir zur Rolle des Sozialen allgemein in der Medizin zu charakterisieren versuchten, insbesondere auch zu jenen, die sich aus dem Subjektsein des Menschen ergeben, gelten dann auch für den gesamten Bereich der hier diskutierten Beziehungen die gleichen methodischen Grundprinzipien und die gleichen Forderungen nach Gemeinschaftsarbeit mit anderen Wissenschaftsbereichen und nach Zuwendung zur Mitwirkung an der zweckmäßigen Gestaltung der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse im Sozialismus.

⁷⁰ Hier muß ausdrücklich vermerkt werden, daß auch die spezielleren Modellvorstellungen im Rahmen der Physiologie und speziell der Physiologie der höheren Nerventätigkeit eine ständige Entwicklung durchmachen. Beispielsweise ist das Refferenzmodell von *Anochin* eine gegenüber der ursprünglichen Pawlowschen Konzeption sehr wesentliche Erweiterung und erlaubt eine dynamischere Auffassung der Mensch-Umwelt-Beziehungen.

(Vgl.: *Anochin, P. K.*, Das funktionelle System als Grundlage der physiologischen Architektur des Verhaltensaktes. – Abhandlungen aus dem Gebiet der Hirnforschung und Verhaltensphysiologie. Bd. 1, Jena 1967).

Eine Erklärung jedoch, warum bestimmte soziale Bedingungen psychisch in bestimmter Form verarbeitet werden, kann nicht im Rahmen eines solchen Modells auf der physiologischen Ebene gegeben werden. Das ist zwar selbstverständlich, aber es hat dann auch zur Konsequenz, daß es überhaupt keine Theorie psycho-somatischer Beziehungen nur auf der Basis von Erkenntnissen der Physiologie der höheren Nerventätigkeit geben kann.

⁷¹ Vgl. *Kohler-Hoppe, Ch.*, Soziale Isolierung als pathogenetischer Faktor bei Neurosen der zweiten Lebenshälfte. Psychiatr., Neurol. und med. Psychol., 14, 1962, 42 ff; *Kohler, Ch.*, Soziologische und psychologische Probleme in der ärztlichen Behandlung. In: Medizin und Philosophie – Arzt und Gesellschaft. Leipzig 1965, Seite 205 ff; *Frankl, V. E.*, Das Menschenbild der Seelenheilkunde. Stuttgart 1959; *Frankl, V. E.*, Irrwege seelenärztlichen Denkens. Nervenarzt, 31, 1960, 385–392; *Frankl, V. E.*, Aus dem Grenzgebiet zwischen Psychotherapie und Philosophie. Forschung und Fortschritt, Bd. 35, 1961, Seite 36–38; *Frankl, V. E.*, Aphoristische Bemerkungen zur Sinnproblematik. Archiv ges. Psychol., 116, 1964, 335 ff.

Eine sehr wesentliche Rolle in den Überlegungen Frankls spielt das Sinnproblem, d. h. die Frage, wie und unter welchen Bedingungen die persönliche Sinnfindung (bzw. der Sinnverlust) im Leben Einfluß auf Gesundheit und Krankheit haben. Der Versuch, dabei allgemein gesellschaftliche Entwicklungen, z. B. als Grundlage eines sich im modernen Kapitalismus nach seiner Ansicht ständig ausbreitenden „existentiellen Vakuums“, in die Betrachtung einzubeziehen, ist im Ansatz unbedingt wertvoll, ebenso die akzentuierte Hervorhebung der Rolle komplexer psychischer Einstellungen, Motivationen und Wertungen überhaupt für die Psychotherapie. Nicht einverstanden sein können wir mit den sehr abstrakten, sozialpolitischen Einschätzungen, die er zu diesem Sinn-Gesellschafts-Bezug gibt. Hier ist *Frankl* wie viele andere, noch sehr stark an die Vorstellungen der bürgerlichen Philosophie gebunden und auch in z. T. antikommunistischen Vorurteilen befangen.

Folgerungen:

Zusammenfassend bestimmen wir das Ergebnis der in diesem Kapitel besprochenen Beziehungen wie folgt:

1. Gemessen an den allgemeinen philosophischen Aussagen zu den Strukturebenen des Menschen, die sich aus seiner Sonderstellung als gesellschaftliches Wesen ergeben, ist die bisher dominierende Vorstellung vom Problemfeld der Medizin zu eng. Aus philosophischer Sicht ist es erforderlich, den psycho-somatischen und den psycho-sozialen Bereich als vorrangig wichtig zu relativ eigenständigen Forschungsgebieten und Bereichen besonderer Theorien auszubauen und organisch in das System der medizinischen Wissenschaft einzufügen.
2. Gegenüber der Vielschichtigkeit medizinisch relevanter Sozialfaktoren, die in den drei allgemeinen Ebenen der materiell-abiotischen Lebensbedingungen, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der gesellschaftlich-kulturellen Prägung der Persönlichkeit zusammengefaßt werden können, [176] ist der bisherige Bereich sozialorientierter Forschungsarbeit und medizinischer Praxis zu eng. Die in einigen Fachgebieten vorliegende Erweiterung der entsprechenden Untersuchungen und praktischen Aktivitäten, insbesondere der Modellfall „Sozialpsychiatrie“, belegen die grobe Fruchtbarkeit einer solchen Erweiterung der medizinischen Problematik.
3. Ohne in irgendeiner Weise die Bedeutung und Leistung der naturwissenschaftlich-biologischen Forschung in allen Ebenen der Medizin einzuschränken, muß gesagt werden, daß die bisher dominierende naturwissenschaftliche Einstellung in der Medizin nicht mehr ausreicht. Die Medizin wird in wesentlichen Teilen Naturwissenschaft bleiben, aber sie kann die neu entstehenden Aufgaben nicht bewältigen, wenn sie nicht ausdrücklich und umfassend davon ausgeht, daß ihr zentraler Gegenstand immer der Mensch ist.
4. Eine eingehende methodologische Analyse der Struktur psycho-somatischer Grundbeziehungen als einer Kernzone der theoretischen Problematik der Medizin steht noch aus. Ihre Durcharbeitung vom Standpunkt der Aussagen der marxistischen Philosophie wird zu einer wichtigen Bedingung des weiteren Fortschritts in der Erfassung der vermittelten Beziehungen zwischen dem sozialen Lebensprozeß der Menschen und ihrem organismischen Lebensprozeß auch im Sozialismus.

[177]

VIERTER TEIL

In diesem Teil wollen wir einige allgemeine Probleme der Methodik ärztlichen Vorgehens und ihrer Entwicklung behandeln. Wir gehen dabei davon aus, daß die Untersuchung der Grundstrukturen dieser Methodik zum Gegenstandsbereich der Philosophie gehört, soweit diese im vorhergehend bestimmten Sinne auch Methodologie der wissenschaftlichen Erkenntnis ist. Im Rahmen einer philosophischen Betrachtung treten dabei naturgemäß andere Aspekte der Methodologie in den Vordergrund als in einer medizinisch-theoretischen Abhandlung. Unser Ziel besteht hier zunächst nur darin, das System jener methodischen Grundsatzfragen darzustellen, die nicht ohne Besinnung auf erkenntnistheoretisches Wissen gelöst werden können. Dabei gehen wir davon aus, daß für den wissenschaftlichen Entwicklungsstand und die Effektivität der Diagnostik zwei Ebenen vorrangig bedeutsam sind; nämlich einerseits die Nosologie als Grundlage für die Diagnosenbildung überhaupt und die Beherrschung und Ausgestaltung des Systems diagnostischer Operationen. Diese beiden Ebenen werden gesondert und eingehender zu betrachten sein. Da durch die Entwicklung des Systems diagnostischer Verfahren und im Zusammenhang mit der fortschreitenden Technisierung der Medizin auch neue Bedingungen für die Gestaltung der Beziehungen zum kranken Menschen entstehen, werden wir in einem anschließenden dritten Abschnitt die nicht mehr nur rein methodisch zu bewertenden Konsequenzen dieser Veränderungen diskutieren.

Die Kenntnis dieser grundlegenden Zusammenhänge betrachten wir als eine Voraussetzung für das Verständnis vieler neuer und unumgänglicher Entwicklungen der künftigen medizinischen Praxis unter den Bedingungen der wissenschaftlich-technischen Revolution im Sozialismus.

[179]

4. Der Kranke und die Krankheit in der modernen Medizin. Philosophische Aspekte neuer Entwicklungen in der ärztlichen Diagnostik

4.1. Zur Problemstellung der Untersuchung

Die Diagnostik bildet seit jeher einen für die medizinische Praxis bedeutsamen Bereich ärztlichen Handelns, weil sie vor allem ein für den Erfolg dieses Tuns entscheidendes Bindeglied zwischen der allgemeinen medizinischen Erkenntnis und deren Anwendung auf den Einzelfall ist. Sie umfaßt alle jene Operationen, mit denen der Zustand eines Kranken erfaßt und bewertet wird, wobei die Bewertung auf der Grundlage verallgemeinert vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse über Krankheitsformen, deren Ursachen und Entwicklungsgesetze, erfolgt. Das Ergebnis der diagnostischen Untersuchungen und Überlegungen ist in der Regel eine Diagnose, das heißt eine Aussage über die Art der vorliegenden Erkrankung.

Der Erkenntnisprozeß in der Diagnostik ist, obwohl dabei bezüglich des Einzelfalles neues Wissen gewonnen wird, nicht mit dem allgemeinen wissenschaftlichen Erkenntnisprozeß vergleichbar. Das Untersuchungsobjekt des Klinikers ist der einzelne, der individuelle Kranke. Das Untersuchungsobjekt der medizinischen Wissenschaft ist dagegen die Krankheit bzw. eine bestimmte Krankheitsform. Um die diagnostische Aufgabe lösen zu können, muß der Arzt auf schon vorhandenes Wissen über Krankheiten zurückgreifen können. Die Diagnose ist unter diesem Aspekt dann eine Aussage, in der der Zustand des konkreten Kranken in den allgemeinen Begriffen der medizinischen Wissenschaft, insbesondere in denen der klinischen Nosologie, beschrieben oder ausgedrückt wird. Eine wesentliche Phase im diagnostischen Prozeß, der in der gerade diese Verbindung zwischen dem konkreten Fall und medizinischen Erkenntnis hergestellt wird, ist ein Zuordnungsprozeß. [180] Dieser besteht im Vergleich eines durch genaue Untersuchung ermittelten Zustandsbildes mit vorliegenden Mustern von Krankheitsbildern. Das letzte Ziel der Diagnostik, die, als Erkenntnisvorgang aufgefaßt, ihren Schwerpunkt in der Bestimmung der Klassenzugehörigkeit einer speziellen einzelnen Erkrankung hat, ist die Erlangung aller der Informationen, die zur Lösung der eigentlich ärztlichen Aufgabe – Wiederherstellung der Gesundheit oder Minderung eines Leidens – erforderlich sind. Die zuverlässige Diagnose ermöglicht zielgerichtete therapeutische Maßnahmen, die ebenfalls aus zumeist vorliegenden, wissenschaftlich verarbeiteten Erfahrungen abgeleitet und natürlich dabei auch spezifiziert werden. Als Teilbereich ärztlicher Tätigkeit ist die Diagnostik anderen Teilbereichen, besonders dem therapeutischen Wirken, vorgeordnet und in mancher Beziehung auch mit ihnen verflochten. In sich stellt sie ein gestuftes System von Operationen dar, das auch eine bestimmte Logik des Vorgehens fordert.

Seit die Medizin zur selbständigen Wissenschaft wurde, gibt es Bemühungen um eine wissenschaftliche Begründung und Gestaltung der diagnostischen Tätigkeit. Als in der Mitte des vorigen Jahrhunderts die zu einer enormen Umwälzung des medizinischen Denkens führende experimentelle Arbeitsweise ihren Siegeszug begann, wurde auch eine weitere neue Stufe in der wissenschaftlichen Gestaltung der Diagnostik erreicht. Die grundlegenden Momente waren dabei die Erweiterung und Präzisierung pathologischer Erkenntnisse und die breitere Einführung technisch komplizierter Hilfsmittel in die diagnostische Untersuchungstätigkeit. Im Gefolge dieser relativ sprunghaften Erweiterung medizinischer Kenntnisse und ärztlicher Untersuchungsmethoden begann bald eine direkte Suche nach den Regeln und der Struktur des Gesamtsystems ärztlichen Handelns und diagnostischen Vorgehens im Speziellen.¹ Besonderer Beachtung wert sind dabei einige sehr detaillierte Untersuchungen aus den zwanziger und dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts, in denen eine bereits beachtliche

¹ Charakteristisch für jene Periode des Suchens nach neuen methodischen Einsichten über den Prozeß der Diagnostik sind Arbeiten wie: *Bleuler, E.*, Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Heilkunde, Berlin 1919; und *Bieganski, W.*, Medizinische Logik. Würzburg 1909.

In noch wenig systematischer Form werden in den genannten und einigen weiteren Arbeiten verbreitete Fehler und häufige Fehlerquellen des diagnostischen Denkens behandelt. Die Hauptorientierung ist dabei eine psychologische Sicht der Probleme. Der Effekt dieser damaligen Bemühungen ist vor allem in der Verbreitung eines den neuen Bedürfnissen und gewachsenen Möglichkeiten gemäßen Problembewußtseins zu sehen, wodurch ein Anstoß für weitere kritische Besinnung und vertiefende Forschungen entstand.

Differenziertheit methodologischer und logischer Besinnung erreicht wurde.² Neu gegenüber den in den ver-[181]gangenen sechs Jahrzehnten kontinuierlich, jedoch nur von wenigen Forschern fortgeführten Untersuchungen zur Struktur und Logik des diagnostischen Denkens ist in der Gegenwart sowohl das Ausmaß dieser Forschungsarbeit wie auch die Art der Fragestellung. Hinsichtlich der Breite dieser Untersuchungen kann man gegenwärtig bereits von der Existenz einer spezialisierten Forschungsrichtung sprechen. Charakteristisch für die Fragestellung ist das Bemühen um Formalisierung, das eng mit der Entwicklung der Kybernetik und modernen Datenverarbeitungstechnik korrespondiert und bereits eine neue Stufe der Entwicklung der modernen Logik zugrunde legt.

4.2. Die Entwicklung und Problematik der nosologischen Erkenntnis

Jegliche sinnvolle diagnostische Tätigkeit ist abhängig vom Vorliegen genau bestimmter Krankheitsbegriffe spezieller Art. Die Fragen, die sich auf die Möglichkeit der Erkenntnis, den theoretischen und praktischen Nutzen, die Systematik und die Arten von solchen Krankheitsbestimmungen beziehen, sind Gegenstand der Nosologie. Der Inhalt des Begriffs „Nosologie“, mit dem eine Forschungsrichtung oder Untersuchungsebene charakterisiert wird, hat sich historisch gewandelt.

Der Ausgangspunkt für die Aufgabenbestimmung und die Erfassung der methodologischen Problematik der Nosologie ist die übliche und notwendige Unterscheidung zwischen der Krankheit als komplexem Prozeß organismischer Regulationsstörungen bestimmten Schweregrades und den Ausdrucksformen dieses Prozesses in einer Menge von Anzeichen oder Merkmalen beobachtbarer und meßbarer Art. Diese zwei wichtigsten Aspekte des faktischen Krankseins werden durch die Begriffe „Yathos“ und „Nosos“ ausgedrückt, wobei „Nosos“ den in Erscheinung tretenden Teil der Krankheit bezeichnet.³

Die Nosologie beschäftigt sich demnach vorrangig mit diesen in Erscheinung tretenden Teilen von Krankheitsvorgängen oder mit den klinisch erfaßbaren Äußerungsformen von Krankheiten. In den stark methodologisch orientierten Überlegungen Rothschuhs zu diesem Fragenkomplex werden noch weitere differenzierende Begriffe, wie „Symptomatologie“ (Krankheitszeichenlehre), [182] „Nosographie“ (definiert als „typisierende Beschreibung nennenswert häufiger Kombinationen von Zeichen, Ursachen, Verlaufsweisen und ihrer Benennung ...“) u. a. verwendet.⁴ Da es uns vorwiegend um die allgemeinen Beziehungen für eine methodologische Untersuchung geht, arbeiten wir nur mit einer näherungsweise Definition der Nosologie als der Lehre von den Strukturen klinisch bestimmbarer Krankheitsformen, von den Methoden der Analyse und Bestimmung dieser Krankheitsformen und von deren Klassifikationsprinzipien. Das vornehmliche Ziel der Nosologie ist demnach die Feststellung allgemeiner, gegenüber den individuellen Variationsformen relativ unabhängiger oder invarianter Strukturen von Symptomenmengen resp. die Bestimmung von Krankheitseinheiten oder klinischen Entitäten.

Die zentrale Frage jeglicher nosologischer Forschung, die auch im Prinzip die Möglichkeiten ärztlicher Diagnostik entscheidet, ist die Frage, ob es überhaupt möglich sei, voneinander abgrenzbare Krankheitsformen dieser oder jener Art zu erkennen und ob es damit die genannten invarianten Strukturen als den objektiven Kern solcher Krankheitseinheiten gibt. Diese Frage ist immer wieder verschieden beantwortet worden und wird auch heute noch gelegentlich umstritten. Sie hat zugleich, da sie auch bestimmte Entscheidungen über das wissenschaftliche Erkenntnisvermögen erfordert, einen deutlich philosophischen Aspekt. Dabei ist es in der Regel so, daß der klinisch tätige Arzt bereits eine

² Hervorzuheben sind hier besonders folgende Untersuchungen: *Koch, R.*, Die ärztliche Diagnose. Wiesbaden 1920; *ders.*, Das ärztliche Denken. München 1923; *ders.*, Das „Als-Ob“ im ärztlichen Denken. München 1924, und *Mainzer, F.*, [181] Über die logischen Prinzipien der ärztlichen Diagnose. In: Abhandlungen zur theoretischen Biologie. H. 21, Berlin 1925. In diesen Arbeiten spielt die erkenntnistheoretische Besinnung auf die wissenschaftlichen Voraussetzungen der Diagnostik und der logische Aspekt bereits eine dominierende Rolle. Einige dabei entwickelte Ideen sind Vorwegnahmen heutiger Vorstellungen und werden deshalb in anderem Zusammenhang nochmals behandelt.

³ Vgl. u. a.: *Hohe, G.*, Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. Jena 1967; *Kettler, L.-H.*, Gesundheit und Krankheit. In: Mikrokosmos- Makrokosmos, Bd. I, Berlin 1966, Seite 96–108.

⁴ *Rothschuh, K.* EX, Prinzipien der Medizin. München-Berlin (W.) 1965, – bes. das Kapitel „Das Erkennen der Krankheiten“.

positive Antwort auf die gestellte Frage voraussetzt und mit einem intuitiven Verständnis der „Krankheitseinheiten“ operiert, weil praktische Erfordernisse, der Zwang eine Diagnose zu stellen, eine bestimmte Therapie einzuleiten, ein klinisches Bild mit einem Begriff zu belegen, um wissenschaftliche Kommunikation zu ermöglichen u. a. einfach eine solche Voraussetzung erzwingen. Die Annahme der Existenz abgrenzbarer Krankheitsformen und deren Erkennbarkeit hat sich als beinahe selbstverständlich auch dadurch verfestigt, daß die Ergebnisse der speziellen pathologischen Forschung zu immer genaueren Bestimmungen von Krankheitseinheiten führen. Zweifel an der Berechtigung dieser grundlegenden Annahme tauchen zumeist dort auf, wo eine methodische Reflexion über die Schwierigkeiten medizinischer Erkenntnisgewinnung einsetzt, entweder in der Form von Grundsatzüberlegungen zur pathologischen, pharmakognostischen oder klinischen Forschung oder in Form von Überlegungen zur Zuverlässigkeit der ärztlichen Diagnostik. Obwohl wir aus verschiedenen – noch weiter auszuführenden Gründen – die obige Frage ebenfalls positiv entscheiden, wollen wir die verschiedenen Gruppen von Einwänden diskutieren, weil sie keineswegs nur Fehlurteile darstellen, sondern auch einige Einsichten von methodologischer Bedeutung auch für die heutigen Entwicklungsfragen der medizinischen Erkenntnis erbringen.

Die Argumente, die zur Begründung von Einwänden gegen die einfache Voraussetzung der Existenz und Erkennbarkeit von Krankheitseinheiten [183] angeführt werden, lassen sich im wesentlichen in zwei Gruppen zusammenfassen. Es sind dies

erstens Überlegungen über die komplizierten Wechselbeziehungen zwischen pathologischen Einsichten und denen des klinischen Beobachtungsraumes;

zweitens Überlegungen über die prinzipiellen Möglichkeiten zur Verwendung von Allgemeinbegriffen und solchen klassifizierenden Gehalts in der modernen Wissenschaft und speziell der Medizin, die zumeist mit besonderen Akzentuierungen der individuellen Variabilität der Erscheinungsformen von Krankheiten und der personalen Aufgabe oder Berufung des ärztlichen Handelns verbunden sind.

Die Wechselbeziehungen von pathologischen und klinischen Einsichten in der nosologischen Erkenntnis

Zur Diskussion des erstgenannten Problemkreises der Beziehungen zwischen pathologischer und klinischer Ebene sei zunächst eine sehr übersichtliche schematische Darstellung des Spielraums von Entwicklungen zwischen Pathos und Nosos angeführt, das von Rothschuh verwendet wurde (Abb. 1). Danach ist das, was dem Kliniker als konkreter Krankheitszustand mit bestimmten subjektiven und objektiven Ausdrucksformen oder Merkmalen faßbar wird, das Ergebnis eines Prozesses mit einem sehr vielgestaltigen und komplizierten Beziehungsgefüge. In dieses Beziehungsgefüge gehen sowohl bestimmte, die organismische Regulationsstörung charakterisierende gesetzmäßige Zu-

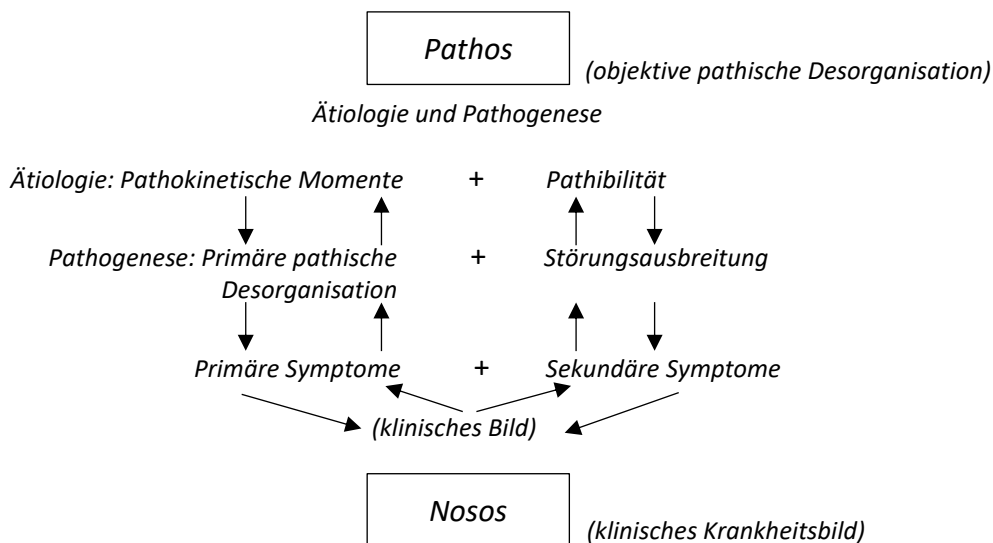


Abb. 1. Schema der Beziehungen zwischen Pathos und Nosos (nach: Rothschuh, K. E., Prinzipien der Medizin. München und Berlin (W) 1965).

[184]sammenhänge wie auch ein breites Maß an zufälligen Variablen (hier vor allem die Pathibilität, die Disposition u. a. betreffend) ein. Die Beziehungen zwischen der pathischen Desorganisation und dem klinischen Bild sind deshalb in der Regel weder einlinig noch eindeutig bestimmbar. Dies gilt umso mehr, wenn man berücksichtigt, daß jede pathische Desorganisation das Wirksamwerden auto-regulativer Abwehrprozesse bedingt und daß auch Vorgänge der natürlichen Alterung, besondere Umweltbedingungen u. a. den Gesamt Ablauf einer Erkrankung modifizierend beeinflussen. Zu beachten ist weiterhin immer, daß die Ausprägung der klinischen Manifestation pathischer Prozesse von der Akuität und Intensität der Noxen und deren Wirksamkeit abhängt.

Aus der Kompliziertheit dieser Bedingungen zu folgern, daß Krankheitseinheiten unbestimmbar sind, wäre jedoch voreilig und unberechtigt. Der menschliche Organismus bietet bei aller Komplexität der Prozeßbeziehungen keinen Spielraum für eine Unendlichkeit an Variationsmöglichkeiten der Wechselbeziehungen dieser genannten Faktoren. Das liegt darin begründet, daß dieser Organismus keine chaotische Vielzahl von Elementen, sondern ein strukturiertes System von Bestandteilen (Subsystemen) mit relativ festem Beziehungsgefüge ist. Durch diesen Systemcharakter erfolgen Einschränkungen der Reaktionsmöglichkeiten auf bestimmte Grundformen, die an Zahl außerordentlich vielgestaltig, jedoch keineswegs unerschöpflich sind. Weiterhin gilt – und das kann als gesicherte Aussage sowohl der Pathologie wie der Klinik gelten – daß die pathogenetischen Grundprozesse eine formende Dominanz gegenüber den zufällig variierenden Merkmalsgestaltungen haben. Die Vermittelte Beziehung zwischen den pathologischen Vorgängen und den klinischen Äußerungsformen beliebiger Krankheiten kann demgegenüber als sekundär betrachtet werden, liefert aber bestimmte Regulative für die erkenntnismäßige Behandlung dieser Zusammenhänge.

Eine hier nun anknüpfende methodologische Besinnung, die die Existenz und Erkennbarkeit von Krankheitseinheiten aus den beiden oben angeführten prinzipiellen Gründen voraussetzen kann, kann zunächst damit beginnen, beiden in Betracht zu ziehenden Ebenen des krankhaften Geschehens erkenntnistheoretische Charakteristika zuzuschreiben. Das geschieht durch die Bestimmung, die pathologischen Grundvorgänge seien das Wesentliche oder das Wesen des komplexen Geschehens, die klinische Äußerungsform sei demgegenüber das Erscheinungsbild oder die Erscheinung. Bezüglich des Erkenntnisvorhabens (Bestimmung von definierten Krankheitseinheiten) kann weiterhin festgestellt werden, daß Wesen und Erscheinungsbild nicht deckungsgleich sein können, daß aber im Erscheinungsbild auf jeden Fall bestimmte Züge, Seiten, Momente dieses Wesens zum Ausdruck kommen und notwendig kommen müssen. Der dem Wesen entsprechende Anteil des Erscheinungsgesamts tritt vor allem in zwei Formen für das wissenschaftlich analytische Interesse auf; einmal als das im obigen Schema Rothschuhs angeführte primäre Symptom (bzw. eine Menge solcher Symptome) und zum anderen als bestimmtes Relationsgefüge zwischen solchen Symptomen. Die [185] Gesamtheit der Elemente oder Merkmale der äußeren Erscheinungsform einer Krankheitseinheit ist dann immer umfangreicher, als dieser dem Wesen gemäß Anteil, letzterer bildet aber den Kern dieser Gesamtheit.

Im Prozeß der wissenschaftlichen Untersuchung dieser Zusammenhänge erfolgt die Analyse von zwei verschiedenen Seiten aus. Die historisch erste Untersuchungsebene, die auch heute in bestimmten Bereichen der Medizin relativ selbständig existiert, ist zunächst die der klinischen Erfahrungssammlung. Durch Beobachtung und möglichst exakte Beschreibung wird auf dieser Ebene versucht, praktisch unterscheidbare Gruppen von Krankheiten nach dem Prinzip der Ähnlichkeitsklassifikation voneinander abzuheben. Kriterium für die Bestimmung von relativ selbständigen Formen sind dabei besonders auffällige und immer auftretende Symptome, wie auch bestimmte auffällige Verknüpfungen zu gewissen Symptomgruppen, wie sie auch in den Beschreibungen der klinisch bestimmten Syndrome zum Ausdruck kommen. Auf diese Weise entstehen – und ganz besonders in den historischen Anfangsstufen dieser deskriptiven Analytik – Typenbilder von Krankheiten mit allen Vor- und Nachteilen, die den Typusbestimmungen überhaupt zukommen. Diese Typenbestimmungen stehen ihrer logischen Natur nach zwischen einfachen Klassifikationsbegriffen, die der Zusammenfassung von Erscheinungen zu Gruppen nach dem Vorhandensein eines oder weniger bestimmter Merkmale dienen, und strengen Strukturbestimmungen, die alle wichtigen Relationen zwischen den Elementen eines Systems

angeben und zum Kriterium der Klasseneinordnung erheben. Typenbestimmungen haben als solche Zwischenform von Ordnungsbegriffen einen heuristischen Wert für die menschliche Erkenntnis. Sie sind logisch charakterisiert durch die Angabe einiger invarianter Merkmale eines Systems, die einander fordern, ohne schon eine exakte Bestimmung des Relationsgefüges selbst anzugeben. Eine sinnvolle Typenbestimmung liegt nur dann vor, wenn es mehreren Beobachtern unabhängig voneinander gelingt, ein bestimmtes Erscheinungsbild dem gleichen Typus zuzuordnen. Da bei Typenbegriffen Idealbilder entstehen, an denen die Zugehörigkeit zum Typ bzw. die Anwendbarkeit des Begriffs gemessen werden muß, entstehen viele Probleme bei der Einordnung der nicht-klassischen Fälle.⁵ Hier setzt dann die subjektive Willkür im Zuordnungsprozeß ein, die zumeist einen großen Spielraum von Entscheidungsmöglichkeiten hat. Einer in vielen Fällen leichten Handhabbarkeit, die die besondere Erfahrungsnähe solcher Begriffe ausdrückt, steht eine relativ große Ungenauigkeit in vielen komplexen Fällen entgegen, die die Bindung dieser Begriffe an wenige und vorwiegend äußerliche Merkmale widerspiegelt. In diesen Beziehungen liegt die Beschränktheit und Relativität der rein klinischen Beobachtung [186] bezüglich der Bildung von Krankheitseinheiten begründet und damit auch schon das Erfordernis nach der Berücksichtigung einer weiteren Ebene der Untersuchung.

Diese zweite Untersuchungsebene, von der aus ebenfalls an der Festlegung von Krankheitseinheiten gearbeitet wird, ist bekanntlich die der pathologischen Forschung (einschließlich natürlich aller Richtungen, die pathologische Erkenntnis fördernd befruchten und in der Pathologie berücksichtigt werden, wie Physiologie, klinische Physiologie oder Biochemie). Die hier erreichbaren Ergebnisse sind vor allem Einsichten in pathologische Grundprozesse und pathogenetische Mechanismen. Obwohl in der Darstellung der pathologischen Erkenntnisse andere als klinische Bezugssysteme die dominierende Rolle spielen, ist der Kernpunkt des ja auf medizinisch-praktische Bedürfnisse der Diagnostik und Therapie gerichteten Erkenntnistrebens der Pathologie die Analyse der organismischen Beziehungsgefüge spezifischer Art, aus denen heraus bestimmte klinische Krankheitsbilder entstehen. Damit erfaßt die wissenschaftliche Erkenntnis auf dieser Stufe die gesetzmäßigen gegenüber den nur regelhaften Beziehungen und erlangt für die Krankheitseinheitenbestimmung entscheidende Bedeutung. Es ist nicht verwunderlich, daß es auf der pathologischen Untersuchungsebene beträchtliche methodische Schwierigkeiten gibt, da es sich letzten Endes um die Analyse komplexer Prozesse handelt, die nur über systematische tierexperimentelle Arbeit und durch umfangreiche morphologische und histologische Untersuchungen zu Ergebnissen geführt werden kann. Hieraus ergibt sich natürlich auch eine jeweils historisch bedingte Relativität der erreichten Erkenntnisse, die jedoch deren prinzipielle Bedeutung für die Gewinnung von Krankheitsbestimmungen nicht beeinträchtigt.

Aus der Synthese der auf beiden Ebenen der Analytik erreichbaren Einsichten läßt sich unter methodologischem Aspekt der Idealbegriff der Krankheitseinheit ableiten. Danach kann als wissenschaftlich begründet und sicher die Krankheitsbestimmung gelten, für die

- a) ein spezifischer pathologischer Prozeß bekannt ist;
- b) eine gerade als Resultat dieses Prozesses bekannte Menge von klinischen Merkmalen angegeben werden kann; wobei
- c) die in a und b angegebenen Komponenten sich deutlich von allen anderen möglichen Einheiten abgrenzen lassen.

Eine relativ große Zahl nosologischer Begriffe auch der heutigen Medizin entspricht noch nicht den Bedingungen dieser Definition und stützt sich dann schwerpunktmäßig entweder mehr auf die pathologische oder auf die rein klinische Bestimmung. Krankheitseinheiten im Sinne eines charakteristischen pathischen Prozesses wären beispielsweise die Paralyse oder die Arteriosclerosis cerebri. Ihre Bestimmung oder Umgrenzung erfolgt vornehmlich durch ätiologische oder pathogenetische Untersuchungsergebnisse und kann dabei eine beachtliche und auch sichere Genauigkeit erreichen. Meist ist es dann auch möglich, von solchen Grundlagenkenntnissen her den Prozeßverlauf und bestimmte

⁵ Diese im Prinzip gleiche Problematik gibt es auch bei der Verwendung typologischer Begriffe in der Psychologie und medizinischen Psychologie (etwa bei *Kretschmer*).

Vgl. *Liedemitt, F.*, Die typologischen Forschungsmethoden in erkenntnistheoretischer Sicht. *DZfPh.*, 13, 1965, 1487–1500.

Merkmale des klinischen Erscheinungsbildes zu klären, ohne [187] jedoch in jedem Falle den breiten Umfang klinischer Äußerungsformen als Resultat des Grundvorganges ableiten zu können. Diagnostische Valenz bezüglich solcher Einheiten besitzen dann nur ganz bestimmte klinische Äußerungsformen und hauptsächlich objektive Befunde pathologischen Charakters (wobei eben hier infolge des erreichten Erkenntnisstandes die Grenzen zwischen pathologischer und klinischer Feststellung weitgehend fließend werden). Die andere Form von weniger genauen und unvollständigen Krankheitseinheiten sind dann diejenigen, die vornehmlich durch die Erkenntnis des Ordnungsgefüges im rein klinischen Bild gewonnen worden sind. Sie haben den Wert von Typenbestimmungen im bereits dargestellten Sinne und können genaugenommen nicht als Krankheitseinheiten, eher als klinische Einheiten oder klinische Entitäten bezeichnet werden. Ein spezieller Fall von Hilfsbegriffen auf dieser unteren Stufe der erkenntnismäßigen (nicht unbedingt immer auch der praktischen) Rangordnung ist der Begriff des „Syndroms“. Mit diesem Begriff werden regelhaft miteinander verkoppelte Symptom- bzw. Merkmalsgruppierungen bezeichnet, die in verschiedenen Krankheitseinheiten auftauchen, jedoch für sich genommen diagnostisch wichtig oder therapeutisch angebar sind.

In diesen Überlegungen zur Begründbarkeit und Rangfolge diagnostisch wichtiger Krankheitsbestimmungen ist mit vorausgesetzt, daß auch auf diese allgemein anerkannte Kriterien wissenschaftlicher Erkenntnis angewendet werden müssen. Nach solchen Kriterien ist wissenschaftliche Erkenntnis vorrangig solche, die sowohl Erklärung als auch Voraussage für einen bestimmten Vorgang oder Komplex gestattet. Letztliche Möglichkeit zur Erklärung und auch zur Voraussage (die sich vorwiegend in der Kenntnis von Therapiemöglichkeiten und erst in sekundärer Hinsicht in der Prognose des Einzelfalles realisiert) bietet aber in der Medizin erst die pathologische Einsicht. Unter diesem Aspekt sind rein klinisch gewonnene Krankheitsbestimmungen (im Sinne von Krankheitsformen) keine theoretischen Begriffe, sondern erfahrungswissenschaftliche Begriffsbildungen, die eine theoretische Begründung noch erfahren müssen, um als gesicherte Einsicht gelten zu können.

Der Prozeß der wissenschaftlichen Erkenntnis verläuft also auch in diesem Sektor medizinischer Forschung nach dem bereits in anderem Zusammenhang betrachteten Grundmuster des Übergangs von der empirischen Erfahrung zur Wesenserkenntnis und von dort zu einer vertieften Erfassung des konkreten oder empirisch Gegebenen. Die in diesem allgemeinen Vorgang liegende Dynamik bedingt auch, daß jeweils rückwirkend von der einen auf die andere Ebene heuristische und zielorientierende Schlüsse bezüglich des Fortgangs der Analyse gezogen werden können. Diese miteinander verbundenen Seiten, in deren Zusammenwirken wissenschaftliche Fortschritte entstehen, finden wir auch sehr deutlich in der Geschichte der Beziehungen von klinischer Nosologie und Pathologie bis in die Gegenwart hinein. Dabei drückt sich die Existenz dieser fruchtbaren Wechselbeziehungen auch mit darin aus, daß es ständig ein gewisses Spannungsfeld zwischen beiden Polen [188] analytischen Vorgehens gab, in dem sich die relative Selbständigkeit beider Seiten ausdrückt und wohl auch künftighin ausdrücken muß.

Mit symptomatologischen oder klinisch-deskriptiven Krankheitsbestimmungen wurde – als Folge praktischer Notwendigkeit der Gewinnung von Grundlagen der Diagnostik – bereits in der Medizin der klassischen Antike gearbeitet. Die häufig als Musterbeispiel dafür angeführte Epilepsie-Beschreibung des Hippokrates belegt dies neben anderem. Im 3. Jahrhundert v. d. Z. lehrte der Athener Arzt Mnesitheos, die Symptome nach ihren Ursachen zu unterscheiden und unterteilte die damals bekannten Krankheiten in Gattungen und Arten, wobei für die Artbestimmungen allerdings schon ätiologische Gesichtspunkte entscheidend waren. Erste Vorstellungen von biologisch fundierten (als „ontologisch“ bezeichneten) Krankheitsformen finden sich dann bei Girolamo Fracastoro (1483–1553), in dessen Systematik die Krankheiten mit ihren damals angenommenen Ursachen gleichgesetzt wurden.

Thomas Sydenham (1624–1689) verhalf in seiner Zeit und für eine längere Periode der symptomatologischen Krankheitsbestimmungen zur größten Blüte. Vorbild mag ihm dabei die zeitgenössische Botanik gewesen sein. Sein Programm zur Schaffung eines Systems der Krankheiten sah in Analogie zum damaligen Vorgehen der Botanik die Aufzeichnung und Sammlung von Einzelfällen, die Trennung der ständig auftretenden von den nur gelegentlich vorkommenden Symptomen und eine darauf aufbauende Klassifikation durch Abstraktion gewonnener typisierter Krankheitsbilder vor. Einen ähnlichen methodischen Weg legt das 1763 entwickelte System der Krankheiten des Franzosen Francois Boissier de Sauvages des Lacroix zugrunde. Diese nosologischen Systeme, die alleine auf der klinischen Deskription beruhten, hatten ihren historischen Wert für den Erkenntnisfortschritt in der Medizin, führten sie doch zu einer differenzierten Entwicklung der Diagnostik, zur Verbesserung der wissenschaftlichen Kommunikation unter den Ärzten und auch zu einer Spezialisierung in der Medizin (beispielsweise entstand auf der Grundlage dieser Systeme 1772 die spezielle Klasse

der Kinderkrankheiten und 1776 die Klasse der chirurgischen Krankheiten und Leiden). Entscheidende Leistungen zur Bereicherung des wissenschaftlichen Vorgehens bezüglich der Bestimmung von Krankheitsformen waren dann vor allem die grundlegenden Werke von Giovanni Batista Morgagni (1682–1771) und Philipp Pinel (1755–1826). Ersterer wurde mit der Feststellung der Bedeutung der Korrelationen zwischen klinischen Symptomen und morphologischen Veränderungen im Organismus, insbesondere in seinem epochemachenden Werk „De sedibus et causis morborum per anatonem indignatis“ (1765) zum Begründer der pathologischen Anatomie und der lokalisatorischen Klassifikation der Krankheiten. Pinel entwickelte diese Betrachtungsweise weiter, indem er eine Analytik klinischer Symptome als Ausgangspunkt zur synthetischen Bestimmung von Krankheiten unter Einbeziehung der anatomischen und physiologischen Grundlagen durchführte und methodisch begründete.

Alle nach diesen fruchtbaren und zu vertieften wissenschaftlichen Einsichten führenden Konzeptionen noch weiterhin bestehender nosologischer Systematisierungsversuche alter Art, die vor allem auf die Ermittlung umfassender Systeme von Krankheitsgattungen gerichtet waren, verloren unter den neuen Bedingungen allmählich ihren Kredit und wissenschaftlichen Gehalt und wurden zunehmend spekulativ.

Der im 19. Jahrhundert verstärkt einsetzende Fortschritt der naturwissenschaftlich-[189]lichen Methodik und Denkweise in der Medizin führte zu ausgesprochen scharfen Reaktionen. auf die überholte Nosologie alten Stils, für die als Beispiel eine Stellungnahme aus einem programmatischen antiromantischen Artikel von Roser und Wunderlich gelten mag. Diese schrieben: „Die erste Forderung der neuen, der einzig wissenschaftlichen Medizin im Jahre 1842 ist diese, daß den gläubigen Vorstellungen der deutschen Systematiker und der naturhistorischen Grübler ein Ende gemacht wird, daß hinfort durch die physiologische Methode mit geläuterter Erfahrung der Krankheitsbegriff physiologisch und anatomisch festgestellt, die Pathologie des kranken Menschen begründet, die Klinik auf objektive physikalische Diagnostik gegründet werde. Also keine Nosologie im alten Sinne, keine Beschreibung von Symptomen, die man sich seit Jahrhunderten als ebensoviele Krankheiten vorstellte, keine willkürliche Benennung nach vorgefaßter Meinung, kein System aus unklaren Begriffen, unzulänglichen Theorien, albernen Spekulationen.“⁶

Solche und ähnliche Einwände gegen ein rein symptomatologisches Vorgehen waren grundsätzlich berechtigt; andererseits hat die einseitige Hervorhebung der naturwissenschaftlich-objektiven Begründung in nicht wenigen Fällen bei Außerachtlassung der empirisch-klinischen Ebene zu stark konstruierenden und praktisch nicht haltbaren Begriffsbildungen geführt, wenn die rein theoretische Erklärung stark schematisierend vorging.

Jedenfalls entwickelte sich im Verlaufe der vertiefenden Ausführung der neuen Betrachtungsweise die spezielle Pathologie als entscheidende Ebene der Krankheitseinheitenbestimmung. Die in der Klinik verwandten Begriffe näherten sich nach und nach den von der Pathologie gegebenen Grenzfestlegungen an, ohne jedoch zu einer völligen Vereinheitlichung beider Begriffssysteme zu gelangen. Während des 19. Jahrhunderts haben viele bedeutende Kliniker, u. a. auch C. v. Rokitanski (1804–1878) das wissenschaftlich notwendige Wechselverhältnis von Klinik und Pathologie zu entwickeln geholfen und weitere Beiträge zur Festlegung der spezifischen Aufgaben beider Forschungsebenen geleistet. Die Nosologie wurde im Gefolge dieser Auffassungen als die von der klinischen Erfahrung ausgehende Krankheitslehre, die Pathologie dagegen als eine Grundlagenwissenschaft angesehen, die sich auch aus methodischen Gründen von der Klinik in gewisser Distanz halten muß.

Der tatsächliche Entwicklungsgang der medizinischen Erkenntnis bei der Aufklärung der Beziehungen zwischen pathologischen Beziehungsgefügen und klinischen Regelmäßigkeiten belegt neben den anderen angeführten Gründen Vorhandensein und Erkennbarkeit objektiver Korrelate der in der Diagnostik verwendeten Krankheitsbegriffe. Das System dieser Begriffe, in denen wir gleichsam wie in den Knotenpunkten eines Netzes die Ordnung sämtlichen klinisch relevanten Geschehens festhalten und fixieren, befindet sich naturgemäß wegen des Fortschreitens der wissenschaftlichen Erkenntnis im Fluß- und in Veränderung. Dabei bleiben bestimmte Fixpunkte als bereits exakt begründete Krankheitseinheiten bestehen, andere jedoch machen einen Wandel durch und werden entweder weiter differenziert oder auch in manchen Fällen vereinigt. Die Veränderung dieses Begriffsgefüges, das einen ent-[190]scheidenden Teil des theoretischen Gehaltes der Medizin als Wissenschaft ausmacht, ist darüber hinaus auch bedingt durch Veränderungen im objektiven Bereich der existierenden Krankheiten selbst, durch das Entstehen neuer und den Wandel im Bedingungsgefüge schon bekannter Krankheitsformen.⁷

⁶ Nach Karst, W., Zur Geschichte der „Natürlichen Krankheitssysteme“. Med. Diss., Berlin 1941.

⁷ Solche Wandlungen können im Gefolge a) der Veränderung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen der Menschen (vgl. etwa im Zusammenhang mit der Entstehung neuer Noxen in anderen Formen der Produktionstätigkeit) und b) des Einflusses ärztlicher Wirksamkeit selbst (vgl. etwa die Wirkungen umfassender prophylaktischer Maßnahmen und der immer umfassender werdenden Impfpraxis) entstehen, vgl. auch Tosetti, K., Der Wandel klinischer Krankheitsbilder. In: Mikrokosmos-Makrokosmos, Bd. 1, Berlin 1966, Seite 189–197.

Zur Problematik der Allgemeinbegriffe in der Nosologie

Wie eingangs dieses Abschnittes erwähnt wurde, beziehen sich verschiedene Zweifel an der Möglichkeit, wissenschaftliche nosologische Bestimmungen zu gewinnen, auf Überlegungen zur Rolle von Allgemeinbegriffen in der Medizin überhaupt.

Eine Reihe weiterer methodologischer Probleme ist zu unserer Frage auch im Zusammenhang mit Überlegungen zur prinzipiellen Bedeutung von Allgemeinbegriffen in der Medizin aufgeworfen worden. Dabei kam es oft zur unzulässigen Vermengung einer Reihe verschiedenartiger Problemstellungen und zur Orientierung an philosophischen Ausgangspositionen, die heute als überwunden gelten können. Diese Seite der Bemühungen um wissenschaftstheoretische Begründungen der medizinischen Erkenntnis verdient jedoch deshalb hier eine kurze Behandlung, da sie wenigstens einige falsche Fragestellungen vermeiden hilft und auch die unlösbare Verbindung der fachwissenschaftlichen Begriffsbildungsfragen mit philosophischen Entscheidungen aufzeigt.

Nach Emmrich hat beispielsweise Oesterlin in seiner „Medizinischen Logik“ von 1852 gegen die sogenannte ontologische Krankheitsauffassung von dieser Seite her polemisiert. Die Krankheitsspezies sind für ihn nur vom Intellekt geformte Konstruktionen bzw. willkürliche Abstraktionen zum Zwecke der Schaffung einer gewissen Ordnung in der unbegrenzten Mannigfaltigkeit der Erfahrungswelt.⁸ Dem lag eine zu jener Zeit sich ausbreitende relativistische und agnostische Auffassung des menschlichen Erkenntnisvermögens zugrunde, der in der Naturwissenschaft Du-Bois Reymond mit seinem oft noch zitierten „Ignorabimus“ zeitgenössischen Ausdruck verliehen hatte.

In etwas anderer Form begegnet uns eine ähnliche Konzeption in den bereits genannten Arbeiten Kochs zur Diagnostik aus den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts. Sein Anliegen war es, ein den Bedingungen und Anforderungen der ärztlichen Praxis gemäßes System der Diagnostik zu begründen. Bezüglich der Krankheitseinheiten, die ja als eine der entscheidenden Grundlagen sinnvoller Diagnosebildung dabei untersucht werden mußten, versuchte er eine sehr unbe-[191]friedigende Kompromißlösung zwischen der Verneinung der Möglichkeit nosologischer wissenschaftlicher Begriffe einerseits und der Erfahrung ihrer Notwendigkeit in der Praxis andererseits zu entwickeln. Er ging davon aus, daß sich im jeweils komplexen Krankheitsgeschehen Elemente oder Faktoren dreier Ebenen miteinander verbinden, und zwar: Ursachen, Reaktionen (im Sinne von pathologischen Prozessen) und Symptome, und daß die Zahl der möglichen Kombinationen aus diesen drei Faktoren unendlich groß sei. Diese unendliche Vielzahl möglicher Krankheiten einerseits und die ebenfalls als unendlich angenommene individuelle Variabilität der Äußerungsformen von Krankheiten andererseits machten es seiner Auffassung nach unmöglich, objektive Krankheitsformen zu konstruieren. Die Praxis zeige lediglich Häufungen bestimmter Korrelationen, was dann erlaube, Krankheitstypen festzulegen und in der Diagnostik zu verwenden. In der Typen-Diagnose werde zwar versucht, wie etwa in der Spezies des Morbus Basedow, Verkettungen von Ursachen und Erscheinungen aufzudecken, aber dies sei nur relativ und mit großer Unsicherheit möglich. Damit wird bei Koch der Typus-Begriff auf alle diagnostischen Begriffe angewandt und zur Behauptung der grundsätzlichen Relativität aller Bestimmungen von Krankheitseinheiten verwendet. Die allgemeine Vorstellung des Vorhandenseins von objektiv voneinander abgrenzbaren Krankheitsformen sei eine Selbsttäuschung; im Grunde verfügten wir auch in der modernen Medizin nur über die Produkte subjektiver Willkürakte unseres Intellekts.

Gestützt auf philosophische Annahmen in seiner Zeit, besonders auf die Arbeiten des zum neopositivistischen Wiener Kreises gehörenden M. Schlick und des Begründers der sogenannten „Als-Ob“-Philosophie, H. Vaihinger, führte Koch zur Charakterisierung des erkenntnistheoretischen Wesens der nosologischen Begriffe den Terminus „Fiktion“ ein.⁹ Dieser Terminus kennzeichnet Allgemeinbegriffe ohne objektives Korrelat in der Realität, aber mit einer für das menschliche Denken und Handeln unbedingt notwendigen Funktion ordnungsbildenden Inhalts. Demnach verfahren wir in der Diagnostik so, als ob es Krankheitseinheiten gäbe, weil wir ohne eine solche Annahme dem praktischen ärztlichen Auftrag nicht gerecht zu werden vermögen.

Die entscheidenden Einwände gegen diese Konzeption sind eingangs dieses Abschnittes bereits dargestellt worden und betreffen insbesondere die Unhaltbarkeit der Annahme einer Unendlichkeit von Daseinsweisen des menschlichen Krankseins. Die Vorstellung des fiktiven Charakters unserer Begriffe gegenüber der Wirklichkeit erweist sich auch durch den historischen Fortschritt wissenschaftlicher

⁸ Emmrich, H., Der Begriff der klinischen Entität in der inneren Medizin. Leipziger Univ.-Reden, N. F., H. 17. Leipzig 1960.

⁹ Zur Geschichte und Wirksamkeit des Positivismus in Philosophie und Einzelwissenschaften vgl.: [Narski, J. S., Positivismus in Vergangenheit und Gegenwart. Berlin 1967.](#)

Ein interessantes Zeitdokument für die positivistischen Bemühungen um medizinische Probleme ist der Beitrag: Coerper, C., Die Bedeutung des fiktionalen Denkens für die medizinische Wissenschaft. In: Annalen der Philosophie, Bd. 1; Leipzig 1919.

Heute bezeichnet man als Fiktionen solche Begriffe oder Annahmen, die in der Realität keine Entsprechung haben, begrenzt aber den Kreis der hierher gehörenden Begriffe genau. (Vgl. Klaus, G., Die Macht des Wortes. Berlin 1964).

Erkenntnis und vor allem durch die Möglichkeit [192] zur praktischen Beherrschung der Realität mittels unseres auf begrifflicher Widerspiegelung aufbauenden zielgerichteten Verhaltens als unhaltbar.

Der eigentliche Angelpunkt zum Verständnis der dialektischen, zum Teil widerspruchsvollen Beziehungen zwischen allgemeinen Begriffen und ihren Objekten besteht im Begreifen des Abstraktionsprozesses. Abstraktionen, wie die nosologischen Begriffe von Krankheiten, entstehen durch das Herausheben allgemeiner und notwendiger Merkmale des Objektes, die in der Erfahrung und wissenschaftlichen Forschung zugänglich werden. Daß es sich dabei um Abstraktionen handelt, die den Einzelfall immer nur hinsichtlich bestimmter Seiten seiner Struktur- und Existenzbesonderheiten erfassen können und nicht vollständig im vollen Reichtum seiner Bestimmungen, macht sie nicht überflüssig oder verkehrt, sondern erst zur wissenschaftlichen und praktischen Tätigkeit geeignet. Jegliche Argumentation auch gegen die Erkennbarkeit des Menschen, die ebenfalls von den gleichen Grundüberlegungen ausgeht, macht sich des logischen Fehlers schuldig, aus der faktischen Unmöglichkeit der begrifflichen Erfassung aller Bestimmtheiten des Einzelnen die Unmöglichkeit der Bestimmung allgemeiner, allen Menschen zukommender Eigenarten, Merkmale, Bedingungen usw. zu folgern.

Eine Kochs Auffassungen entgegengesetzte Linie bei der Interpretation des Charakters der nosologischen Begriffe vertrat in jenen Jahren Mainzer, dessen Arbeit als besonders bedeutsamer Beitrag zur Methodologie der Diagnostik an anderer Stelle ebenfalls schon genannt wurde. Er verwendete den Begriff der Fiktion nur noch für die Kennzeichnung des Charakters der Normen, mit denen Abgrenzungen von gesund und krank konkret feststellbar werden und vertritt die Ausgangsthese, daß die begriffliche Abgrenzung von Krankheitsspezies in der Natur der zu klassifizierenden Objekte ihre Basis haben muß. Das synthetisch-genetische Vorgehen im Studium der Krankheitsprozesse führe bei Berücksichtigung der Ergebnisse der pathologischen Forschung zum Verständnis der Zusammenhänge aller jeweils wesentlichen Merkmale von Krankheitsformen. Die Krankheitsbegriffe werden somit als echte Artbegriffe aufgefaßt, denen Gesetzmäßigkeiten in der Entstehung, Ausbreitung und bei der Bildung des äußeren Erscheinungsbildes zugrunde liegen. Der Begriff des Typus wird für jene Bestimmungen angewandt, die infolge des noch ungenügenden Entwicklungsstandes unserer Einsichten nur als Übergangsstufen bei der Entwicklung nosologischer Begriffe eine Rolle spielen. Diese Ansichten entsprechen im Prinzip den heute vertretbaren Erklärungen zum Wesen und zur Entwicklung der nosologischen Begriffe.¹⁰

Die am historischen Material etwas eingehender erörterte Möglichkeit verschiedenartiger Standpunkte zu dieser Frage und ihrer Problematik tangiert letztlich ein auch heute oft überlegtes, speziell die ärztliche Praxis betreffendes Problem prinzipieller Art zum Verhältnis von Wissenschaft und personaler Aufgabe im ärztlichen Tun. Dort, wo als primäre Bedingung für die Möglichkeit ärztlicher Hilfe gegenüber dem Leidenden und Kranken das Gegebensein einer persönlichen Begegnung vertrauensvollen Miteinanders angesehen wird, verblaßt in der Regel die Bedeutung nosologischer und diagnostischer Begriffsbildung. Umgekehrt ist die gelegentliche Folge eines vorwiegend wissenschaftlichen Interesses an der Ausübung ärztlicher Tätigkeit die strenge Begrenzung auf die Feststellung der Diagnose und ihrer Konsequenzen für die Therapie. Beide Einstellungsweisen sind sicher extremer Natur und so nicht berechtigt. Das Hinausgehen über die unmittelbare diagnostische Bestimmung im Sinne einer Kenntnisnahme und Beachtung auch der spezifischen Situation und Gestimmtheit des Patienten – insbesondere natürlich in der psychotherapeutischen Begegnung – gehört wohl zu den erstrebenswerten Haltungen des humanistischen Arztes. Aber die Betonung der persönlichen Beziehung, in der sich der Kranke als Subjekt helfenden Bemühens erlebt, darf nicht übersehen lassen, daß die Operation mit dem allgemeinen Begriffssystem der Nosologie und der Technik der Diagnostik entscheidende Voraussetzungen für die Realisierung der ärztlichen Hilfeleistung sind. Allgemein ausgedrückt heißt dies: wissenschaftliches Vorgehen auf der Grundlage des Systems moderner medizinischer Kenntnisse ist die unbedingt notwendige Voraussetzung zur Erfüllung des ärztlichen Auftrags; personale Bindung und Zuwendung zum Patienten ist die erstrebenswerte und in vielen Fällen die Erfolgsmöglichkeiten erhöhende Zusatzforderung an die ärztliche Berufung. In dieser Sicht lassen sich also auch gelegentlich gegen die nosologische Begriffsbildung vorgebrachte Vorwürfe der Schematisierung und Entpersönlichung im Arzt-Patient-Verhältnis als nicht sachgerecht kennzeichnen.

¹⁰ Einen wesentlichen Beitrag zur Erfassung des historischen Materials der besprochenen Entwicklungslinien leistete uns eine ausgezeichnete Staatsexamensarbeit von Gaffier, G., und B. Hofmann zum Thema „Erkenntnistheoretische und logische Probleme der ärztlichen Diagnostik in wissenschaftstheoretischen Untersuchungen aus den zwanziger und dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts bis zur Gegenwart“, Leipzig 1968 (unveröffentl. Manuskript).

Folgerungen

Betrachtet man die bisherigen Feststellungen zur prinzipiellen Begründbarkeit nosologischer Begriffe und ihrer Anwendbarkeit im Zusammenhang, so lassen sich einige methodologische oder heuristische Konsequenzen für die Entwicklung entsprechender weiterer Forschungsarbeiten im medizinischen Bereich – hier vom Standpunkt der philosophischen Betrachtung als Hypothesen ausgesprochen – angeben.

1. Eine solche Konsequenz betrifft die Wertung oder Bedeutungsbestimmung der verschiedenen Arten von nosologischen Begriffen, insbesondere die angegebene Rangfolge von Krankheitseinheit, nosologisch-klinischer Einheit und Syndrom. Wenn es eine solche Rangfolge gibt, dann können in der wissenschaftlichen Arbeit der Pathologie, der Epidemiologie, der medizinischen Statistik allgemein u. a. Bereichen, zuverlässige Ergebnisse nicht ohne methodische Beachtung des jeweiligen Charakters der nosologischen Begriffe und deren Relativitätsgrad gewonnen werden. Weiter, wenn diese Rangfolge systematisch ausgewiesen wird, ermöglicht sie die Festlegung [194] zielstrebigere Forschungsaufgaben zur kontinuierlichen Vervollkommnung des nosologischen Begriffssystems und damit auch eine vielleicht bessere Orientierung der klinischen Analytik. In dieser Richtung vorgehende Untersuchungen können auch herangezogen werden, um zu bestimmten Fragen der modernen Medizin diskutierte Hypothesen unter methodologischem Aspekt zu prüfen und ergeben dabei durchaus wichtige Einsichten. Beispielsweise läßt sich in der gegenwärtig neu geführten Diskussion um das Problem der Einheitspsychose in der Psychiatrie zeigen, daß beim heutigen Entwicklungsstand die nosologische Differenzierung im Bereich der sogenannten endogenen Psychosen außerordentlich relativ und unsicher ist und im Grunde nur auf Typenbestimmungen hinausläuft. Die Konzeption der Einheitspsychose hat unter diesem Aspekt nicht nur viel Wahrscheinlichkeit wegen des Fehlens exakter pathologischer Kriterien der Differenzierung der Arten, sondern erlaubt auch eine bessere Berücksichtigung psychologischer und sozialer Komponenten in der Ätiologie und Pathogenese und möglicherweise auch eine Bereicherung der diagnostischen und vor allem der therapeutischen Praxis gemäß bereits vorliegender Erfahrungen.¹¹
2. Einige weitere solche heuristische Konsequenzen betreffen das prinzipielle Verhältnis von klinisch-nosologischer und pathologischer Forschungsarbeit. Die Tendenz der Entwicklung dieses Verhältnisses führt zu einer weitgehenden Annäherung in theoretischer und methodischer Hinsicht und zur ständigen Vergrößerung des beiden Ebenen gemeinsamen Begriffssystems. Ein wichtiger Ausdruck dieser Annäherung und Vereinigung ist u. a. die Entstehung der klinischen oder pathologischen Physiologie als Bindeglied mit vorwiegend klinischen Interessen dienenden Untersuchungen. Ein anderer Ausdruck dieser Annäherung ist die Vervollkommnung des diagnostischen Systems von klinischen Methoden, das durch die Aufnahme der Analyse physiologischer, biochemischer und zum Teil auch morphologischer Parameter (z. B. in der Biopsie) zunehmend über die Erfassung des reinen Erscheinungsbildes von krankhaften Äußerungen hinausgeht. Dadurch bereichert sich ebenfalls der pathologische Gehalt klinischer Forschungsergebnisse und die Selbständigkeit und Spezifik beider Untersuchungsebenen wird auf diese Weise zunehmend relativiert. Den behandelten theoretischen Beziehungen nach ist die Förderung dieser Tendenzen eine der entscheidenden Folgerungen im Hinblick auf die innere Gestaltung der Struktur der medizinischen Wissenschaft. Andererseits kann festgestellt werden, daß die klinisch-nosologische Analytik auch zu neuen Methoden der symptomatologischen Untersuchung fortschreiten muß, wenn sie weiterhin einen selbständigen und ihren Möglichkeiten gemäßen Beitrag [195] für die praktisch-klinischen Belange liefern will. Eine der Verfahrensweisen, mit denen sicher künftig größere Genauigkeit bei der Abgrenzung klinisch-nosologischer Einheiten erreicht werden kann, als bisher in der vorwiegend deskriptiven Behandlung, ist der Einsatz statistischer Methoden, wie etwa einiger Methoden der Faktorenanalyse.¹² Dabei wächst zwar der Arbeitsaufwand enorm, wird aber auch

¹¹ Eine entsprechende Untersuchung mit dem Thema „Methodologische Erwägungen zur Entwicklung und Funktion der psychiatrischen Nosologie“ wurde in Gemeinschaftsarbeit mit *Weise, K.*, ausgeführt und erschien in: *Psychiat. Neurol. u. med. Psychol.* 21, 1968.

¹² Als Beispiele dieser Verfahren nennen wir *Bochnik, H. J.*, Multifaktorielle statistische Analysen, Verbundforschung und Klinikorganisation. *Nervenarzt*, 34, 1963, 430–437, *Fahrenberg, J.* und *L. Delius*, Eine Faktorenanalyse psychischer und vegetativer Regulationsdaten. *Nervenarzt*, 34, 1963, 437–443.

wegen der mathematischen Bearbeitung zugleich technisch kompensierbar durch den Einsatz von modernen Datenverarbeitungsanlagen. Die Möglichkeiten, die bereits heute erprobte Methoden hier erschließen, sind längst noch nicht ausgeschöpft und noch erweiterungsfähig.

Eine andere Seite des Prozesses weiterer Differenzierung und Objektivierung nosologischer Begriffsbildungen im klinischen Bereich ist durch die Entwicklung der klinisch-pharmakologischen Forschung ständig bedeutsamer geworden. Hierauf hat Emmrich in der schon herangezogenen Studie aufmerksam gemacht und dieses Gebiet als eine der künftigen Grundlagen der Umgestaltung der nosologischen Kenntnisse gekennzeichnet.

3. Eine dritte Gruppe von Folgerungen, die sich vor allem aus den speziellen Bedingungen der Variabilität der Gestaltung äußerer Merkmale (im Phänomenraum des Erscheinungsbildes) von Krankheiten ableiten läßt, betrifft die Art und Weise wissenschaftlichen Vorgehens in der Diagnostik selbst. Diese Probleme wollen wir jedoch im Zusammenhang mit der Strukturuntersuchung des diagnostischen Vorgehens im folgenden Abschnitt behandeln.

4.3. Zur Entwicklung der Methodologie der ärztlichen Diagnostik

Die heute bereits vielfältig vorliegenden wissenschaftlichen Analysen des diagnostischen Prozesses bilden eine wichtige Ergänzung der im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Untersuchungen zu den wissenschaftlichen Grundlagen der nosologischen Begriffsbildung. Der praktische Zweck der Studien zur Struktur und Regelmäßigkeit des Systems diagnostischer Operationen wird verschiedenartig gesehen – entweder in der Anleitung zu richtigem Vorgehen in der ärztlichen Praxis oder auch in der Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen für die Ausweitung diagnostischer Möglichkeiten durch apparativ-technische Verfahren. Je nach dem Zweck dieser Analysen erfährt auch das jeweilige methodische Vorgehen eine spezifische Prägung. Uns interessieren hier vorwiegend die Ergebnisse und Problemstellungen der wissenschaftlichen Grundlagenforschung auf diesem Gebiet, die weitgehend von [196] den Besonderheiten spezieller diagnostischer Verfahren abstrahieren und ihr Hauptaugenmerk auf die Gesamtstruktur des diagnostischen Prozesses und die Probleme der Informationsverarbeitung in der Diagnostik richten. Auf diesem Wege abstrahierender Grundlagenuntersuchung entstehen weitgehend idealisierende Beschreibungen und ideelle Modelle der Diagnostik, beispielsweise auch der Logik im diagnostischen Denken.¹³

Betrachten wir zunächst, wie sich im Rahmen einer solchen auf allgemeine Struktur erfassung gerichteten Betrachtungsweise Wesen und Ziel der ärztlichen Diagnostik charakterisieren lassen, um einen Ausgangspunkt für eine weitere Behandlung zu gewinnen.

Als Ausgangspunkt gelten für uns die zu Anfang dieses Kapitels gegebenen allgemeinen Charakteristika der Diagnostik. Danach betrachten wir den diagnostischen Prozeß als eine Operationsfolge, in deren Verlauf auf der Grundlage einer zielstrebigen Untersuchung der Zustand eines konkreten Kranken in den allgemeinen Begriffen der modernen medizinischen Wissenschaft ausgedrückt wird, wobei diese Bestimmung die Voraussetzung für eine wirksame Therapie ist.¹⁴ In diesem allgemeinen Sinne läßt sich weiterhin sagen, daß die Diagnostik als Teilglied in ein umfassendes System ärztlicher

¹³ Es ist durchaus unberechtigt, diesen Idealisierungen gegenüber mit Verweis auf den zunächst kaum erkennbaren praktischen Nutzen für das tagtägliche Handeln mit Mißtrauen und Ablehnung zu begegnen – ein leider noch häufiger Fall naiv-pragmatischen Urteilens über Nutzenfragen der wissenschaftlichen Forschung. Vielmehr sind diese vom konkreten Vorgehen bezüglich dieser oder jener einzelnen Erkrankung abstrahierenden Betrachtungen eine unumgängliche und wertvolle Stufe des wissenschaftlichen Erkennens, die gerade durch ihre allgemeine Form – analog der theoretischen Verallgemeinerung – die Erfassung des Wesentlichen erlauben und damit den vermittelnden Zugang zur Bereicherung praktischer Handlungsmöglichkeiten schaffen.

Diese kurze Bemerkung zur Idealisierung beruht auf Einsichten, der insbesondere die jüngste Etappe der Wissenschaftsentwicklung mit dem Erfolg der Kybernetik, der mathematischen Logik u. a. zu breiterer Anerkennung verholfen hat. Wissenschaftlich sinnvolle Idealisierungen erfordern die Beachtung bestimmter Bedingungen und Voraussetzungen und damit methodologisch bewußtes Vorgehen.

Vgl. dazu: *Subbotin, A. L.*, Idealisierung als Mittel wissenschaftlicher Erkenntnis. In: Studien zur Logik der wissenschaftlichen Erkenntnis. Berlin 1967, Seite 434–454.

¹⁴ Hier wird natürlich sofort von einer Reihe möglicher Sonderfälle abgesehen, so etwa von dem Fall einer sofort notwendigen therapeutischen Wirksamkeit auch ohne exakt vorliegende Diagnose oder etwa auch von dem Fall der Unmöglichkeit einer wirksamen Therapie selbst bei gut bekannter Diagnose (etwa bei z. Z. nicht behandelbaren Erkrankungen).

Operationen eingeschlossen ist. Die für die Diagnostik relevante Struktur dieser ärztlichen Operationen (Vgl. Abb. 2) macht weitere Besonderheiten deutlich und erlaubt eine Gliederung der wichtigsten Stufen oder Phasen des diagnostischen Prozesses. Schon aus dem ganz einfachen Strukturbild der Abbildung 2 wird [197] deutlich, daß die Diagnostik häufig nicht als einmaliger Akt zu Beginn einer Behandlung abschließbar ist, sondern in sich Beziehungen der Prüfung an der Praxis, in diesem Fall am Behandlungserfolg einschließt. Da Krankheiten zum Teil sehr komplexe Äußerungsformen haben und sich zudem entwickeln, ist es meist für den Arzt unmöglich, sofort nach Kenntnis einiger Symptome eine begründete Diagnose zu stellen; insofern ist diese Mehrstufigkeit im diagnostischen Prozeß notwendig und unumgänglich.

Die wichtigsten Phasen des diagnostischen Prozesses sind:

1. die Phase des Beobachtens und empirischen Bestimmens der Elemente eines diagnostisch zu bewertenden Zustandes (sie umfaßt die Erhebung von Anamnese und Befund);
2. die Phase des logischen Verarbeitens der Beschreibungsaussagen zu einer Diagnose und

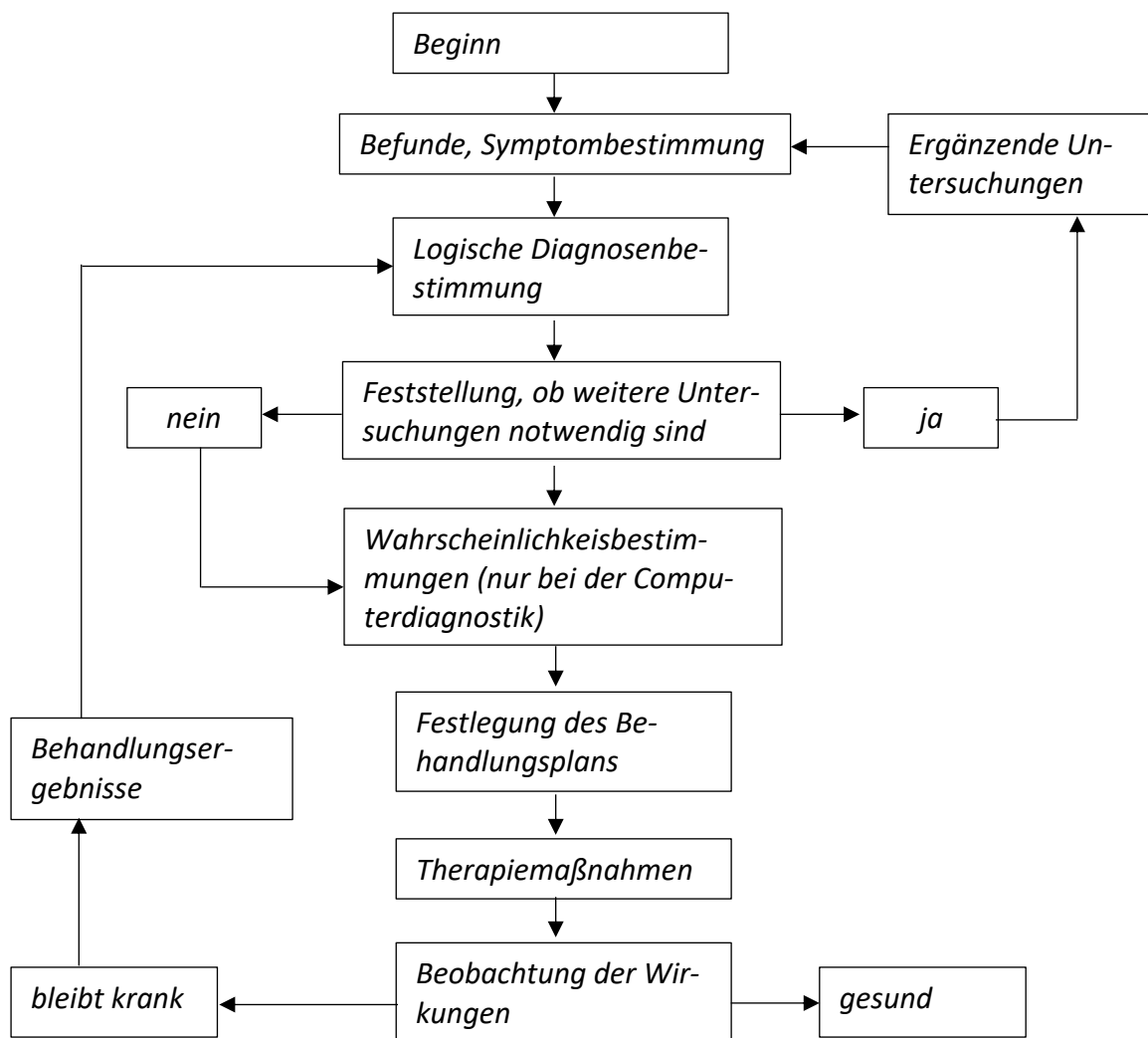


Abb. 2. Operationsfolge im diagnostischen Prozeß (nach: *Ledley, R. S., Computers Aids to Medical Diagnosis. J.Am.Med.Ass., 196, 1966 Seite 934*) [198]

3. die Phase des Überprüfens und der eventuellen Korrektur oder Präzisierung einer Diagnose anhand praktischer Erfahrungen im Verlaufe der Therapie.

Jede dieser Phasen oder Stufen umfaßt eine Reihe von Operationen, basiert auf bestimmten historisch erworbenen Fähigkeiten und wissenschaftlichen Voraussetzungen und besitzt auch jeweils besonders „kritische Punkte“ oder Schwierigkeiten.

1. Phase: Beobachtung und Symptomerfassung in der Diagnostik und das Problem der Meßbarkeit

In dieser ersten Phase besteht die Aufgabe zunächst in der möglichst genauen Erfassung aller für eine richtige Bewertung erforderlichen Elemente, die im allgemeinen hier als Symptome bezeichnet werden. Gefragt ist dabei nach allen Phänomenen, die Ausdruck oder Zeichen von Störungen der normalen Funktionsweise des menschlichen Organismus (und in bestimmten Fällen auch des Empfindens und des Verhaltens) sind. Abhängig ist die Allseitigkeit und Genauigkeit der Ergebnisse dieser Bestimmungsphase u. a. von der Exaktheit und Gründlichkeit des Arztes bei der Erhebung der Anamnese und des klinischen Befundes, von den zur Verfügung stehenden technischen Hilfsmitteln zu Detailuntersuchungen spezieller Art (Labor, Röntgendiagnostik, EKG, Phonokardiogramm, EEG u. a.), von der Erkenntnis der Bedeutung auftretender Phänomene für die diagnostische Fragestellung und von der Vororientierung des Untersuchers. Die beiden letztgenannten Momente sind dabei methodologisch von besonderem Interesse.

Sehr viele der als Krankheitszeichen auftretenden Organismusreaktionen sind als Symptome vieldeutig und können bekanntlich das Ergebnis recht unterschiedlicher Störungen sein. Besonders betrifft das alle häufig auftretenden Symptome wie zum Beispiel Temperaturerhöhungen (Fieber), deren Ursachen sehr vielfältig sein können. Zumeist sind Erkrankungen nicht monosymptomatisch (d. h. nur mit einer Äußerungsform verbunden), sondern finden ihren äußeren Ausdruck in einer Vielzahl von Symptomen teils obligatorischer Art (d. h. solche, die diese spezifische Krankheit immer begleiten), teils fakultativer Art (d. h. solche, die gelegentlich bei dieser spezifischen Krankheit auftauchen). Dazu kommt, daß in vielen Fällen Erkrankungen bereits in latenter Form zu Beschwerden und damit zu ärztlicher Untersuchung rühren, ohne daß aber der spezifische pathologische Prozeß ausgereift ist und vollständig dem Untersucher faßbar werden kann. Diese und weitere komplizierende Bedingungen führen dazu, daß der Informationswert (oder auch pathognostische Wert) eines bestimmten Symptoms für den untersuchenden Arzt zumeist relativ ist und in Abhängigkeit vom Gesamtbild des Kranken, das heißt von der Gesamtheit aller Symptome und von dessen körperlicher Verfassung gesehen werden muß.

Ganz besonders gilt diese Relativität in den meisten Fällen auch für die quantitativen Ausprägungen der Symptome. Obwohl der erfahrene Arzt umfassende Kenntnis über spezielle Bedeutungen der unterschiedlichen Symptome, [199] ihre Kombinationen und ihre Ausprägungen hat, bleibt eine exakte diagnostische Arbeit bei komplexeren Erkrankungen meist außerordentlich kompliziert. Die Relativität der Bedeutung von Symptomen und die heute noch nicht auszuschaltende subjektive Wertung bei der Einschätzung derselben bedingen eine Reihe von Fehlermöglichkeiten. Um diese Fehlermöglichkeiten zu reduzieren, wird heute verstärkt nach Optimierungsmethoden für diese Untersuchungsphase gesucht. Solche Optimierungen können in verschiedenen Formen erfolgen. U. a. werden die herkömmlichen Tabellen für normale und abweichende Werte physiologischer Parameter ständig erweitert, verbessert und in breiterem Umfange angewandt. Bei der Verarbeitung der Untersuchungsbefunde, zum Beispiel bei der Auswertung von Elektrokardiogrammen, Elektroenzephalogrammen u. a. kann durch den Einsatz elektronischer Datenverarbeitungsanlagen eine wesentliche Zeiteinsparung, verbunden mit größtmöglicher Exaktheit in der Auswertung, erreicht werden. Hierbei handelt es sich um Verfahren der Informationsverdichtung. Ein weiterer Weg zur Verbesserung der gezielten diagnostischen Untersuchungsarbeit des Arztes ist auch die möglichst genaue Zusammenstellung der häufigen Kombinationen klinischer Symptome in Syndromen (resp. Symptomenkomplexen), aus denen der jeweilige Bedeutungsgehalt des einzelnen Symptoms für verschiedene Bedingungen ablesbar wird. Es ist sehr wahrscheinlich, daß wesentliche Fortschritte in der Erarbeitung solcher Hilfsmittel zur genauen Bestimmung der möglichen Bedeutungen von Symptomen nur auf der Grundlage einer Quantifizierung der Symptome erfolgen können. Diese Quantifizierung wird dabei neben der genaueren Feststellung der Grenzen zwischen normalen und pathologischen Werten auch die Festlegung des exakten Informationswertes spezieller Symptome innerhalb bestimmter Komplexe beinhalten. Den Weg zu solchen Quantifizierungen erschließt heute die moderne Statistik und ihre Anwendung auf große Zahlen von Erfahrungswerten, wie sie durch die moderne elektronische

Datenverarbeitung möglich wird. Besonders schwierig zu beantworten ist dabei die Frage nach der Quantifizierbarkeit und Meßbarkeit der sogenannten subjektiven Daten in der diagnostischen Untersuchung. Dazu gehören viele Angaben der Anamnese, die weitgehend vom Beobachtungsvermögen und der Aufrichtigkeit des Patienten selbst abhängen und häufig ungenau sind, die Charakteristik und Lokalisierung von Schmerzempfindungen, viele Befunde der neurologischen und sehr viele der psychiatrischen Untersuchung. Die hier vorliegenden Schwierigkeiten eines objektivierenden Vorgehens in der Medizin – die ja auch weitgehend die Aussagefähigkeit der wissenschaftlichen Forschung betreffen, haben verschiedenartige und zum Teil auch theoretisch gegensätzliche Konzeptionen methodologischer Art hervorgerufen, auf die in einigen Aspekten schon bei der Problematik der Theorienbildung eingegangen wurde. Dem bisher unbefriedigenden Stand in der prinzipiellen Lösung kann eine ausgereifte methodologische Behandlungsweise noch nicht entgegengesetzt werden. Dort, wo ein direktes Messen quantitativer Ausprägungen von Symptomen verschiedener Art gegenwärtig nicht möglich ist, weil entsprechende Meßgrößen oder -verfahren fehlen, bildet die Präzisierung des verbalbeschreibenden Vorgehens (beispielsweise bei der Charakterisierung der Beeinträchtigung von Denkleistungen u. a.) und die Verfeinerung der skalierenden Betrachtungsweise einen Weg zur Vervollkommnung der diagnostischen Exaktheit. Das skalierende Verfahren hat zum Beispiel in der Psychologie seinen eminenten wissenschaftlichen Wert durch entsprechende Verbesserungen der Genauigkeit der Analysen, beispielsweise in fast allen modernen Testverfahren, bewiesen. Da es in einem bestimmten Grade als Form intuitiver Differenzierung in der diagnostischen Untersuchung schon seit langem genutzt wird, indem beispielsweise Gradabstufungen von Schmerzen, von Bewußtheit u. a. zur Beschreibung der Symptombilder dienen, kann ein entsprechender Ausbau wahrscheinlich ohne große Schwierigkeiten erfolgen. In dem Maße jedoch, wie sich der gegenwärtige Trend zur Vergrößerung der Zahl diagnostischer Untersuchungen fortsetzt, erlangen die biometrisch faßbaren Größen eine zunehmende Bedeutung und erlauben weitgehende Fortschritte in der Objektivierung auch ohne die endgültige Lösung des Problems der subjektiven Daten.

Grundsätzliche Einwände gegen das auch von de Rudder formulierte „Meßbarkeitsaxiom“ der Medizin lassen sich bei einer richtigen Interpretation der Vielfalt von Möglichkeiten zu seiner Realisierung und Handhabung jedenfalls nicht vorbringen.¹⁵ Eine sinnvolle Kombination der generell möglichen Formen von Messungen in der Medizin, die immer Messungen von Extensitäten und Intensitäten von Eigenschaften und Merkmalen sind, ermöglicht eine ausreichende Exaktheit des wissenschaftlichen Vorgehens bei entsprechender bewußter Gestaltung des methodischen Vorgehens.

Die hauptsächlichen Formen von Messungen, die alle in bestimmten Teilbereichen auch der Diagnostik zur Anwendung kommen, sind:

das dichotomische Registrieren, in dessen Verlauf Feststellungen über das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein bestimmter Merkmale getroffen werden, aus denen Häufigkeitsverteilungen ersichtlich werden;

die topologische Messung vorwiegend in Form der erwähnten Skalierung, wobei eine relative Beurteilung von Intensitäten bestimmter Eigenschaften erfolgt und damit Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Intensitätsbestimmungen entstehen und schließlich die die höchsten Anforderungen stellenden und die exaktesten Ergebnisse liefernden metrischen Messungen, bei denen Intensitäten auf ein Einheitsmaß bezogen werden und einen genauen quantitativen Ausdruck erfahren.¹⁶

[201] Die ebenfalls als problematisch erwähnte Vororientierung des Arztes bei der Beobachtung und Untersuchung des Kranken entsteht meistens aus dem Auftreten besonderer auffälliger Symptome oder aber aus auch möglichen theoretischen Voreingenommenheiten. Wesentlich ist hier der

¹⁵ Dieses „Meßbarkeitsaxiom“ lautet: „Kranke sind von Gesunden oder Genesenden an Zeichen zu unterscheiden, deren Ausprägung qualitativ oder quantitativ verschieden sein kann. Qualitative Zeichen aber sind zählbar (an Kollektiven), quantitative meßbar.“ (de Rudder, B., Über Erkenntnisschichten und Axiome heutiger Medizin. In: Vom ärztlichen Denken und Handeln. Stuttgart 1956, Seite 104).

¹⁶ Vgl.: Kannegießer, K. H., Messen als methodologisches Problem. Beiträge für das marxistisch-leninistische Grundlagenstudium, 6, 1967, 27–40.

Unterschied zwischen notwendigen und besonders für längerfristige komplizierte diagnostische Untersuchungen unumgänglichen Vororientierungen, die sich aus den Symptomen ableiten lassen und den diagnostischen Prozeß sowohl abkürzen als auch ökonomisch rentabler gestalten und Voreingenommenheiten infolge falscher Analogieschlüsse auf Grund von begrenzten Erfahrungen oder infolge theoretischer Einseitigkeit bezüglich methodischer oder nosologischer Fragen.

Die Phase der Befunderhebung kann mit unterschiedlichen Ergebnissen enden; entweder mit einer bloßen, wenn auch wichtigen Beschreibung des Zustandes oder auch schon mit der Erfassung wesentlicher pathologischer Zusammenhänge aus dem Symptombild heraus. Jedes Moment des Übergangs zur Erklärung, über die bloße Beschreibung hinaus, erleichtert die Arbeit in der nachfolgenden Etappe der eigentlichen Diagnosebildung und stellt bereits einen Übergang zur logischen Bearbeitung im engeren Sinne dar.¹⁷

2. Phase: Zur Struktur und zu informationstheoretischen Aspekten der Diagnosebildung

In der zweiten Phase des diagnostischen Prozesses, die wir als die Phase des logischen Verarbeitens der Beschreibungsaussagen zu einer diagnostischen Aussage bezeichnen, sind einige andere, speziell logische Probleme, für die methodologische Betrachtung von besonderem Interesse. Eine bereits eingangs gegebene Charakteristik besagte, daß die Diagnose der Ausdruck des Zustandes eines konkreten Kranken mittels allgemeiner nosologischer Begriffe der medizinischen Wissenschaft ist. Daraus folgt, daß es in dieser Stufe der diagnostischen Operationsfolge wesentlich darum geht, die Klassenzugehörigkeit eines konkreten Falles zu bestimmen. Dies geschieht in einem Zuordnungsvorgang, der sich im Vergleich eines durch genaue Untersuchung ermittelten Zustandsbildes mit vorliegenden Mustern von Krankheitsbildern realisieren läßt.

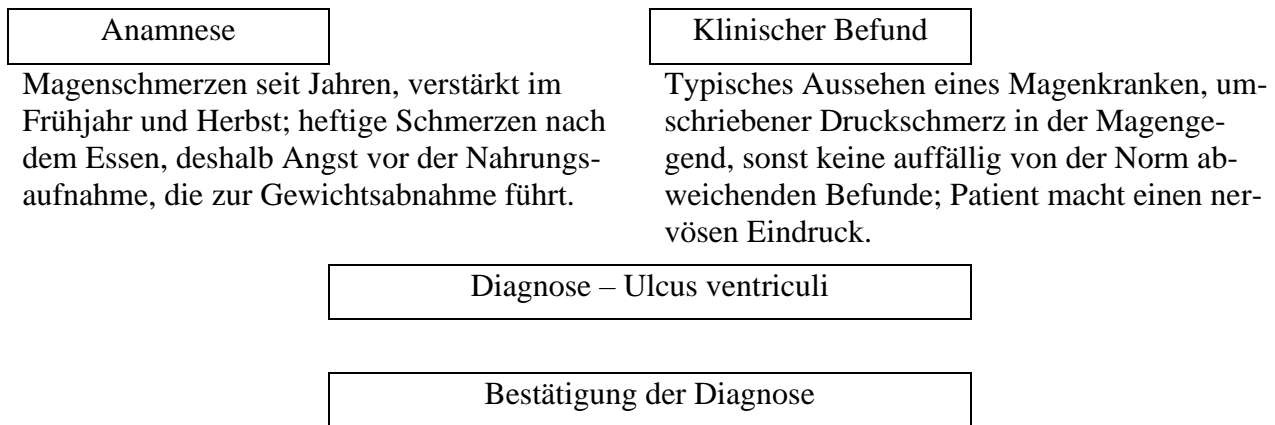
Während in der ersten Phase der Diagnostik die erkenntnismäßige Orientierung vorwiegend analytisch ist, nämlich gerichtet auf die Feststellung möglichst aller Krankheit anzeigenden Zeichen und deren Verknüpfungen, ist die Erkenntnisleistung auf der zweiten Stufe vorwiegend synthetischer oder integrativer Art. Dieses synthetisierende Vorgehen vollzieht sich in [202] mindestens zwei Schritten. Der erste davon umfaßt die Schaffung eines geordneten Gesamtbildes der Symptomatik mit Hervorhebung der wesentlichen oder jeweils charakteristischen Elemente und endet mit einer Hypothese über die in Frage kommenden nosologischen Formen für diesen speziellen Zustand. Der zweite Schritt ist dann der eigentliche Zuordnungsprozeß, in dessen Verlauf und unter Umständen nach langwieriger Sucharbeit die endgültig anzunehmende nosologische Einordnung ermittelt wird und eine entsprechende Begründung erfährt. In der Regel lassen sich in der diagnostischen Praxis beide Schritte nicht streng voneinander scheiden, insbesondere dann nicht, wenn die hypothetische Bestimmung der in Frage kommenden nosologischen Form auf Grund der Eindeutigkeit des Symptombildes mit bereits großer Sicherheit in die diagnostische Endbestimmung übergeht. Bei einigermaßen komplizierten Fällen jedoch ist die Unterscheidung dieser beiden Schritte methodisch wichtig, um die Gefahr vorzeitiger und naiver Analogieschlüsse zu vermeiden.

Die Zuverlässigkeit der Diagnosenbildung hängt von vielerlei Faktoren ab. Eine wichtige Rolle spielen u. a. der Grad der Genauigkeit und der Differenziertheit der Analyse, wobei in der Regel jedes nicht beachtete Krankheitszeichen die Zuverlässigkeit der Diagnose einschränkt, die Objektivität oder Unvoreingenommenheit bei der Bildung des komplexen Zustandsbildes und schließlich auch der Grad der Exaktheit und Differenziertheit der nosologischen Artbegriffe selbst (hinsichtlich derer prinzipiell gilt, daß ungenaue Krankheitsbestimmungen keine zuverlässigen Diagnosen erlauben). Für die Zuverlässigkeit der Folgerungen im Zuordnungsvorgang selbst bedeutsam ist die Einhaltung bestimmter logischer Anforderungen an die Begründung der diagnostischen Aussagen.

Wir können zunächst von der in der Praxis üblichen dominierenden Einteilung in zwei Formen von Diagnosebildungen, von der Einteilung in die direkt begründete und in die Differentialdiagnose,

¹⁷ Hier wird vorausgesetzt, daß eine einfache Beschreibung eines Krankheitszustandes noch keine ärztliche Diagnose ist, weil sie noch keine Möglichkeit zu einer zielgerichteten Therapie bietet und beim Einzelfall stehenbleibt. Danach ist auch die Feststellung eines Syndroms oder einer ätiologisch mehrdeutigen Krankheit noch keine zureichende Diagnose.

ausgehen. Eine direkt begründete Diagnose ist dann möglich, wenn in der Etappe der Beschreibung und Zustandsanalyse spezifische, ihrer Bedeutung nach eindeutige Symptome oder Symptomenkomplexe (Syndrome) ermittelt werden und diese dann ohne Mühe einem bestimmten Krankheitsbild nosologischer Art zugeordnet werden können. Abbildung 3 zeigt im Schema den Weg zu einer direkt begründeten Diagnose bei einem Magengeschwür, das häufig eine sehr eindeutige Symptomatik besitzt. Charakteristisch für den Folgerungsvorgang ist in einem solchen Falle, daß auf der Grundlage der weitgehenden Übereinstimmung der Merkmale des Zustandsbildes (Symptome des konkreten Falles) mit den Merkmalen eines bestimmten nosologischen Begriffs die Zuordnung nicht nur schnell, sondern auch mit einem hohen Wahrscheinlichkeitsgrad erfolgt. Die Begründung der Diagnose liegt demnach dann in der strengen logischen Implikation des Typs: wenn *a*, *b*, *c* und *f* gegeben sind, dann handelt es sich um die Krankheit *N* und nur um diese. Eine solche schnelle und eindeutige Zuordnung gelingt indessen oft nicht. Ist sie nicht möglich, muß in einem komplizierten Vorgang eine Differentialdiagnose gebildet wer-[203]



Röntgenuntersuchung des Magens:
Die Röntgenaufnahme zeigt ein Magengeschwür.

Abb. 3. Schema einer „direkt begründeten“ Diagnose (nach: Thom, A., und Ch. Wolff, Erkenntnistheoretische und methodologische Probleme der ärztlichen Diagnostik. Wiss. u. Fortschritt, 1968, 1, Seite 21)

den. Das Problem besteht hier darin, daß die ermittelten Symptome in ihrer pathognostischen Bedeutung noch mehrdeutig sind und zum Beispiel als *a*, *b*, *c* und Syndrom *F* mehreren nosologischen Formen zugeordnet werden können. Eine Eindeutigkeit der angestrebten diagnostischen Endbestimmung kann nur auf dem Wege der Ausschließung der in Betracht zu ziehenden nosologischen Formen bis auf eine erreicht werden. Solche Ausschließungen werden möglich durch die Ermittlung und Berücksichtigung weiterer Symptome und durch zusätzliche Spezialuntersuchungen. Unumgänglich wird dieses differentialdiagnostische Vorgehen bei der Operation mit Krankheitsformen, die sich in mehreren wesentlichen Merkmalen gleichen und nur in wenigen weiteren oder in quantitativen Variationen der Merkmale voneinander abweichen. Abbildung 4 zeigt im Schema das differentialdiagnostische Verfahren für einen noch recht einfach zu übersehenden Zusammenhang. Charakteristisches Merkmal einer Differentialdiagnose ist also, daß sie zunächst über eine genaue Abgrenzung eines gegebenen Zustandsbildes von mehreren möglichen Krankheitsformen gebildet wird. Dieser Weg ist kompliziert und in seinem Resultat abhängig einerseits davon, ob alle in Frage kommenden nosologischen Formen beachtet werden und andererseits davon, ob die Ausschließungen der verschiedenen Formen (bis auf eine) begründet und zuverlässig erfolgen.

Ist der charakteristische differentialdiagnostische Prozeß in seiner Phase der Differenzierung und Absonderung durchlaufen, verbleibt natürlich als nächster Schritt die genaue Prüfung der Zuordnung des Zustandes zu der zuletzt [204]

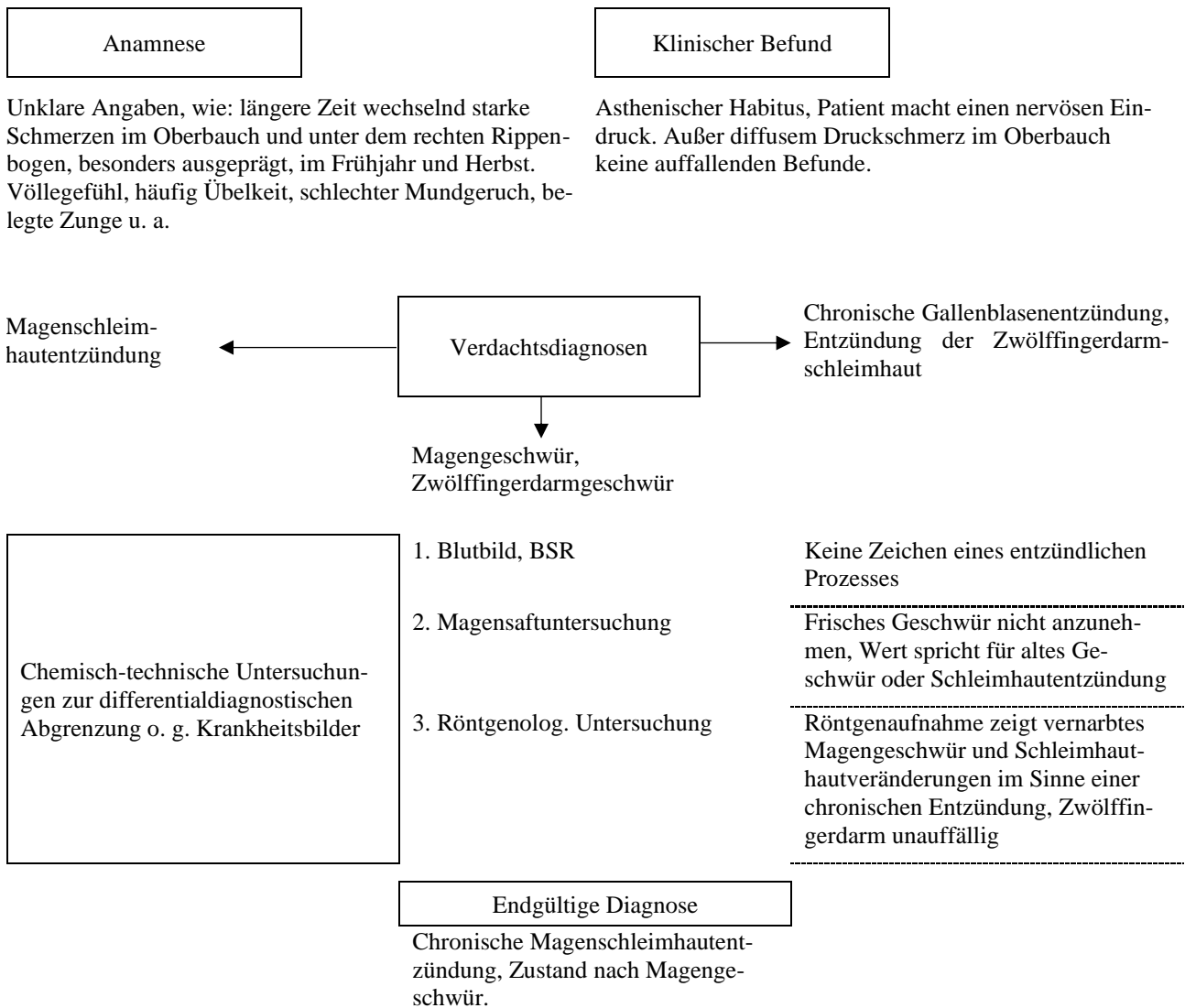


Abb. 4. Schema des differentialdiagnostischen Vorgehens zur Feststellung einer Magenkrankheit (nach: *Thorn, A., und Ch. Wolff*, Erkenntnistheoretische und methodologische Probleme der ärztlichen Diagnostik. *Wiss. u. Fortschritt*, 1968, 1, Seite 21).

in Betracht gezogenen Krankheit. Zumindest haben sich dann in einem solchen Untersuchungsprozeß genügend detaillierte Kenntnisse angesammelt, die eine genaue Zuordnung erlauben, wodurch der Abschluß einer Differentialdiagnose dem Wesen nach ein ähnlich sicheres Ergebnis wie das der direkt begründeten Diagnose ergeben kann. Gelingt in komplizierten Fällen diese Zuordnung am Ende nicht eindeutig, so muß mit hypothetischen Annahmen weitergearbeitet werden, um dem ärztlichen Auftrag dennoch bei entsprechend vorsichtiger und variabler Therapie gerecht werden zu können. Der in der Differentialdiagnose erreichbare Grad der Sicherheit resp. Zuverlässigkeit der diagnostischen Aussage ist jedoch schon deshalb in der Regel geringer, das heißt geringer im Sinne der Wahrscheinlichkeit der Wahrheit der Aussagen, als in der direkt begründeten Diagnose, weil ein größerer Spielraum an Zuordnungsmöglichkeiten vorliegt und dies wiederum, weil die Ähnlichkeit der Merkmale des Zustandes mit denen der nosologischen Begriffe nicht so auffallend und deutlich bestimmbar ist.

Weil die Gewinnung zuverlässiger Diagnosen im differentialdiagnostischen Prozeß problematischer als in anderen Fällen ist, wird gerade in ihrem Bereich verstärkt nach Möglichkeiten gesucht, mit mathematischen und speziell statistischen Methoden Verbesserungen des Zuverlässigkeitsgrades der Diagnosen zu erreichen. Popov berichtet in seiner der Logik der ärztlichen Diagnose gewidmeten Studie über eine Reihe solcher Verfahren und Ergebnisse bezüglich solcher diagnostischer Begriffe, in denen wichtige Merkmalsunterschiede gerade in der quantitativen Ausprägung von sonst ähnlichen Symptomen vorliegen und beachtet werden müssen (beispielsweise bei der Differenzierung verschiedener

Formen von Hepatitis, von Verbrennungen u. a.).¹⁸ Die wissenschaftliche Aufmerksamkeit gilt dabei der Gewinnung genauer Daten über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter Merkmale (bzw. auch deren quantitativer Ausprägung oder Intensität) bei bestimmten Krankheiten. In diesem Zusammenhang verdient der von einigen Autoren akzentuierte Hinweis Beachtung, daß den größten Informationswert bezüglich differentialdiagnostischer Aufgaben nicht die klassischen, schon bekannten Symptome haben, sondern vor allem die quantitativen Ausgestaltungen pathophysiologisch wichtiger Prozesse (wie Puls, Temperatur, Arteriendruck u. a.), die einer Registrierung und metrischen Messung leicht zugänglich sind, jedoch ohne mathematische Bearbeitung nicht in genügendem Maße für die diagnostische Entscheidung spezieller Art verwertet werden können.¹⁹

Die heute zunehmenden Bemühungen, auf dem Gebiete der Differentialdiagnostik mit statistischen Methoden zu besseren Ergebnissen zu gelangen, haben ihre analogen Ergänzungen in den bereits erwähnten faktorenanalytischen Untersuchungen in der Nosologie und in der Anwendung von Wahrscheinlichkeitsbestimmungen in der noch zu betrachtenden Computerdiagnostik. Damit scheint sich eine neue methodologische Betrachtungsweise allmählich durchzusetzen. Die dabei auftauchenden erkenntnistheoretischen Probleme sind interessant.

[206] Zunächst kann man – und das erlaubt die Ausdehnung dieser statistischen Behandlungsweise auf die gesamte logische Verarbeitungsstufe in der Diagnostik – die bisher voneinander unterschiedenen Formen der direkt begründeten und der Differentialdiagnose als Momente eines geschlossenen Komplexes ansehen. Die Differentialdiagnostik und die Bildung direkt begründeter Diagnosen erscheinen dann als zwei aufeinanderfolgende Stufen eines einheitlichen Prozesses. Dabei wird dann in der ersten Stufe mittels eines differentialdiagnostischen Vorgehens eine sehr wahrscheinliche Hypothese über die für eine Zuordnung noch in Betracht zu ziehende nosologische Form gewonnen und in der nächsten Stufe die direkte Begründung in der endgültigen Zuordnung vorgenommen. Praktisch wäre dann der häufige Fall einer direkten und schnellen Diagnosefindung nur ein unter bestimmten Bedingungen mögliches abgekürztes Verfahren für den Gesamtprozeß. In dieser Weise sieht beispielsweise Popov den inneren logischen Zusammenhang beider Hauptformen der Diagnosenbildung. Betrachtet man jedenfalls den Prozeß als geschlossenen Vorgang, so ergeben sich bezüglich der Bedingungen für die Zuverlässigkeit der Aussagen einige Regeln, wenn man im theoretischen Ansatz die Wahrscheinlichkeit der Wahrheit (als Grad der Zuverlässigkeit) der Endaussage von den Wahrscheinlichkeitswerten der wichtigsten Faktoren im Gesamtprozeß abhängig macht.

Dabei läßt sich beispielsweise ableiten, daß die Zuverlässigkeit diagnostischer Aussagen wächst:

erstens durch die Vermehrung der Zahl von ähnlichen Merkmalen zwischen dem Untersuchungsobjekt und dem jeweiligen Muster (dadurch erhöht sich der Grad der Übereinstimmung);

zweitens durch das Maß der Zufälligkeit der Auswahl der Merkmale am Objekt, wobei eine Beschränkung dieser Auswahlzufälligkeit der Voreingenommenheit und damit einer subjektiven Einschränkung der realen Deutungsmöglichkeiten entspricht;

drittens durch den Grad der Spezifik der ähnlichen Merkmale, mit denen der Vergleich erfolgt, wobei die Wesentlichkeit der deutlich ähnlichen Symptome zum Muster umgekehrt proportional ihrem differentialdiagnostischen Informationsgehalt bzw. ihrer Vieldeutigkeit ist;²⁰

viertens durch den Grad der Unspezifität der nichtähnlichen Merkmale (aufgefaßt als logisches Gegenstück zur dritten Beziehung) und

fünftens durch den Grad der Unterschiedlichkeit der vergleichenden Merkmale, mit denen der Zuordnungsprozeß ausgeführt wird, wobei die Zuverlässigkeit in dem Maße wächst, in dem die Zahl der qualitativ unterschiedlichen Parameter, die im Vergleich Ähnlichkeit aufweisen, zunimmt.

¹⁸ Popov, A. S., Die logische Struktur des diagnostischen Prozesses. In: Grundlegende philosophische Fragen der modernen Biologie und Medizin. Leningrad 1967, Seite 182–219, (russ.).

¹⁹ Vgl.: die bei Popov referierten Arbeiten von Gubler, Polanski u. a.

²⁰ Die Wesentlichkeit ist hier als diagnostischer Wert zu verstehen, der sich ergibt aus der Häufigkeit des Vorkommens bei einer Erkrankung und aus der Häufigkeit des Vorkommens bei anderen Krankheiten, das heißt der diagnostische Wert des Symptoms x bezüglich der Form A ist dann groß~, wenn x bei den Formen B, C u. a. viel seltener auftaucht.

[207] Diese und noch andere Beziehungen könnten im Verein mit entsprechenden Untersuchungen empirischen Materials den Zugang zu einer informationstheoretischen Behandlung des Problems der Erkenntniswertigkeit von Symptomen und damit der Zuverlässigkeit von Diagnosen ermöglichen. Es ist auch interessant, daß einige solcher Überlegungen zur Diagnostik bereits zu einer Zeit zur Diskussion gestellt wurden, als vom heutigen Vermögen automatischer Rechenleistung und von der Begriffswelt der Informationstheorie und Kybernetik noch keine Vorstellungen bestanden, nämlich u. a. auch in der 1925 publizierte Arbeit Mainzers zur ärztlichen Logik.

Obwohl in einer Reihe von speziellen Untersuchungen – vor allem zur Computerdiagnostik – informationstheoretische Gesichtspunkte eine entscheidende Rolle spielen, steht eine relative geschlossene Durcharbeitung der diagnostischen Problematik in der Sicht der Informationstheorie noch aus. Das hängt wohl auch damit zusammen, daß in der Informationstheorie selbst eine Reihe wichtiger Fragen nicht genügend geklärt sind. Erschwerend in dieser Hinsicht wirkt besonders der Umstand, daß die exakte Behandlung des semantischen Gehalts der Information (i. S. der Bestimmung der Bedeutung von Informationen bezüglich eines bestimmten Kommunikationssystems) noch nicht möglich ist. Da aber an der Lösung gerade dieses Problems seit längerem mit besonderer Energie gearbeitet wird, kann man bereits heute Überlegungen über die komplexe informationstheoretische Analyse der Diagnostik anstellen. Eine Möglichkeit, sich einen Grundrahmen für die Komplexvorgänge zu schaffen, besteht darin, das informationelle System in der Diagnostik analog dem Schema der Kommunikationsbeziehung darzustellen. Aus dieser in Abbildung 5 gegebenen Systematik lassen sich ohne besondere Schwierigkeiten einige der schon in anderen Zusammenhängen erwähnten

Probleme unter neuen Aspekten wiedererkennen. Beispielsweise betrifft das die Schaffung einer solchen Form von Informationsübertragung im System, die den Informationsverlust durch Rauschen (konkret interpretierbar als Verlust durch unexakte Speicherung von Befunden u. a.) weitgehend minimal zu halten imstande ist. Zu einem außerordentlich bedeutsamen praktischen Problem wird diese Aufgabe auch bei der künftig wahrscheinlichen Praxis des Einsatzes zentraler Datenverarbeitungsanlagen zur Auswertung bestimmter analytischer Meßergebnisse (etwa EEG u. a.). Wichtiger noch erweist sich die Aufgabe der Vervollständigung und Vergrößerung des gemeinsamen Zeichenvorrates zwischen Sender- und Empfängerblock. Diese Entwicklung des gemeinsamen Zeichenvorrates erfolgt vorwiegend durch die Erkenntnis der Zugehörigkeit der Merkmale des Sendecodes (Symptome) zu Krankheiten (interpretierbar als eigentlicher Sender Organismus) als Grundlage für eine zuverlässige Decodierung, in der die Informationen in Form von Symptomen wieder in Kenntnisse über die ihnen zugrundeliegenden organismischen Prozesse umgebildet werden müssen.

Da, informationstheoretisch gesehen, ein und dieselbe Codeinformation (Symptom) unterschiedlichen Informationsgehalt tragen kann, je nachdem, von welchem Prozeß sie hervorgebracht wurde, bedarf es der genauen Bestimmung [208] eben dieses Wertes in bezug auf ein bestimmtes System von vorliegenden Zeichen. (Wobei es hier um die Bedeutung, also den semantischen Aspekt geht und nicht nur um das Maß der Zufälligkeit als rein syntaktischen Ausdruck des Informationswertes.)

Diese quantitative Bestimmung des Informationswertes eines Codezeichens im diagnostischen Prozeß setzt sich aber mindestens aus zwei Faktoren zusammen, nämlich

erstens aus der Wahrscheinlichkeit des Auftretens, bezogen auf die Gesamtheit aller Codezeichen (diese drückt den syntaktischen Aspekt aus und kann in der üblichen Sprache der Diagnostik als absolute Symptomenfrequenz interpretiert werden) und

zweitens aus der Wahrscheinlichkeit des Auftretens bei bestimmten Krankheitsformen bzw. in bestimmten Kombinationen mit anderen Codezeichen (diese drückt bereits einen Aspekt der semantischen Bedeutung aus und wird in der üblichen Sprache als relative Symptomenfrequenz oder als bedingte Wahrscheinlichkeit des Merkmals bezeichnet).

Im einfachen Falle der Aufstellung differentialdiagnostischer Tabellen bzw. Matrizen behilft man sich bei der Festlegung dieser Werte so, daß den

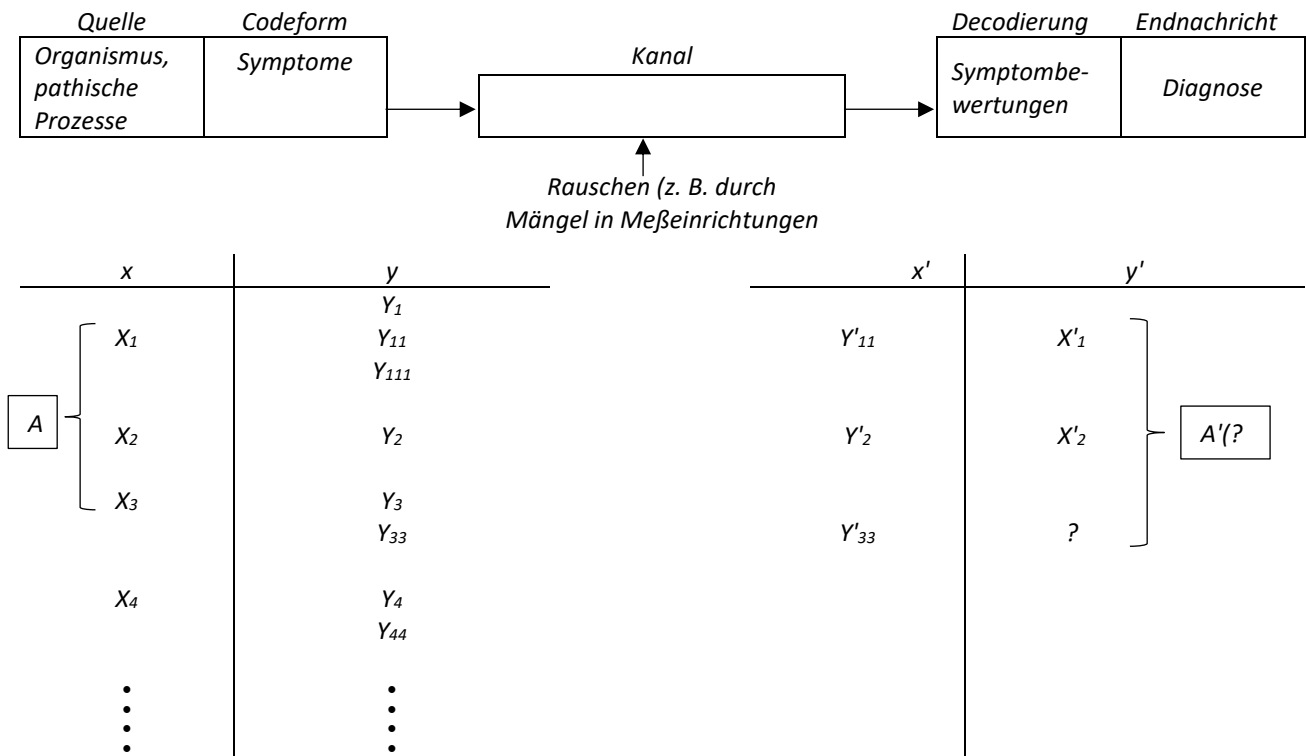


Abb. 5. Versuchsweise Darstellung der informationellen Abbildbeziehungen im Rahmen des Kommunikationssystems bei der Diagnosebildung.
= objektive Krankheitseinheit; A' diagnostischer Begriff)

[209] üblichen Rangfolgebestimmungen der Häufigkeit des Auftretens bei bestimmten Krankheiten (immer auftretend; meist auftretend; selten auftretend; nie auftretend) numerische Werte beigeordnet werden, um einen Ausdruck der Wahrscheinlichkeit zu erhalten.²¹

Die zur Zeit nicht oder nur sehr unvollkommen quantitativ ausdrückbaren Aspekte der Bedeutung der Codezeichen betreffen insbesondere das Wissen um die pathologische Verursachung des Merkmals und damit seine wissenschaftliche Erklärung.

Als das Zentralproblem einer komplexen informationstheoretischen Analyse der Diagnostik kann man im Hinblick auf die skizzierten Schwierigkeiten wohl die Zusammenfügung der verschiedenen Komponenten zu semantischen Inhalt tragenden Informationswertungen ansehen. Erst das wird ermöglichen – wenn überhaupt – die bisher eigentlich nur grobe Annäherungen erlaubenden quasiinformationstheoretischen Hilfsbestimmungen präziser zu fassen. Das mag als Aufgabenstellung verwunderlich klingen, wenn man bedenkt, daß moderne Datenverarbeitungsanlagen imstande sind, auf der Grundlage heute möglicher Näherungslösungen ausreichende Diagnoseleistungen auf der Zuordnungsstufe zu vollbringen. Das ist aber nur deshalb möglich, weil solche Anlagen heute nur in eng begrenzten Gebieten eingesetzt werden können und auf einer vom Menschen sorgfältig ausgeführten Vorauswahl, die den semantischen Aspekt einschließt, aufbauen.

Wir wollen noch einige allgemeine philosophische Überlegungen anschließen, die für die Berechtigung eines generell wahrscheinlichkeitstheoretischen Konzepts für die methodologische Betrachtung der Diagnostik sprechen – natürlich ohne dabei eine Festlegung darüber treffen zu wollen, ob dieses Konzept für alle Formen diagnostischen Vorgehens die gleiche Bedeutung hat.

Bei der Problematik der Krankheitseinheitenbestimmung wurde bereits die bedeutsame Rolle des Zufalls oder des Moments der Zufälligkeit betont. Diese Zufälligkeit tritt uns vor allem in der Form der großen Streubreite der Äußerungsformen und Entwicklungsmöglichkeiten grundlegender

²¹ Beispiele solcher Matrizen finden sich u. a. in: *Parin, W. W. und R. M. Bajewski*, Einführung in die medizinische Kybernetik. Moskau 1966, (russ.).

pathologischer Prozesse entgegen, wobei die Vielgestaltigkeit der jeweils möglichen Entwicklungswege bis zum Auftreten fließender Übergänge der Krankheitsformen reicht. Eine weitere entscheidende Form der Zufälligkeit manifestiert sich als Ausdruck der Individuenabhängigkeit auch sämtlicher spezieller Formen von äußeren Merkmalsbildungen bei Krankheitsprozessen. Analysiert man dabei jede einzelne Entwicklungsform und die Bedingtheit jedes Merkmals, so erweist sich, daß sie sämtlich kausalanalytisch aufgeklärt werden können, woraus folgt, daß die genannten Formen der Zufälligkeit nicht als Negation der Kausalität verstanden werden können. Mit dem Terminus „Zufall“ können wir demnach sinnvollerweise nur den dialektisch verstandenen relativen Gegensatz zu einliniger Determiniertheit im Rahmen eines bestimmten Systems bezeichnen, der seinerseits Ausdruck notwendiger [210] Beziehungen zwischen der Struktur und der Reaktionsweise des Systems unter bestimmten Existenzbedingungen ist. Das Maß der Zufälligkeit bestimmt sich in dieser Sicht als die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Reaktionen und Veränderungen bezüglich bestimmter Bedingungsänderungen. Der reine Zufall einerseits und die strenge Notwendigkeit andererseits erweisen sich dann als die jeweiligen Endpole der Skala von Wahrscheinlichkeitswerten, die Ereignissen zukommen.²²

Gelten diese Beziehungen jedoch im Objektbereich, hier im tatsächlichen empirischen Vorkommen von Krankheiten, dann müssen sie natürlich auch in der subjektiven Bewältigung der Problematik Berücksichtigung finden. Streng genommen ist es dann sogar unmöglich, eine streng deterministische Konzeption in der Diagnostik zu befolgen.²³ Der Anschein, daß dies möglich sei, entsteht dadurch, daß wir in der Regel und auf der Grundlage einer historisch bedingten Anpassung unseres Erkenntnisvermögens an die Bedingungen der Realität bereits imstande sind, bei der Informationsaufnahme Verdichtungen durchzuführen, die auf empirisch gewonnenen Häufigkeitsverteilungen aufbauen. Praktisch geschieht das bei der üblichen Diagnostik dadurch, daß wir als Symptom nur solche Befunde akzeptieren, die ein bestimmtes ungefähres Maß der normalen Streubreite von Reaktionen überschreiten und deshalb durch ihre Unwahrscheinlichkeit bezüglich des Normalzustandes des Systems auffallen, ohne uns jedoch immer dieses Maßstabs bewußt zu sein.

Berücksichtigt man diese in der Realität bei komplexen Systemen vorliegenden Bedingungen und deren notwendige Konsequenzen für das erkennende Verhalten, dann erweist sich auch die Verwendung wahrscheinlichkeitstheoretischer Interpretationen der Diagnostik, die den Zugang zu einer technischen Simulation des Prozesses überhaupt erst ermöglichen, nicht als Not- [211] oder Behelfslösung, sondern als adäquate Weise der wissenschaftlichen Behandlung des Gegenstandes. Die Übertragung dieses Standpunktes auf die ärztliche Diagnostik in ihrer traditionellen, heute massenhaft praktisch ausgeübten Form hat den Vorteil, daß sie einerseits das Verständnis für die Möglichkeit und Notwendigkeit eines exakt messenden und streng logischen Vorgehens fördert, andererseits aber auch die Begrenztheit und Schwierigkeit des Verfahrens verdeutlicht und so den Arzt zu einem spannungsreichen und stets kritischen Verhältnis zu seinen diagnostischen Bestimmungen führt.

3. Die abschließende Phase der diagnostischen Operationsfolge

In der dritten Stufe der diagnostischen Operationsfolge, die insbesondere die Prüfung der ermittelten Diagnosen am tatsächlichen Verlauf der Krankheiten und zugleich an der Wirksamkeit der Therapie beinhaltet und die eigentlich immer ein Bestandteil der diagnostischen Tätigkeit sein sollte, gibt es ebenfalls einige methodische Probleme.

²² Die Wahrscheinlichkeit wird als Zufallsmaß vor allem in der Informationstheorie interpretiert. Die formale Behandlung dieses Maßes ist *ein* Ausdruck der qualitativen Bestimmung des Zufalls als Verhältniswert, den ein faktisches Ereignis zu seinen Möglichkeiten annimmt.

²³ Hier muß beachtet werden, daß der Begriffsinhalt von „Determiniertheit“ unterschiedlich gebraucht wird. In der Sprache der Philosophie hat „Determiniertheit“ den allgemeinen Inhalt von objektiver Bedingtheit beliebiger Art und beliebigen Grades und die „Indeterminiertheit“ ist unter dialektisch-materialistischen Voraussetzungen ein leerer Begriff, dem in der Realität keine Entsprechung zukommt. In der einzelwissenschaftlichen Sprache der Informationstheorie, der Automatentheorie und auch bestimmter Naturwissenschaften wird „Determiniertheit“ demgegenüber als strenge und eindeutige Bedingtheit bestimmt und mit „Indeterminiertheit“ ein geringer Grad von solcher Bedingtheit oder auch eben ein zufälliges Verhalten beschrieben. Mit der Einführung spezieller Begriffe, wie beispielsweise dem des stochastischen Verhaltens u. a., werden allmählich auch präzisere Bestimmungen eingeführt und die Möglichkeiten für einen eindeutigen Begriffsgebrauch geschaffen. (Vgl. dazu auch die entsprechenden Ausführungen in: Klaus, G. u. a., Wörterbuch der Kybernetik. Berlin 1967).

Bei näherer Prüfung erweist sich beispielsweise, daß erst in dieser Stufe ein für viele Krankheitsformen wichtiges Diagnostikon – der Verlauf – berücksichtigt oder doch erst im größeren Umfange als von der Anamnese her berücksichtigt werden kann. In nicht wenigen Fällen ist der Verlauf ein Merkmal nosologischer Einheiten. Die Feststellung dieses Verlaufs kann aber u. U. zur schwierigen Aufgabe werden, wenn nicht mit dem pathologischen Prozeß direkt verbundene Faktoren eine kaschierende und variierende Einwirkung bedingen. Dazu gehören vor allem die Wirkungen unspezifischer oder sogenannter symptomatologischer Pharmaka und auch in vielen Fällen psychologische Bedingungen. Das Ausmaß der Schwierigkeiten, hier zu genauen Erkenntnissen zu kommen, ist erst durch die methodische Analyse der klinisch-pharmakologischen Forschung in vollem Umfange verdeutlicht worden. In der Praxis wird der Arzt mit den Schwierigkeiten der Verlaufswertung vor allem dann konfrontiert, wenn er eine Prognose zu stellen hat. Solche Prognosen folgen sowohl aus der diagnostischen Bestimmung der Art der vorliegenden Krankheit, als auch aus der Kenntnis einer Reihe von Bedingungen der speziellen Lage des Kranken. Die prognostischen Verlaufsbestimmungen sind in der Regel allgemeiner Natur und finden ihren Ausdruck in Termini wie „progredient“, „abklingend“, „defektbildend“ u. a. Zwischen der Festlegung einer Prognose und der des Verlaufs für diagnostische Zwecke gibt es zwar noch Unterschiede – diese sind aber methodisch gesehen von untergeordneter Natur.

Wieweit es gelingen kann, auch Verlaufsbestimmungen einer genaueren quantitativen Messung zuzuführen, ist durchaus noch fraglich. Einige interessante Versuche zur Klärung dieser Probleme finden sich vor allem in [212] methodischen Studien zur klinischen Pharmakologie und Pharmakopsychiatrie.²⁴

Spezieller Natur ist demgegenüber die Frage nach der Berechtigung der *Diagnosis ex juvantibus*. Bezüglich dieser Diagnoseform ist wohl allgemein anerkannt, daß sie nur im Ausnahmefall eine Berechtigung hat, nämlich dann, wenn auf anderem Wege eine zuverlässige Diagnose nicht gebildet werden kann, und weiterhin auch, daß sie einen höheren Grad an Unsicherheit trägt. Dieser Unsicherheitsgrad ist eine Folge der durch die Wirksamkeit zusätzlicher Faktoren bedingten Differenz zwischen pathologischem Prozeß und seiner Ausdrucksform im zeitlichen Verlauf. Über den Nutzen und die fachspezifischen Bedingungen der Anwendung dieser Diagnoseform zu entscheiden, ist natürlich eine rein medizinische Angelegenheit.

In allgemeiner Form kann man diese Probleme der dritten Stufe der Diagnostik als Spezialfälle der Rolle des Praxiskriteriums in der Erkenntnis auffassen. Bekanntlich ist eine der entscheidenden Aussagen der philosophischen Wahrheitstheorie des Marxismus die, daß das letztlich und entscheidende Kriterium der Wahrheit einer Aussage die Praxis ist und zwar insofern, als sich im Grad der praktischen Beherrschung (oder Ohnmacht) des Objektes durch den Menschen die Macht und Diesseitigkeit, die Objektadäquatheit unseres Denkens ausdrückt. Auf die diagnostische Fragestellung bezogen würde dieses Praxiskriterium etwa aussagen: diagnostische Bestimmungen (Aussagen) sind dann wahr und zuverlässig, wenn sie uns die erfolgreiche Therapie (sofern diese überhaupt möglich ist) und/oder eine einigermaßen sichere Voraussage des Prozesses erlauben. Das gilt mindestens für alle Fälle, in denen die nosologische Charakteristik der Krankheitsform Therapiemöglichkeiten und Tendenzbestimmungen impliziert oder enthält und damit über eine rein klassifizierende Funktion hinausgeht.

In der Praxis liegen die Möglichkeiten der ärztlichen Beurteilung durchaus in den Grenzen dieser näherungsweise und unscharfen Bedingungen, damit wird das Praxiskriterium auch anwendbar. Auf Grund der Komplexität der insgesamt jedoch wirkenden Faktoren ist dieses Praxiskriterium von relativer Bedeutung und erfordert bei wissenschaftlichen Untersuchungen, beispielsweise bei gezielten katamnestischen Studien, eine gut durchdachte methodische Konzeption.

Aus der Relativität der Kriterien zur endgültigen Beurteilung der Zuverlässigkeit der diagnostischen Leistungen folgt auch, daß in erkenntnistheoretischer Sicht dem ärztlichen Handeln und Entscheiden

²⁴ Da die Problematik der quantitativen Erfassung dieser Vorgänge in extremer Form in der Psychiatrie, bei der psychischen Symptomatik, auftritt, ist ein zu diesem Gebiet vorliegender methodischer Ansatz besonders interessant. Vgl.: *Fleigel, H., G. Bender und M. Bergner*, Klinisch-mathematischer Vergleich psychotroper Arzneimittel. *Method. Inform. Med.*, 4, 1965, 125–129.

im diagnostischen und therapeutischen Raum ein besonders hohes Maß an Verantwortlichkeit auferlegt ist. Wir folgern aus den angeführten Bedingungen, die insgesamt die [213] diagnostische Arbeit komplizieren, auch, daß die Leistung des Arztes einen schöpferischen Charakter besitzt, weil sie ein höchstmögliches Maß an Eindeutigkeit bei einer äußerst komplexen Gestaltung des objektiven Bedingungsgefüges erbringen muß, um erfolgreich zu bestehen. Dieser schöpferische und verantwortungsvolle Charakter der ärztlichen Erkenntnisleistung bei der Diagnosebildung bleibt auch völlig unberührt davon, daß man den Vorgang der Diagnostik in seinen Komponenten schematisch darstellen und künftig wahrscheinlich genauer algorithmisieren kann, wie auch davon, daß bestimmte Seiten dieses Prozesses von Automaten ausgeführt werden können. Zu diesem Aspekt wird jedoch noch im folgenden Abschnitt zu den Folgen der Technisierung Stellung genommen.

Folgerungen

Aus dem bisher geschaffenen Überblick lassen sich einige methodologische Konsequenzen und Wertungen ableiten.

1. Aus dem Umstand, daß die Untersuchungen zum Charakter der ärztlichen Diagnostik eine kontinuierliche Entwicklung genommen haben und heute bereits den Umfang einer eigenen Forschungsrichtung haben, kann geschlossen werden, daß sie ein wissenschaftliches Bedürfnis treffen, auch wenn sie im Detail gegenüber den Bedingungen individueller ärztlicher Tätigkeit abstrakt und wenig anwendbar erscheinen. Dieses Bedürfnis kann beschrieben werden als Suche nach Möglichkeiten zur Erklärung der Zuverlässigkeit und zur sicheren methodischen Bewältigung der Diagnostik. Neben den hier dargestellten Analysen haben auch eine Vielzahl von Publikationen zu speziellen diagnostischen Techniken (Handbücher; methodische Einführungen u. a.) und verschiedenartigste Kompendien und Taschenbücher zur Systematisierung von Krankheitsbestimmungen, Syndramen usw. ihren vorrangigen Zweck in dieser Richtung. Die Erhöhung der Zuverlässigkeit diagnostischen Urteilens gewinnt dabei in der Medizin in dem Maße an Bedeutung, in dem von der Pathologie und von der klinisch-therapeutischen Forschung her das System möglicher Therapieformen differenzierter und spezifizierter gestaltet wird. Hier spielt die Rolle der Diagnose als vermittelndes Glied zur Therapie eine entscheidende Rolle und damit ergibt sich die Folgerung, daß die realen Möglichkeiten zur Anwendung wissenschaftlicher therapeutischer Erkenntnisse von der Genauigkeit der Diagnosenbildung abhängig sind.
2. Eng mit diesem Aspekt verbunden ist ein weiterer, nämlich die Nutzung methodologischer Kenntnisse über die Diagnostik zur Entwicklung neuer und verbesserter wissenschaftlich-technischer Hilfsmittel für das diagnostische Vorgehen. Diese Konsequenzen sind zwar nicht immer der unmittelbare Abschluß wissenschaftlicher Untersuchungen der Diagnostik als System von wissenschaftlichen Operationen, aber diese bilden die direkte Voraussetzung für die Schaffung solcher Hilfsmittel, deren Skala heute von Laborautomaten bis zum Diagnostikcomputer reicht. [214]
3. Schließlich muß erwähnt werden, daß die wachsende wissenschaftliche Einsicht in die Bedingungen erfolgreicher Diagnostik auch wichtige Bedeutung für die Entwicklung der wissenschaftlichen Grundlagenforschung in der modernen Medizin hat. Das betrifft sowohl die Voraussetzungen, unter denen empirisches Material in der speziellen Pathologie, in der klinischen Pharmakologie, in der Epidemiologie und anderen Gebieten verarbeitet wird, als auch die Technik der Sammlung, Speicherung und Auswertung empirischen Materials aus dem ärztlichen Erfahrungsraum der Klinik, die zunehmende Bedeutung für die Effektivität der wissenschaftlichen Forschung erlangt.²⁵
4. Aus den genannten Gründen ist es nicht nur berechtigt, die methodologische Durchdringung der ärztlichen Diagnostik als wichtiges wissenschaftliches Arbeitsgebiet der modernen Medizin auszubauen, sondern darüber hinaus scheint es notwendig, die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit und die Problematik selbst zum Bestandteil der ärztlichen Ausbildung zu machen, um ein den

²⁵ Die Einführung neuer Methoden der Speicherung und Auswertung empirischen Materials in der Klinik, beispielsweise durch Lochkartenstationen mit neuartigen Archiven, erleichtert nicht nur die Auswertung ärztlicher Erfahrungen für wissenschaftliche Forschungen, sondern fördert wesentlich die Genauigkeit des diagnostischen Vorgehens durch exakte Anforderungen an die Diagnosenbildung, deren Eindeutigkeit und Begründung.

Forderungen der Zeit gemäßes methodisches Bewußtsein in der nötigen Breite durchzusetzen.²⁶ Auf einige neue Aspekte der Weiterentwicklung des Ausbildungssystems wurde schon im vorigen Kapitel hingewiesen. Die heute notwendige Aufwertung der Vermittlung methodischer Kenntnisse wäre bezüglich der Diagnostik so zu interpretieren, daß den eigentlichen Schwerpunkt der klinischen Ausbildung neben der Vermittlung von Fähigkeiten der Untersuchungstechnik am Kranken gerade diese systematisierbaren Einsichten in die Struktur und die Möglichkeiten wie auch Grenzen der Diagnostik bilden müßten (eingeschlossen die Fragen der Nosologie). Dies gilt umso mehr, als auch die neueste psychologische Forschung nachzuweisen vermag, daß der Effekt menschlicher Tätigkeit vor allem vom Vermögen zum Überschauen des jeweiligen Tätigkeitsprozesses und vom Vermögen zu dessen zielstrebigem Organisation bestimmt wird. Richtig durchdachte, allmähliche Veränderungen in dieser Richtung im Studiensystem werden es wahrscheinlich auch ermöglichen, mit den Schwierigkeiten fertig zu werden, die durch den ständig wachsenden Umfang detaillierten Wissensstoffes für den Lehrprozeß bei begrenzter Aufnahmefähigkeit und Ausbildungszeit entstehen. Die bereits im Zusammenhang mit Überlegungen zur inneren Logik des Systems der [215] medizinischen Wissenschaft geäußerte Hypothese von der künftigen Entwicklung einer „Allgemeinen Diagnostik“ kann durch die zuletzt vorgetragenen Erörterungen wesentlich gestützt werden.²⁷

5. Von grundlegender Bedeutung ist die im bisherigen Forschungsprozeß begründete Möglichkeit einer wahrscheinlichkeitstheoretischen und damit in der Zukunft einer informationstheoretischen Behandlung der Diagnostik. Sie eröffnet der Formalisierung und Technisierung völlig neue Möglichkeiten und wird sicher für die Zukunft die einzig tragfähige methodologische Grundkonzeption für die weitere Erforschung der Diagnostik abgeben.

4.4. Philosophische Aspekte der Technisierung der Diagnostik und ihrer Folgen

Ein ständig wachsender Grad der Technisierung bestimmter Seiten der ärztlichen Tätigkeit in der Diagnostik (und auch in der Therapie) ist sowohl die Folge als auch immer zugleich ein Ausgangspunkt für die fortschreitende wissenschaftliche Durchdringung des Systems der Denk- und Handlungsoperationen in der Medizin. Dieser Technisierungsprozeß erweckt heute sehr unterschiedliche, von begeisterter Zustimmung bis zur absolut feindlichen Ablehnung reichende Wertungen und wirft damit die Frage nach den Kriterien solcher Einschätzungen auf. Ehe man sachgemäß über diese Wertungen sprechen kann, ist jedoch eine etwas detailliertere Darstellung der verschiedenen Momente und Entwicklungsprobleme des Technisierungsvorgangs notwendig. Der zunächst augenscheinlich auffallendste Ausdruck dieser Technisierung in der ärztlichen Diagnostik ist die fortlaufende Zunahme der Zahl von Methoden und technisch-apparativen Einrichtungen zur Analyse und Bestandsaufnahme krankhafter Veränderungen im menschlichen Organismus. Die Diagnosenbildung auf der Grundlage der Anamnese und der Befunderhebung mit einfachen handwerklichen Untersuchungsmethoden spielt heute zwar noch eine große Rolle bei den ambulant zu betreuenden Fällen banaler Alltagserkrankungen, wird aber bereits bei allen komplizierteren Fällen durch eine zum Teil außerordentlich große Zahl von technischen Untersuchungen ergänzt.

Dazu zählen heute bereits zu Routineverfahren gewordene Untersuchungen wie die EKG-Aufnahme, das Röntgenbild u. a. Ein dem modernen wissenschaftlichen Denken immanentes Streben nach möglichst sicherer und zu-[216]verlässiger Urteilsbegründung führt oft dazu, alle überhaupt technisch möglichen Untersuchungen in einer Klinik durchführen zu lassen, um ja keinen Fehler durch das eventuelle Übersehen eines diagnostisch relevanten Faktums zu machen. Dieser Trend ist mit einigen

²⁶ Daß sich aus dem bewußten Durchdenken der methodologischen Aspekte eine Reihe unmittelbar realisierbarer Forderungen auch für die Weiterbildung und das System der Zusammenarbeit der Ärzte ergeben, belegt die Arbeit: *Schulz, F. H. und G. Bruscke*, Grenzen der Diagnostik in der ambulanten ärztlichen Tätigkeit, *Zschr. ärztl. Fortb.* (Jena), 61, 1967, 884–887.

²⁷ Eine Formulierung, die unserer Vorstellung von der Problematik einer „Allgemeinen Diagnostik“ analog ist, bezeichnet als Gegenstand dieses Forschungsgebietes: „... die Untersuchung der Strategie der Diagnosenbildung, die Untersuchung der logischen, oder auch informationstheoretischen Prinzipien, die den Prozessen zu Grunde liegen, die zwischen Beobachtung und Diagnoseformulierung“ liegen. (Vgl.: *Oberhoffer, G.*, Formen und Vorgänge der ärztlichen Diagnosenbildung. Ein Beitrag zur Automatisierung der Dokumentation in der Medizin. Nachdr. Dok., 15, 1964, 168–173).

bemerkenswerten und wohl jedem Arzt problematisch erscheinenden Folgen verbunden. Für die Patienten hat er die Konsequenz einer sehr umfangreichen und zum Teil auch unangenehmen Belästigung, die in Extremfällen bis zu ausgeprägter Furcht vor dem Aufenthalt in einer Klinik führt. Für den Arzt ist die Folge ein wachsender Aufwand an Zeit und Kraft und oftmals auch eine Komplizierung der Aufgabe der Diagnosenbildung. Eine weitere, den ärztlichen Tätigkeitsbereich treffende Folgeerscheinung dieser Entwicklungen ist das Wachstum der arbeitsteiligen Aufgliederung des diagnostischen Prozesses, die sich nicht nur in der wachsenden Abhängigkeit des ärztlichen Urteils von der Qualität und zeitlichen Potenz der Labors und Funktionsabteilungen ausdrückt, sondern auch zu der Praxis führt, relativ häufig Überweisungen vorzunehmen und den Patienten (sowie eine Menge von Papier) im Extremfall auf ziemlich lange Reisen Von Spezialisten zu Spezialisten zu schicken.

Die Gesellschaft als Ganzes sieht sich, ebenfalls in Folge dieses Technisierungsvorganges, mit dem Umstand konfrontiert, daß auch die Kosten des diagnostischen Bereiches zunehmen (was nicht nur durch die apparativen Ausrüstungen allein, sondern weitgehend auch durch die Aufwendungen für spezielles Personal und durch längere Untersuchungsphasen bedingt ist) und zugleich auch noch eine Ausdehnung des Aufwands für den verwaltungstechnischen Teil des Systems Gesundheitswesen hervorrufen.

Weitere Probleme, die sich als komplexe Auswirkung des gesamten Entwicklungsganges abzeichnen, bestehen in der Herausbildung rein sachlicher und unpersönlicher Beziehungen zwischen Arzt und Patient und ihren durch die Rationalisierung im Krankenhauswesen geprägten Erscheinungsformen.²⁸

Schon die Kennzeichnung der Folgen einer Fortführung bereits allseitig bekannter Technisierungsformen in der Diagnostik erweckt bei oberflächlicher Betrachtung pessimistische Vorstellungen von den Perspektiven ärztlicher Tätigkeit und die Gefahr, durch einfache Extrapolation Aversionen gegen jeden noch hinzukommenden neuen Schritt solcher Technisierung hervorzurufen. Solche Fehleinschätzungen beginnen bereits dort, wo die positiven Folgen des bisherigen Entwicklungsganges aus der wertenden Überlegung einfach ausgeklammert werden. Genau besehen steht doch außer Zweifel, daß durch die Verfeinerung der diagnostischen Untersuchungsmethoden, die [217] nur auf der Grundlage der Schaffung einer entsprechenden apparativen Technik möglich wurde, die Zuverlässigkeit diagnostischer Urteile, die Möglichkeit zur Früherfassung vieler Krankheiten und damit die Effektivität der Therapie eine gewaltige Steigerung erfahren haben.²⁹

Ein Verzicht auf die Anwendung dieser modernen Verfahren und Techniken würde die Medizin hinsichtlich ihrer faktischen Wirkungsmöglichkeit um Jahrhunderte zurückwerfen und wäre unverantwortlich – er wird genaugenommen auch nirgends gefordert. Konsequenterweise muß dann aber auch gesagt werden, daß beispielsweise die sich entwickelnde Arbeitsteilung in der Medizin in ihren verschiedenen Formen eine notwendige Bedingung der erreichten Erfolge ist.

Im Hinblick auf diesen Wirkungseffekt kann also sinnvollerweise das Problem nicht darin gesehen werden, Formen der ärztlichen Tätigkeit zu entwickeln, die die Technik eliminieren, sondern nur darin, Lösungen zu finden, die bei Sicherung des progressiven Elements im Gesamtprozeß eine gleichzeitige organisatorische und einstellungsmäßige Bewältigung aller zur Zeit noch nicht befriedigenden Konsequenzen erlauben. In dieser Sicht muß die Weiterführung der Technisierung in der Medizin und speziell in der Diagnostik differenziert und bewußt gestaltet werden. Eine entsprechende Problemorientierung versuchen wir nun bei der Betrachtung zweier heute besonders bedeutungsvoller Tendenzen dieses Technisierungsprozesses, die in einer gewissen Analogie zu ähnlichen Vorgängen

²⁸ Das Arzt-Patient-Verhältnis wird jedoch nicht allein von der Technisierung in eine bestimmte Gestaltung gedrängt, sondern ist auch in seiner konkreten Ausformung von vielen Einstellungsmomenten der Ärzte und auch der Patienten, die sozial-historisch bedingt sind, abhängig. Vgl. dazu: *Geissler, A.*, Zur Psychologie des Arzt-Patient-Verhältnisses. Probleme und Ergebnisse der Psychologie, 1964, 12, Seite 31 ff. und *ders.*, Zur Anwendung sozialpsychologischer Methoden auf Probleme der ärztlichen Praxis. In: Sozialpsychologie im Sozialismus. Berlin 1965, Seite 203–213.

²⁹ Die genannten fruchtbaren Wirkungen der auf der Grundlage der Technisierung ermöglichten (natürlich nicht nur von der Diagnostik allein bedingten) Entwicklung der Medizin kommen in solchen quantitativen Größen wie der Erhöhung der mittleren Lebenserwartung, der Senkung der Morbiditäts- und Mortalitätsquoten, der Senkung des Krankenstandes u. a. zum Ausdruck.

in der modernen industriellen Entwicklung stehen. Das ist einmal der Übergang zur Automatisierung im apparativ-technischen Teil der Untersuchungsebene in der Diagnostik und zum anderen die Ausdehnung dieser Technisierung auf bisher noch nicht erfaßte Bereiche der ärztlichen Tätigkeit, zum Beispiel in Form der Verwendung von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen für die logische Stufe der Diagnosenbildung.³⁰

Hinsichtlich der erstgenannten Neuerungen imponieren heute vor allem automatisierte Analysesysteme mit vorwiegend informationsverdichtenden und zeitsparenden Funktionen. Beispiele solcher Systeme sind u. a. die mit elektronischen Datenverarbeitungsanlagen verkoppelten Systeme zur Auswertung umfangreicher physiologischer Meßwertreihen, wie sie im EKG, EEG, u. a. Methoden vorliegen.

[218] In der Regel arbeiten solche Systeme nach dem Prinzip der Analog-Digital-Convertierung.³¹ Dabei wird das elektrische Strombild einer Herzschlagfolge beispielsweise in einer Punktauflösung (hier bei einer Zerlegung bis zu 12 000 Einzelpunkten pro Herzschlag) durch einen Computer verarbeitet, der über Vergleichsmuster der normalen und der typischen abweichenden Form verfügt und einen Vergleich damit durchführt. Im Ergebnis entstehen dabei Angaben differential-diagnostischer Wertungsmöglichkeiten mit wahrscheinlichkeitsstatistischen Belegungen. Die Durchführung der Prozedur bei nur einer Ableitung erlaubt bereits 90 Prozent und die bei zwei Ableitungen 99 Prozent aller Veränderungen zu erfassen. Der Grad der Genauigkeit ist höher als bei der visuellen Bewertung durch einen erfahrenen Untersucher und der Prozeß ist insgesamt schneller als in der üblichen Form. Entsprechende Systeme für die Analyse von EEG sind schwieriger aufzubauen, da die digitale Aufschlüsselung des Hirnstrombildes eines EEGs von nur 10 sec Dauer über 200 Millionen rechnerische Einzelschritte zu ihrer mathematischen Darstellung erfordert. Lösungsmöglichkeiten bieten sich hier durch Mittelwertbildung und damit durch den Übergang zu vereinfachenden Operationsfolgen an.³²

Erfolgreich endeten auch Versuche zur Schaffung eines Systems für die genauere und bessere Auswertung von Röntgenaufnahmen durch die Übertragung von Röntgenbildern auf Fernsehschirme, die eine 100gradige Grau-Weiß-Skala besitzen und damit feinere Unterschiede zu erfassen erlauben, als das mit dem bisherigen Verfahren visueller Art möglich ist.

Der mit diesen Methoden und automatisierten Systemen zu erreichende Fortschritt tritt ganz augenscheinlich auch in entsprechenden Entwicklungen der Laborausstattungen hervor. Entsprechende Beispiele wurden u. a. auch auf dem Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“ vorgetragen und belegen insbesondere die durch Rationalisierung erreichbaren Effektivitätssteigerungen.³³

Mit allen diesen Entwicklungen wird offensichtlich, daß sie nicht nur die Tendenz zur Entwicklung der Genauigkeit und Erweiterung diagnostischer Untersuchungen fortführen, sondern selber auch zu einem Faktor der Lösung einiger der bereits genannten problematischen Seiten des bisherigen Prozesses werden. Beispielsweise ist die sich neu abzeichnende Möglichkeit zur Rationalisierung ein Gegengewicht gegen die bisher zunehmenden personellen und zeitlichen Aufwendungen und wird sicher erlauben, diagnostische Aufgaben schneller zu erledigen und Zeitreserven für andere Aspekte ärztlichen Handelns zu erschließen.

[219] Natürlich stehen der massenhaften Einführung dieser bereits vorhandenen oder sich abzeichnenden neuen technischen Errungenschaften gegenwärtig eine ganze Reihe von entwicklungsbedingten Schwierigkeiten gegenüber. Automatische Anlagen der geschilderten Art sind nicht nur in der Herstellung teuer, sie verlangen auch eine ständige hohe Auslastung, um rentabel zu bleiben und auch einen qualifizierten Kaderbestand. Die bereits jetzt eingeleiteten Maßnahmen zur Erweiterung der Produktionskapazitäten der Medizintechnik und medizinischen Elektronik, der Übergang zur Ausbildung von hochspezialisierten Ingenieurkadern mit medizinischen Kenntnissen und die Schaffung

³⁰ Eine Ausdehnung dieser Technisierung im therapeutischen Bereich finden wir auch in den Systemen zur ständigen und automatischen Überwachung von Patienten in auch als Intensivtherapiestationen bezeichneten Einrichtungen (Vgl.: *Ungeheuer, K.* und *K. Schülke*, Automatische Patientenüberwachung. Umschau in Wiss. u. Technik, 67, 1967, 11 ff. Entsprechende Systeme befinden sich auch in einigen Kliniken bei uns in Erprobung und die technischen Einrichtungen dafür werden bereits produziert.

³¹ Vgl. zu diesen Begriffen die Definitionen des „Wörterbuchs der Kybernetik“, Berlin 1966.

³² Vgl. zum Prinzip solcher Anlagen: *Niebeling, H. G.*, und *H.-J. Laux*, Über Probleme der Informationsgewinnung und Verarbeitung von Daten in der Elektroenzephalographie. Zschr. ärztl. Fortb., (Jena), 61, 1967, 372–375.

³³ Als Beispiel sei hier erwähnt, daß heute bereits ein einziges modernes Labor über die Kapazität verfügt, in kurzer Frist die Untersuchungen auf Vorliegen von Phenylketonurie bei sämtlichen Neugeborenen der DDR durchzuführen, was außerordentliche Bedeutung für die von einer Früherkennung in ihrer Wirksamkeit stark abhängige Therapie dieser Erkrankung hat.

eines entsprechenden organisatorischen Systems von Kooperationsbeziehungen versprechen jedoch praktische und bald zu umfassenden Veränderungen führende Lösungen.

Komplizierter sind die Fragen der inhaltlichen Bewertung und der Effekte sowie der möglichen Folgen bei jenen Entwicklungen, die wir unter dem Aspekt der Ausweitung des Technisierungstrends in der Diagnostik vor allem am Beispiel der sogenannten Computerdiagnostik betrachten wollen.³⁴

Exkurs zum Entwicklungsstand der Computerdiagnostik

Systematisch durchgeführte theoretische und experimentelle Untersuchungen zur Möglichkeit des Einsatzes moderner elektronischer Datenverarbeitungsanlagen, die in der Regel mit dem Sammelbegriff „Computer“ bezeichnet werden, gibt es seit Beginn der fünfziger Jahre. Grundlagen für die Entwicklung dieser speziellen Forschungsarbeit, die seither schwerpunktmäßig vor allem in der USA und in der Sowjetunion, aber zunehmend auch in fast allen anderen industriell und wissenschaftlich entwickelten Ländern betrieben wurden, bildete einerseits die Entwicklung der modernen Datenverarbeitungstechnik und andererseits der sprunghafte Prozeß der Entwicklung der Kybernetik.³⁵ Die nach nunmehr fast zwanzigjähriger Forschungsarbeit vorliegenden Resultate sind schwierig zu überschauen, da sie bisher nur von einem sehr kleinen Kreis von Spezialisten systematisch verfolgt wurden und bisher [220] kaum eine umfassende und überblicksmäßige Auswertung erfahren haben.³⁶ Einige entscheidende Fragen haben jedoch eine solch weitgehende Klärung erfahren, daß sie hier mit Bezug auf unsere allgemeine Problemstellung sinnvoll diskutiert werden können. Insbesondere betrifft das die generellen Möglichkeiten des Einsatzes von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen zur Lösung bestimmter Teilprozesse im diagnostischen Komplexvorgang über die bereits vorher genannten Möglichkeiten einer Aufbereitung diagnostisch relevanter Informationen hinaus.

Als erste fundamentale und gut begründete Aussage kann aus der bisherigen Entwicklungsarbeit die allgemeine Feststellung abgeleitet werden, daß moderne EDVA imstande sind, solche Zuordnungsvorgänge selbständig auszuführen, wie sie in der eigentlich logischen Phase der Diagnosenbildung den Kernpunkt der Denkarbeit des Arztes ausmachen, und zwar in der gleichen Qualität und mit mindestens der gleichen Genauigkeit, wie sie dem individuellen Bearbeiter solcher Probleme möglich sind. Diese Möglichkeit bestimmt sowohl den Platz der künftigen Anwendung solcher Systeme im diagnostischen Prozeß als auch deren Leistungsbereich. Dabei handelt es sich natürlich keineswegs um eine geheimnisvolle „Fähigkeit“ von angeblich „denkenden“ Maschinen. Was hier als Potenz oder Leistung solcher Anlagen wirksam werden kann, ist die vom Menschen selbst geschaffene maschinelle Reproduktion gesetzmäßig strukturierter subjektiver Denkvollzüge im Sinne der Simulation analoger Funktionen in geeigneten Medien, die imstande sind, Informationen zu speichern und nach vom Menschen vorgegebenen Regeln und Funktionsmöglichkeiten untereinander zu verknüpfen. Im Grundlegenden läuft bei einem solchen Zuordnungsprozeß in maschineller, rechentechnischer Ausführung etwa folgende, Elemente der diagnostischen Denkarbeit nachvollziehende Prozeßkette ab. Zunächst muß eine je nach dem speziellen Zweck auszuwählende Menge von Mustern für

³⁴ Der Terminus „Computerdiagnostik“ ist genau genommen deshalb nicht exakt, weil er nicht den *spezifischen Anteil* des Einsatzes von EDVA im komplexen diagnostischen Prozeß ausdrückt und deshalb leicht zu falschen Vorstellungen von der Möglichkeit und von den Folgen führt.

³⁵ Bereits vor der Inaugurierung der Kybernetik als eigenständiger Disziplin, die 1948 durch *Norbert Wiener* erfolgte, waren wichtige, zur Kybernetik hinführende Forschungen mit Fragestellungen der Medizin und Psychologie eng verbunden. Außerordentlich interessante Darstellungen dieses Aspekts der Entwicklung finden wir in *Steinbuch, K.*, *Automat und Mensch*. Berlin-Heidelberg-New York 1965, sowie in den bekannten Arbeiten von *Drischel*.

³⁶ Als leicht zugängliche Übersichtsarbeiten zum neueren Entwicklungsstand auf diesem Gebiet können gelten: *Parin, W. W.*, und *R. M. Bajewski*, Einführung in die medizinische Kybernetik. Moskau (und Prag) 1966, russ. (und auch tschechisch). *Wagner, G.*, Computer-Hilfsmittel der modernen Medizin. Umschau Wiss. Technik, 67, 1967, 187–192; IBM-Nachrichten, 16, 1966 304–312. *Ledley, R. S.*, Computer Aids to medical Diagnosis. *J. Americ. Med. Assoc.*, 196, 1966, 933–943.

In der Arbeit *Wagners* werden auch außerhalb der Diagnostik liegende Einsatzmöglichkeiten für Computer, beispielsweise bei der Rationalisierung der Verwaltungsarbeit und bei der Literaturdokumentation besprochen.

Im speziell medizinischen Schrifttum finden die Darstellungen und Probleme der „Computerdiagnostik“ erst allmählich ihren Ausdruck. Eine bahnbrechende Rolle spielt hier vor allem die Zeitschrift „Methodik der Information in der Medizin“.

Krankheitsbilder in eine automaten sprachliche Form übertragen werden, um im Speicherwerk einer EDVA den Grundstock für Vergleichs- und Auswahloperationen zu bilden. Das geschieht im Prinzip in der Weise, daß für jede der zu beachten [221] den Krankheitseinheiten die charakteristische Kombination vom Merkmalen in dem jeweiligen Zeichensystem der Einrichtung ausgedrückt wird, indem ein bestimmter Code die Merkmale mit numerischen Werten belegt. Dabei spielen die im vorigen Abschnitt diskutierten informationstheoretischen und speziell wahrscheinlichkeitsstatistischen Festlegungen eine entscheidende Rolle und damit die entsprechende Sicherung dieser Ausgangswerte durch methodisch gezielte Auswertung empirischen Materials. Auf dieser Grundlage entsteht etwa in der typischen Form des Wischnewski-Modells ein „medizinisches Gedächtnis“ für einen bestimmten Teilbereich des heutigen medizinischen Wissens.³⁷ Ein universelles maschinelles „Gedächtnis“ für alle in der modernen Medizin bekannten Krankheitseinheiten in einer solchen Form ist theoretisch denkbar, würde aber wohl umfangmäßig die heutigen Speichermöglichkeiten übersteigen und praktisch zu überflüssig langen Bearbeitungszeiten für den Einzelfall führen.

Der nächste, in der Programmgestaltung wohl noch kompliziertere Schritt besteht in der Festlegung des rechentechnischen (mathematische und logische Operationen einschließenden) Weges bzw. der Strategie für das auszuführende Vergleichs- und Entscheidungsverfahren bezüglich des Verhältnisses von einzugebenden Merkmalskombinationen zu den vorgegebenen Mustern. In der Regel wird dabei ein Stufenprogramm aufgebaut, das sowohl eine rentable Arbeit durch die reale Sicherung eines kürzesten Weges (für den einfachen Fall) als auch einige Möglichkeiten für den Eingriff in den Prozeß, beispielsweise durch die Erweiterung der Dateneingabe, enthalten bzw. sichern muß. Die dabei im einzelnen anwendbaren Verfahren sind vielgestaltig. Prinzipiell ist es möglich, die erste Stufe dieser Operationsfolge so zu gestalten, daß ein reiner Vergleichsprozeß die Möglichkeit einer eindeutigen Zuordnung mit dem gefundenen Muster oder die Unmöglichkeit einer solchen Zuordnung ausweist. Bei positivem Effekt liegt dann ein der direkt begründeten Diagnose analoges Ergebnis vor. In der Literatur wird zur logischen Charakterisierung dieser Stufe der Begriff des „deterministischen“ Vorgehens verwendet.

Da dieser schnelle und sichere Abschluß häufig nicht möglich ist, insbesondere dann nicht, wenn die Zahl der mehrdeutigen Merkmale zunimmt oder im Verhältnis zu den Mustern sehr unvollständige Datenkombinationen eingegeben werden, wird dann in einer nächsten und komplizierten Stufe eine wahrscheinlichkeitsstatistische Methodik des Vergleichs eingeführt.

Zwischen den heute existierenden Möglichkeiten einer exakten mathematischen Bearbeitung dieser Vergleichs- und Auswahloperationen einerseits und den Möglichkeiten, aus dem heute vorliegenden Erfahrungsmaterial der [222] Medizin entsprechende Ausgangsdaten für die Musterbildung abzuleiten andererseits, bestehen noch beachtliche Divergenzen, weshalb die Anwendung dieses Verfahrens bisher nur in besonders günstig gearteten Auswahlbereichen möglich war (beispielsweise bei der Diagnostik von Bluterkrankungen, von angeborenen Herzschäden und bei Schilddrüsenerkrankungen). Diese Zusammenhänge wurden bereits bei der Behandlung der Methodologie der Diagnosenbildung besprochen. Im Grunde geht es in beiden Fällen, bei der üblichen Diagnosenbildung wie bei der automatischen diagnostischen Zuordnungsleistung, darum, die Abbilder der Ereignisverteilungen in statistischen Ensembles (hier aufgefaßt als Feld der Ausdrucksmöglichkeiten von Krankheitsmerkmalen) möglichst weitgehend den objektiven Verhältnissen anzupassen. Das erfordert aber eine weitgehend genaue Kenntnis der Ereignisfolgen und Zusammenhänge in den objektiven statistischen Ensembles selbst.

Soweit entsprechende Muster aufgebaut werden können, liefern die entsprechend programmierten EDVA in dieser Stufe ihrer Arbeitsfolge diagnostische Bestimmungen, die für das eingegebene Merkmalssystem die wahrscheinlichste Lösung darstellen. In dieser Stufe vollziehen sich damit

³⁷ Dieses Wischnewski-Modell eignet sich gut für die Erfassung der allgemeinen methodischen Aspekte der Problemlösung. (Vgl.: Wischnewski, A. A., I. I. Artobolewski und M. L. Bychowski, Methoden der Kybernetik in der Medizin. Wiss. Welt, 1964, Seite 19–26).

Eine vor allem die methodologischen Aspekte betreffende Darstellung existiert auch in: Klaus, G., Kybernetik und Erkenntnistheorie. Berlin 1966.

Operationen, wie sie auch in der Differentialdiagnostik vorgenommen werden müssen, das heißt eine Kombination von Verfahren zur Prüfung der überhaupt in Betracht zu ziehenden Muster mit Verfahren zur Entscheidung über das aus dieser Untermenge endgültig auszuwählende Muster resp. Krankheitsbild.

Eine spezielle Form dieser wahrscheinlichkeitsstatistischen Behandlung im Sinne der differentialdiagnostischen Endbestimmung für die Programmierung von EDVA ist auch das Verfahren nach dem Prinzip des Phasen-Intervalles nach Wischnewski, wo es darum geht, analog zu einem topologischen Modell eines Krankheitseinheiten- und Syndromraumes durch Abstandsbestimmung zwischen Musterlage und Merkmalslage in mathematischer Form die beste Näherungslösung für die Zuordnung zu finden. Beschreibungen der möglichen methodischen Wege des rechentechnischen Vorgehens finden sich in der Spezialliteratur zur „Computerdiagnostik“. Eine grundlegende Darstellung der Prinzipien logischer und mathematischer Behandlung von Zuordnungsverfahren finden wir bei Wolf und Schmidt.³⁸

Die für die mathematisch strenge Ausführung diagnostischer Vergleichs- und Zuordnungsleistungen durch elektronische Datenverarbeitungsanlagen heute existierenden und in einigen Punkten dargestellten Schwierigkeiten verlangen ihren prinzipiellen Ausdruck in einer zweiten allgemeinen These zu [223] den Möglichkeiten der „Computerdiagnostik“. Diese zweite These besagt, daß die Genauigkeit und Zuverlässigkeit von automatisch ausgeführten logischen Operationen in der Diagnostik abhängig ist von der Exaktheit der vorzugebenden Muster und von der Art und dem Umfang der jeweils verwendeten Daten. Aus dieser Beziehung ergibt sich, daß der praktische Einsatz von EDVA für diagnostische Belange nur dort erfolgen kann, wo ein bestimmtes Maß an gesicherten nosologischen Bestimmungen vorliegt und wo eine ausreichende Transformation diagnostisch relevanter Untersuchungsergebnisse in die Automaten-sprache möglich ist. Auch hier existieren natürlich dialektische Beziehungen der Art, daß die versuchsweise Einführung automatischer Systeme die Voraussetzungen für ihren praktischen Einsatz ständig verbessern hilft, beispielsweise in der Zukunft auch dadurch, daß durch Lernprozesse simulierende Anlagen auch genauere informationstheoretische Wertebestimmungen ausgearbeitet werden.³⁹ In der Weiterführung solcher Untersuchungen liegt heute das eigentliche Frontgebiet des wissenschaftlichen Fortschritts in dem hier diskutierten Problemereich.

Eine besondere Rolle spielt hierbei die schon an anderer Stelle erörterte Problematik der Meßbarkeit und der Meßverfahren bei der Bearbeitung medizinischer Daten. Für die Anwendung von EDVA in der Diagnostik gilt in der Regel der einfache Grundsatz, daß exakte und ausreichende Dateneingaben die Voraussetzung für exakte Zuordnungsleistungen sind. In diesem Sinne bilden die Entwicklung von Biometrie und Psychometrie ebenfalls einen wichtigen Bestandteil der komplexen Untersuchungen zur Automatisierung diagnostischer Zuordnungsleistungen.

Über den möglichen Nutzen der Einführung automatischer Systeme für den logischen Verarbeitungsprozeß bei der Diagnosenbildung sagen die bisher genannten beiden Grundsätze noch nichts aus. Um hierüber ein Urteil zu finden, sind noch verschiedene andere Beziehungen zu beachten.

Vergleicht man zunächst die beim heutigen Entwicklungsstand von EDVA in der Diagnostik erreichbaren Leistungen mit den üblichen Verfahren, dann sind die von Automaten erbrachten Bestimmungen in einigen Gebieten zwar erstaunlich gut, in der Regel aber nicht besser als die von einem versierten Spezialisten erreichten Ergebnisse. In dieser Sicht haben die bisherigen Bemühungen um die

³⁸ Wolf, F. und A. Schmidt, Modelle lernender Automaten. Beiheft 8 zu: Elektronische Datenverarbeitung. Braunschweig 1966.

Auf einige Möglichkeiten der Modellierung für die Diagnostik wichtiger Abstraktions- und Klassifikationsleistungen geht auch der Beitrag W. Kämmerers über automatische Klassifikation Lern- und Erkennungsprozesse aus mathematischer Sicht ein (In: Biokybernetik, hrsg. v. H. Drischel und N. Tiedt, Karl-Marx-Universität, Leipzig 1968, Bd. 1, Seite 82 ff).

³⁹ Vgl. dazu entsprechende Angaben bei Wischnewski und in der Modelluntersuchung zu den Möglichkeiten eines Perceptrons auf diesem Gebiet.

Barthel, D., J. Sauer, J. Forberg und K. H. Brehm, Computerdiagnose mit lernenden Automaten. Dtsch. Ges. Wesen. 22, 1967, 375 ff.

Entwicklung entsprechender Anlagen zwar einen eminenten Erkenntniswert für die Aufklärung der formalen Bedingungen richtiger Denkvollzüge bei der Diagnosenbildung, begründen aber noch nicht die Notwendigkeit eines breiten praktischen Einsatzes solcher Anlagen. Eine solche Berechtigung ergibt sich erst dann, wenn es Vorteile gibt, die die Leistungsfähigkeit des Arztes als Individuum wesentlich übertreffen und die damit als echte Verbesserung im Gesamtprozeß wirksam werden können. Solche Vorteile gibt es u. E. mehrere.

[224] Der erste dieser Vorteile resp. die erste dieser besonderen Leistungen besteht in dem Vermögen moderner EDVA, umfangreichere Mengen an medizinischen Informationen geordnet, zuverlässig und hinsichtlich der quantitativen Wertbestimmungen exakt zu speichern, als das in der Regel durch das individuelle menschliche Gedächtnis erfolgen kann. Das hat bei dem ungeheuer angewachsenen medizinischen Wissensstand, der selbst in Teilgebieten umfangmäßig kaum noch zu übersehen ist, eine außerordentlich große Bedeutung.

Der neueste „Klinische Diagnoseschlüssel“, der zwei Klassifikationssysteme aller wesentlichen heute bekannten Krankheitsformen enthält (einmal nach der von der Weltgesundheitsorganisation laufend bearbeiteten und alle 10 Jahre zu korrigierenden „International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death“ und zum anderen als ein spezieller klinischer Diagnoseschlüssel), umfaßt etwa 10 000 diagnostische Begriffe mit weiteren ca. 5000 Synonymen dazu.⁴⁰

Nach neuesten Schätzungen beträgt die Zahl der in der internationalen medizinischen Praxis verwendeten diagnostischen Begriffe etwa 30000. Für den praktischen Arzt und auch für den Spezialisten eines Fachgebietes der Medizin reduziert sich natürlich die Zahl der zu beherrschenden Muster von Krankheitsformen beträchtlich und die Möglichkeiten zur kooperativen Zusammenarbeit im Ärztekollektiv bieten günstige Bedingungen, mit dieser Menge an Grundlagenbestimmungen zurechtzukommen. Trotzdem bleibt die geforderte Gedächtnisleistung für exaktes Diagnostizieren enorm groß und ein systematisches Prüfen aller jeweils in Frage kommenden Möglichkeiten, etwa in der Differentialdiagnostik, ist auch aus Gründen des hohen Zeitaufwandes nicht immer möglich. Da zudem die Merkleistungen erfahrungsabhängig sind, das heißt der Arzt im Normalfall am ehesten mit solchen Krankheitsbildern operiert, die in seiner praktischen Tätigkeit gehäuft auftreten, gibt es eine dem erfahrenen und verantwortungsbewußten Arzt zumeist bekannte Gefahr vor-schneller und einseitiger Beurteilungen.

Berücksichtigt man fernerhin, daß eine der Hauptschwierigkeiten für die Gedächtnisleistung gerade im Behalten diffiziler quantitativer Merkmale besteht, wird deutlich, daß jede technische Einrichtung, die dem Arzt auf Abruf für bestimmte Merkmalskombinationen eine bereits statistisch bewertete Auswahl der zu beachtenden nosologischen Einheiten zur Verfügung stellt, eine wesentliche Erleichterung der diagnostischen Arbeit gewährt.

Als zweiter hauptsächlichlicher Vorteil solcher automatischer Systeme für die Diagnostik kann gelten, daß sie sehr viel schneller bei der exakten Bearbeitung eines umfangreichen Informationsmaterials sind als entsprechende menschliche Leistungen. Dieser Zeitfaktor spielt in der diagnostischen Praxis zwar nicht überall die gleiche bedeutende Rolle und wird erst bei komplizierten Aufgaben zu einer beachtenswerten Größe, er hat aber gerade im Zusammenhang mit dem heute wirksamen Trend zu einer ständigen Ausweitung der Untersuchungsverfahren in der gesamten Medizin eine allgemeine Bedeutung. Eine ständige Erhöhung der Zahl der medizinisch-technischen und ärztlichen Mitarbeiter des Gesundheitswesens über ein bestimm-[41]tes Maß eines noch proportional bleibenden Anteils zu anderen Tätigkeitsformen in der modernen Gesellschaft und auch im Sozialismus ist nicht möglich. Die Anforderungen an den Einsatz ärztlicher Tätigkeit in Gebieten außerhalb der Diagnostik wachsen fortlaufend, beispielsweise durch die zunehmende Rolle prophylaktischer und rehabilitativer Maßnahmen. Das alles im Zusammenhang gesehen, führt notwendig zu der Folgerung, alle Mittel zu nützen, um den Arbeitsaufwand in der Diagnostik zeitmäßig nicht übermäßig auszudehnen und trotzdem inhaltliche Verbesserungen fortlaufend zu erreichen. Es ist in dieser Sicht nur logisch anzunehmen, daß die Anforderungen der Praxis dazu zwingen werden, alle diese ökonomisierenden und rationalisierenden Potenzen des Einsatzes von EDVA auch in der Diagnostik zu nutzen, wo es nur irgend möglich ist.⁴¹

⁴⁰ *Immich, H.*, Klinischer Diagnoseschlüssel. Stuttgart 1966.

⁴¹ Schwierig zu übersehen ist heute noch das Verhältnis zwischen den Kosten für die Anschaffung und Wartung von Computern und dem ökonomischen Nutzeffekt in der Diagnostik. Lösungsmöglichkeiten scheinen sich in der Schaffung von zentralen Einsatzstellen anzudeuten, wo hochleistungsfähige EDVA für verschiedene Aufgaben von vielen Benutzern wirklich ausgelastet werden.

Vgl. dazu: *Dickson, J. F.*, and *L. Stark*, Remote Real – Time Computer System for Medical Research and Diagnosis. J. Americ. Med. Assoc., 196, 1966, 967–972.

Zur Bewertung des möglichen Nutzens sind natürlich auch noch Beziehungen zu berücksichtigen, die außerhalb des methodischen und des ökonomischen Problemkreises liegen. Ein gelegentlich vorgebrachter Einwand, der in diesem Sinne zu prüfen ist, lautet, daß die massenweise Einführung automatischer Systeme in den eigentlichen Prozeß der Diagnosenbildung zu einer weitgehenden Schematisierung der ärztlichen Tätigkeit führe und damit auch eine Erschlaffung des Denkvermögens oder einen Rückgang des intellektuellen Einsatzniveaus zur Folge haben könnte. Sachlich gesehen trifft eine solche Möglichkeit kaum zu, wenn man berücksichtigt, daß beliebige solche technische Anlagen immer nur Hilfsmittel des Arztes in bestimmten begrenzten Etappen seiner Arbeit sein können und seine persönliche Verantwortung nicht eliminieren. Wahrscheinlich würde es so sein, daß der Arzt der Zukunft unter den Bedingungen einer noch weitergehenden Technisierung nicht weniger, sondern mehr Wissen und Denkeinsatz aufbringen muß, um unter den neuen Entwicklungsbedingungen bestehen zu können.

Der Umgang mit technisch hochspezialisierten EDVA setzt eingehende Kenntnisse ihrer Funktionsprinzipien voraus. Diese Kenntnisse bilden ein System wissenschaftlicher und speziell methodischer Einsichten von außerordentlicher Kompliziertheit und hohem Schwierigkeitsgrad. Wir glauben daraus folgern zu können, daß eher der umgekehrte Effekt einer Erhöhung des Niveaus der geistigen Leistungen und der potentiellen Leistungsfähigkeit einsetzen wird. Analoges gilt ja auch für die Entwicklung der modernen Technik in der Industrie und im Planungs- und Verwaltungswesen, wo nur in bestimmten Übergangsphasen und unter bestimmten gesellschaftlichen Bedingungen eine Verarmung bezüglich der Ansprüche [226] an die geistige Leistung eintreten kann, der Prozeß der Technisierung aber als Ganzes infolge zunehmender wissenschaftlicher Kompliziertheit höhere Anforderungen an die Menschen stellt, als das bisherige Tätigkeitsformen wirkten.

Man muß natürlich in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich feststellen, daß die besten technischen Systeme nicht imstande sind, ärztliche Verantwortung zu tragen und deshalb prinzipiell nicht ohne vorbereitende, kontrollierende und letzten Endes „entscheidende“ Funktion des Arztes eingesetzt werden können. Wenn es überhaupt irgend eine generelle Grenze der Leistungsfähigkeit von Computern in der Medizin gibt, dann eben gerade diese. Welche Prinzipien des Verhaltens, beispielsweise hinsichtlich der Festlegung von Entscheidungsaufgaben des Arztes, aus den Bedingungen einer neuartigen Mensch-Maschine-Symbiose abzuleiten sind, ist noch im Detail offen und Gegenstand weiterer, vornehmlich medizinisch-ethischer Überlegungen. Anders steht es mit der ebenfalls zu berücksichtigenden Frage nach den Folgen der Computeranwendung für die Gestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Daß es eine Gefahr der unzulässigen „Versachlichung“ der Beziehungen zu den Kranken durch einseitig durchgeführte Rationalisierungs- und Technisierungsmaßnahmen gibt, beweist schon die bisherige Entwicklung und noch relativ bescheidene Ausprägung des Technisierungstrends in der modernen Medizin.

Viele Erfahrungen neuerer Entwicklungen in der USA, wo beispielsweise nach Berichten über die Praxis vergangener Jahre in der häufig als Beispiel angesehenen Mayo-Klinik eine fast fabrikmäßige Abfertigung des Patienten durch Spezialisten-Teams fast ohne direkten persönlichen Kontakt zum Arzt zur gängigen Praxis geworden ist, wirken hier mahnend und oft auch abschreckend. Diese sicher negativen Erscheinungen sind jedoch keine notwendige Folge des Technisierungsprozesses, die unter allen Umständen als einzige Konsequenz überall in Erscheinung treten müßten. Verfahrensweisen solcher Art entstehen im Zusammenhang mit der Technik aus gesellschaftlich bedingten Einstellungen heraus, und zwar vorwiegend aus einer Ansicht, nach der Arztum als Beruf und nicht Berufung angesehen und der kranke Mensch (wie auch der in die Organisation eingespannte Arzt) warenmäßiges Objekt im gesellschaftlichen Lebensprozeß ist.

Unsere sozialistische Einstellung zum Menschen und zu den Aufgaben des Gesundheitswesens ist mit einer solchen Entwicklung unvereinbar und von ihren Ausgangspositionen her geeignet, für das künftige System einer im starken Maße technisierten ärztlichen Tätigkeit dem Wesen des Arztums gemäße Verhaltensprinzipien und moralische Regulative durchzusetzen, um damit den erwähnten Gefahren vorzubeugen.

Zu den grundlegenden Kriterien der Wertung technischer Entwicklungen in der Medizin

Aus den Ergebnissen unseres Exkurses über die Probleme der Erweiterung der Technisierung in der Medizin läßt sich folgern, daß eine Reihe von Schwierigkeiten, die in jeder Stufe der wissenschaftlich-technischen Entwick-[227]lung entstehen, durch eine Weiterführung dieser Technisierung einer Lösung zugeführt werden können. Eine innere Dynamik der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung führt zu steter Vervollkommnung unserer Mittel, auch wenn der Einzelne dagegen

opponiert und aus verschiedenen Erwägungen Halt gebieten möchte. Die Gestaltung der gesamten ärztlichen Tätigkeit als eines komplexen Systems von verschiedenartigen Handlungen, die allesamt um eine zentrale Achse des im Arzt-Patient-Verhältnis zu realisierenden Auftrages des Heilens, Helfens und Vorbeugens gruppiert sind, ist und bleibt dabei eine gesellschaftlich zu gestaltende Aufgabe. Um dafür Orientierungen und Leitprinzipien zu finden, bedarf es auch einer grundsätzlichen Besinnung auf die Begründung des ärztlichen Auftrages durch die philosophische Bestimmung des Wertes des Menschen und des menschlichen Lebens für den Menschen in unserer Zeit und in der sozialistischen Gesellschaft.

Zu diesen, ärztliche Verhaltensweisen wesentlich begründenden Aussagen, gibt es sehr unterschiedliche und umstrittene Positionen. Vor allem geht es dabei um zwei relativ selbständige, aber auch miteinander verflochtene philosophische Probleme; zum ersten nämlich um die Wertung der Rolle der Technik für den menschlichen gesellschaftlichen Lebensprozeß und den gesellschaftlichen Fortschritt, und zum anderen um das Problem der Begründung des Wertes des menschlichen Lebens, eine Fragestellung, die alle Wissenschaften berührt, im besonderen Maße aber zur prinzipiellen Frage der Medizin geworden ist. Zu dem letztgenannten Problemkreis ist eine Darstellung des Standpunktes der marxistischen Philosophie in Polemik mit idealistischen Auffassungen in anderen Teilen dieses Buches gegeben. Die dabei in den Mittelpunkt gerückten Thesen haben folgende Ansichten zu ihrem Kern: die Feststellung zunächst, daß der einzig annehmbare, da real existente Maßstab für die Wertung des menschlichen Lebens und seiner spezifischen Eigenarten und Ausdrucksmöglichkeiten der Mensch selber ist; die Feststellung weiter, daß die Grundlage aller diesbezüglichen Wertungen das notwendig gegebene Interesse der Persönlichkeit daran ist, das ihr als Individuum gegebene Leben auszuschöpfen und fruchtbar zu gestalten – was nicht in auf sich selbst bezogener Isolation, sondern nur in einer Vielfalt von gesellschaftlichen Beziehungen möglich ist. Das biologische Phänomen des Lebendseins ist die Grundlage jeglicher konkreter Werterfüllung und insofern von fundamentaler Bedeutung, weshalb auch jede partielle Beeinträchtigung dieses normalen Zustandes von Leben durch Leiden und Krankheiten Einschränkungen der Werteverwirklichung und damit ein Unwert, ein Übel ist. Entscheidend für die Konstituierung einer solch positiven Wertbestimmung des Phänomens des menschlichen Lebens ist danach aber letztlich das Vermögen des Menschen, dieses Leben menschlich zu gestalten und zu persönlichem Reifen zu bringen. Die Potenz gesellschaftlicher Lebenserfüllung, die in erster Linie soziologisch und kulturell zu verstehen ist, ist damit aber ausschlaggebendes Moment für das Gesamturteil, u. a. auch deshalb, weil gerade sie den Menschen vom Tier und seiner Existenzmög-[228]lichkeit prinzipiell scheidet. Aus der Gesamtheit dieser Beziehungen kann dann schließlich gefolgert werden, daß sich die Achtung des Lebens und seines Wertes ausdrücken muß in der Achtung des biologischen Daseins des Menschen, wie in dem Bemühen um die Erhaltung und Förderung von Voraussetzungen und Bedingungen zur inhaltsvollen Gestaltung persönlicher Existenz in gesellschaftlichen Beziehungen. Übertragen auf unsere spezifische Fragestellung heißt das aber notwendigerweise: die Entwicklung aller (und auch aller technischen) Möglichkeiten der Medizin, die den gesamten, in dialektischer Einheit zu sehenden Wertmaßstäben genügen oder entsprechen, ist Aufgabe und Verpflichtung. Danach ist es nicht möglich, die Technik in der Medizin abzulehnen, solange sie in irgendeiner Weise zur Erfüllung des ärztlichen Auftrags beitragen kann, es ist aber immer nötig, alle Möglichkeiten ärztlicher Kunst und ärztlichen Verhaltens zu fördern, die auf den Menschen als Persönlichkeit und die Entwicklung dieser Persönlichkeitswerte einen förderlichen Einfluß nehmen können.

Zum zweiten Problemkreis, der das Verhältnis von Technik und menschlichem Fortschritt betrifft, kann aus den vorstehenden Überlegungen schon eine bestimmte wertende Orientierung abgeleitet werden. Betrachtet man die Ergebnisse eines außerordentlich umfangreichen philosophischen Schrifttums der nicht-marxistischen Philosophieentwicklung zu diesem Technik-Fortschritt-Problem, so hat es zunächst den Anschein, als ob fast alle Richtungen und Autoren, handle es sich nun um Vertreter der Kulturosoziologie oder der heute modern gewordenen „Futurologie“ oder auch um philosophierende Naturwissenschaftler, von dem Grundsatz ausgingen, daß die Technik ein notwendiges Element der Entwicklung der menschlichen Gesellschaft und ein Hilfsmittel zur Höherentwicklung

der Menschheit sei, daß also auch hier der Mensch als Maßstab des Nutzens und des Wertes der Technik gelte. Eine nähere Betrachtung zeigt jedoch sehr bald, daß sich die Auffassungsweisen in vielen Fragen nicht nur erheblich voneinander unterscheiden und daß sie allesamt in einem gegensätzlichen Verhältnis zu denen der marxistischen Philosophie stehen, sondern auch, daß in der Regel die Wertschätzung der Technik ziemlich gering ist und die der menschlichen Persönlichkeit ebenfalls.

Eine ausführliche Darstellung der marxistischen philosophischen Sicht dieses Problems kann hier nicht gegeben werden, sie ist gerade in den letzten Jahren zu wiederholten Gelegenheiten im Zusammenhang mit den Fragen der Entwicklung der wissenschaftlich-technischen Revolution im Sozialismus der Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt worden.⁴² Den Kernpunkt unserer Einschätzung kann man jedoch in kurzer Form hier charakterisieren. Er [229] besteht in der Auffassung, daß die Technik als ein notwendiges Entwicklungselement der materiellen Grundlagen des gesellschaftlichen Lebensprozesses des Menschen eine wesentliche Komponente des historischen Fortschrittsprozesses ist, der aber als komplexer Vorgang nur als gesellschaftliches Geschehen, als Kampf um die Herausbildung solcher Lebensverhältnisse verstanden werden kann, in denen eine immer bessere Befriedigung der Bedürfnisse für alle und eine höchstmögliche Persönlichkeitsentfaltung aller Mitglieder der Gesellschaft möglich wird. Diese Auffassung, die aus der Analyse des realen historischen Bewegungsprozesses und aus der Orientierung an den eingangs gegebenen Wertbestimmungen erwächst, impliziert zwangsläufig die Idee, daß die Technik hinsichtlich ihres Nutzens und ihres menschlichen Wertgehaltes immer im Abhängigkeit von sozialen Strukturen und von gesellschaftlichen Verhaltensweisen gesehen werden muß. Sie kann – konkret ausgedrückt – sowohl Mittel der Vernichtung und Erniedrigung des Menschen als auch Bedingung und Element progressiver Höherentwicklung der Menschheit sein, sie ist in der Potenz letzteres aber immer.

Die bürgerliche Kulturphilosophie tut sich in der Regel groß in der Aufzeigung von negativen Möglichkeiten der Technisierung (und seit einiger Zeit auch der Wissenschaft) im Namen einer untechnischen Kultur und verdammt häufig in seichter Oberflächlichkeit in der Gestalt der Technik Vorgänge und Entwicklungen, die eigentlich Folge oder Konsequenz einer gegebenen Gesellschaftsstruktur und nicht einfach Existenzbedingungen der Technik sind.

Speziell in Deutschland ist über einen Zeitraum von gut fünfzig Jahren hinweg eine solche technik- und zivilisationsfeindliche Haltung die dominierende Tendenz der sogenannten Kulturkritik und der Gesellschaftsphilosophie gewesen. Bei einigen Vertretern dieser Tendenz erwuchs aus einer extremen Behandlung dieser Fragen mit logischer Folgerichtigkeit ideologische Grundlegungsarbeit für die Machtergreifung reaktionärster Kräfte, wie des Faschismus, die theoretisch ja bekanntlich unter einem mystizistischen Erneuerungsbanner begann und zu deren Wortführern in diesem Sinne beispielsweise Spengler und Freyer gehörten.⁴³ Ein geradezu klassisches, weil die Struktur des Wertungsvorgangs aufzeigendes Beispiel der undialektischen bürgerlichen Auffassungsweise des Problems finden wir in den der Technik gewidmeten Ausführungen Jaspers in dem Buch „Vom Ursprung und Ziel der Geschichte“ und in anderen seiner Arbeiten.⁴⁴

Jaspers spricht sehr prononciert von der „Dämonie der Technik“ und beschreibt diese, ausgehend von der zunehmenden Mechanisierung der Arbeitsinstrumente, als Vorgang der Ausdehnung der Mechanisierung auf das gesellschaftliche Leben im Ganzen. In einem solchen Prozeß wird nach seiner Ansicht der Mensch selber [230] zu einem der Rohstoffe, die zweckmäßig bearbeitet werden, wodurch der Mensch auf die Stellung eines Mittels und eines bloßen Objekts reduziert wird. Schon allein in der Darstellung dieses Vorgangs, nach der durch die Technik ein ungeheurer Bruch in der Menschheitsgeschichte entstanden sein soll, erfaßt aber nur partielle Aspekte, nämlich einige Folgen der Technisierung im imperialistischen Gesellschaftssystem, in dem die Profitmacherei um jeden Preis einziges Kriterium ökonomischer und politischer Entscheidungen der Herrschenden ist.

Eben durch diesen Aufbau auf partiellen Aspekten, auf Teilausschnitten aus dem Reichtum tatsächlicher Vorgänge, wird der Ausgangspunkt der philosophischen Reflexion aber auch schon falsch. Verloren geht Jaspers, wie auch vielen anderen

⁴² Müller, W., Gesellschaft und Fortschritt. Berlin 1966;

Klaus, G., und H. Schulze, Sinn, Gesetz und Fortschritt in der Geschichte. Berlin 1967.

Vgl. auch die Materialien des philosophischen Kongresses von 1965, Die marxistisch-leninistische Philosophie und die technische Revolution. DZfPh., Sonderheft 1965.

⁴³ Eine philosophisch tiefe und sehr informative Darstellung dieser Entwicklungen in der neueren bürgerlichen Philosophie gibt Heise, W., Aufbruch in die Illusion. Berlin 1964.

⁴⁴ Jaspers, K., Vom Ursprung und Ziel der Geschichte. Frankfurt/M. – Hamburg 1955. Jaspers gehört allerdings nicht zu den Wortführern der politischen Reaktion, sondern in den letzten Jahren zur Gruppe der Liberalen und zum Teil progressiven Kritiker imperialistischer Politik.

im selben Denkschema befangenen Philosophen, die Sicht der wirklichen Gründe für die ahumanistische Gestaltung der Wirkungen der Technik für bestimmte Menschengruppen – aber auch die Einsicht in die progressiven Potenzen des technischen Instrumentariums und der technischen Denkweise einer gegebenen Gesellschaftsstufe. Die an eine solche abstrakte Betrachtung anknüpfende Feststellung, daß es an den Menschen liegt, was sie aus der Technik in der Zukunft machen, bleibt leer und unrealistisch, weil sie das Individuum meint, in dessen Entscheidungsvermögen allein nur die allerbescheidensten Möglichkeiten einer Einflußnahme auf den komplexen Vorgang im gesellschaftlichen Rahmen liegen. Die auf diese Weise entstehenden Verzerrungen des historischen Urteils über die Technik und ihre Perspektiven für den Menschen entstehen letztlich alle aus der Absehung von sozialen Organisationsformen und -strukturen und deren entscheidender Bedeutung für den Entwicklungsgang und die Art und Weise menschlichen Umgangs mit der Technik und ihren Leistungsmöglichkeiten. Eine „Dämonie der Technik“ gibt es nur in der Ideologie und nur solange, solange die Veränderbarkeit gesellschaftlicher Verhältnisse durch die Kraft sozialer Gruppen nicht bewußt wird.⁴⁵

In den letzten Jahren werden allerdings schon häufiger Stimmen der Kritik an den Mängeln der Zivilisation in den entwickelten imperialistischen Staaten vernehmbar, die vielseitiger auch auf die Rolle der herrschenden sozialen Bedingungen eingehen und in Einzelfällen bis zu der Erkenntnis vorstoßen, daß das [231] imperialistische Monopoleigentum die Quelle sozialer Übel und des Mißbrauchs auch der Technik ist.⁴⁶

Die sachlich unberechtigte allgemeine Abwertung der Technik, wie sie in der Mehrzahl der Strömungen der bürgerlichen Philosophie vertreten wurde, hat auch in der Medizin ihren Widerhall gefunden. Auch in der Medizin gilt es jedoch, von den entscheidenden sachlichen Zusammenhängen ausgehend, die grundsätzlich positive Potenz der technischen Entwicklung in den Mittelpunkt aller wertenden Überlegungen zu stellen und die Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit als gesellschaftliche Aufgabe zu begreifen, aus und mit der Technik das Beste für den Menschen zu machen.

Folgerungen:

Bezüglich unserer bisher diskutierten Entwicklungslinien kann man zusammenfassend folgende Feststellungen treffen:

1. Die Technisierung in allen ihren vielfältigen Formen kann und darf für die Medizin unter sozialistischen Bedingungen nicht Selbstzweck sein, sondern hat ihren Sinn und Wert nur als Hilfsmittel zur besseren Erfüllung der ärztlichen Aufgabe, Leben zu erhalten, zu fördern und seine Entfaltungsmöglichkeit zu sichern. Soweit irgendein technisches Mittel oder Verfahren geeignet ist, im Sinne dieses grundlegenden ärztlichen Auftrages zu wirken, ist es anwendbar und zu fördern und erfährt im Prinzip eine positive Wertung.
2. Da die Technisierung allein bestimmte Seiten der ärztlichen Tätigkeit nicht verbessern kann, insbesondere nicht direkt dazu dient, das persönliche Verhältnis des Arztes zum Kranken als ein integrierendes Moment jeder konkreten Hilfeleistung für einen kranken Menschen zu gestalten, bedarf die Medizin einer wohlüberlegten Gestaltung des Gesamtsystems [232] aller ärztlichen Tätigkeiten und der Organisationsformen des Gesundheitswesens, in dem für diesen Aspekt

⁴⁵ Die Herstellung des richtigen Zusammenhangs zwischen den Auswirkungen der Technik einerseits und den Grundstrukturen gesellschaftlichen Zusammenlebens, mit ihren jeweils spezifischen Wertungsfolgen für den Menschen und seine Lebensgestaltungen andererseits, erlaubt auch erst das richtige Verständnis für das Wesen und die Perspektiven der wissenschaftlich-technischen Revolution im Sozialismus. Die Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens mit der Technik bedarf auch im Sozialismus der ausdrücklichen Besinnung auf zielorientierende Werte und Maßstäbe, da auch hier die Gefahr einer technizistischen Denkweise partiell bestehen bleibt, weil eine solche Einstellungsmöglichkeit eine potentiell mögliche Erkenntnisfehleistung des Einzelnen im Sinne einer Vereinfachung komplexer Zusammenhänge ist.

Nicht möglich ist in einer sozialistischen Gesellschaftsordnung von ihrer Struktur her jedoch der Mißbrauch der Technik zur Ausbeutung anderer Menschen und zur Unterdrückung der Persönlichkeitsentfaltung.

⁴⁶ Zu den namhafteren Vertretern dieser Linie gehören neben vielen Schriftstellern und Künstlern auch die Philosophen *Ries*, *Fromm* und *Marcuse*. Vorläufer dieser Denkansätze waren in Deutschland u. a. *Th. Lessing*, *Adorno* und *Horkheimer*. Als Ursachen für eine heute wachsende Einflußnahme dieser Richtung kann man vor allem die Existenz und die Verschärfung sozialer Widersprüche im Imperialismus, ein daraus resultierendes Bedürfnis vieler Menschen nach neuen Leitbildern und schließlich auch den zunehmenden Einfluß marxistischer Ideen und die allmähliche Wirkung des Vorbildes sozialistischer Länder ansehen.

Der grundlegende Mangel auch dieser in vieler Hinsicht progressiven Konzeptionen besteht vor allem darin, daß sie bei der Kritik des Bestehenden stehen bleiben und keinen wirklichen Ausweg zur Lösung der Probleme zeigen. Den Weg zur Arbeiterklasse als revolutionärer Kraft dieser notwendigen Umgestaltung haben sie sich mit antikommunistischen Vorurteilen verbaut – einen anderen zu finden, ist ihnen theoretisch nicht möglich. (Vgl. dazu auch *Ulle, D.*, Technik und Kultur in der westdeutschen bürgerlichen Kultursoziologie. *DZfPh.*, 1968, 74–89).

genügender Spielraum und eine ausreichende Entwicklungsfähigkeit bleibt. Die Technisierung vieler Seiten der ärztlichen Tätigkeit kann ein indirekt förderliches Element der entsprechenden Gestaltung des Gesamtsystems sein.

3. Die grundlegende Zielstellung ärztlichen Wirkens verlangt unter den neuen Bedingungen der wissenschaftlich-technischen Revolution ein bewußtes, die bisherige Spontaneität überwindendes Herangehen an die zielstrebige Entwicklung und Gestaltung des technischen Fortschritts in der Medizin. Das ist notwendig, um von vornherein technische Leistungen optimaler Wirksamkeit bezüglich des ärztlichen Anliegens zu erreichen. Einem solchen Zweck dient vornehmlich die mit der Technisierung einhergehende systematische methodologische Durcharbeitung ärztlichen Handelns und Denkens, wie wir sie an Problemen der Diagnostik darzustellen versuchten.

Gegenwärtig besteht die Gefahr einseitigen Urteilens nicht so sehr in einem überschwenglichen und andere Belange der ärztlichen Wirksamkeit mißachtenden Technikoptimismus, als vielmehr in einer aus undifferenzierten und vorurteilvollen Einschätzungen entstehenden Zurückhaltung gegenüber der Nutzung neu entstehender technischer Möglichkeiten.⁴⁷

⁴⁷ Vgl. auch die kritische Diskussion zu der heute noch vorherrschenden Technikfeindlichkeit bei einem Teil unserer Ärzte auf dem Symposium „Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin“ von 1967. Besonders interessant waren dazu das einführende Referat von *Kraatz* und der Diskussionsbeitrag von *v. Ardenne, M.*, Technik und Medizin (veröffentlicht in *humanitas* 21/67 unter dem Titel „Der Arzt und die moderne Technik“).