

Das Symptomkonzept in Lehrbüchern der Klassischen Homöopathie und Inneren Medizin – ein linguistischer Beitrag zu den Medical Humanities

Pavla Schäfer (Greifswald)

Abstract

Much of the polarised debate on homeopathy centres on the clinical proof of evidence. Conceptual differences and their influence on medical practice are not present in the public discourse. This makes a productive discussion difficult. This linguistic study focusses on the symptom as a central concept of both healing approaches. Based on an examination of textbooks on internal medicine and classical homeopathy, it is shown that the symptom concepts differ in essential aspects and are verbalised differently. The patterns identified are interpreted against the background of Ludwik Fleck's theory of thought styles. It is argued that the verbalisation of the symptom concept in accordance with the thought style leads to the development of a professional identity and promotes the consolidation of one's own thought collective. Patterns of language use that do not correspond to the own thought style, on the other hand, lead to irritation and misunderstanding. As a result, the different conceptualisation of symptom drives the polarisation of the discourse. The study aims to identify key differences and typical linguistic patterns. It represents a linguistic contribution to the field of Medical Humanities.

Keywords

symptom, homeopathy, conventional medicine, textbooks, medical humanities, thought styles

1. Einleitung

Kontroverse Diskussionen um den Status der Homöopathie und um ihre Beziehung zu der historisch jeweils gültigen Form der akademischen Medizin gibt es bereits seit der Gründung der Homöopathie Ende des 18. bzw. Anfang des 19. Jahrhunderts.¹ Die aktuelle Kontroverse erreichte ihren vorläufigen Höhepunkt, als der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Januar 2024 die Homöopathie infrage stellte und ankündigte, diese als Kassenleistung prüfen zu lassen. Zur Begründung gab Lauterbach an: „Leistungen, die keinen medizinisch belegbaren Nutzen haben, dürfen nicht aus Beitragsmitteln finanziert werden.“² Lauterbachs Äußerung macht die evidenzbasierte Grundlage der Argumentation deutlich. Dass die akademische Medizin auf Basis der evidenzbasierten Medizin (EbM)³ argumentiert, ist ein Spezifikum des Diskurses unserer heutigen Zeit und Kultur. Das Argument des mangelnden Wirksamkeitsnachweises ist typisch für die Diskursposition der HomöopathiegegnerInnen.

Der polarisierte Diskurs bildet einen Wissenshintergrund für die im Folgenden entwickelten Thesen. Er ist jedoch nicht der Untersuchungsgegenstand dieses Beitrags. Fokussiert wird ein Aspekt, der in der öffentlichen Debatte nicht vertreten ist: das unterschiedliche Symptomverständnis in der Medizin und der Homöopathie. Das Symptomkonzept steht aus mehreren Gründen im Fokus des vorliegenden Beitrags. Erstens: Es handelt sich um einen zentralen medizinischen Begriff, der trotz seiner Relevanz wenig Beachtung in der gegenwärtigen Forschung findet. Die konzeptuellen Unterschiede im Symptombegriff werden vor allem im Fachbereich der Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin beachtet, in anderen Disziplinen kaum. Zweitens: Die unterschiedlichen Konzeptualisierungen von *Symptom* haben weitreichende Folgen. Die Konzeptualisierung wirkt sich unter anderem auf die Anamnese, Diagnostik, Therapieentscheidung, Nachsorge, die Beziehung zwischen PatientInnen und den behandelnden Professionellen sowie auf Vertrauen bzw. Misstrauen zwischen AkteurInnen des Gesundheitswesens aus. Angesichts

1 Vgl. Martin Dinges (Hg.): *Weltgeschichte der Homöopathie. Länder – Schulen – Heilkunde*. München 1996.

2 O. A.: Pläne von Lauterbach. „Homöopathie macht als Kassenleistung keinen Sinn“. In: *Tagesschau* (11. Januar 2024). <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/lauterbach-homoeopathie-kassenleistung-100.html> (2.2.2025).

3 Vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Die Geschichte der evidenzbasierten Medizin (25. März 2020). <https://www.gesundheitsinformation.de/die-geschichte-der-evidenzbasierten-medizin.html> (02.02.2025). Zur kritischen Diskussion der EbM vgl. auch Martin Eichler, Roman Pokora, Lukas Schwentner, Maria Blettner: Evidenzbasierte Medizin. Möglichkeiten und Grenzen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112 (2015), A2190-A2192.

dieser Relevanz ist erstaunlich, dass Unterschiede im Symptomkonzept in der öffentlichen Debatte kaum eine Rolle spielen. Drittens: Die mangelnde Reflexion führt zu einer Grabenbildung und verhindert eine sachliche Diskussion, die wünschenswert ist, um die aktuellen Herausforderungen des Medizinsystems zu meistern.

Das Erkenntnisinteresse dieses Beitrags besteht darin, die Unterschiede im medizinischen und homöopathischen Symptomkonzept mit linguistischen Mitteln aufzuzeigen. Das Symptomkonzept wird vor dem Hintergrund der Theorie über Denkkollektive und Denkstile von Ludwik Fleck eingeführt und diskutiert.⁴ Damit trägt die Studie zur linguistischen Operationalisierung der Denkstilllehre bei. Ziel der Analyse ist eine wertneutrale Beschreibung der ermittelten Muster des Sprachgebrauchs in Lehrbüchern aus beiden Denkkollektiven. Eine inhaltliche oder methodische Auseinandersetzung mit der Homöopathie sowie eine Positionierung im kontroversen Diskurs ist kein Anliegen dieser Studie.

In Kapitel 2 wird der Beitrag im Projektkontext verortet und der Forschungsstand dargestellt. Kapitel 3 stellt den theoretischen Rahmen der Denkstilllehre nach Fleck vor. Kapitel 4 bildet das Kernstück des Beitrags: Im Fokus steht die Versprachlichung des Symptomkonzeptes in der Inneren Medizin (Kap. 4.1) und in der Klassischen Homöopathie (Kap. 4.2). Die Unterschiede werden an Korpusbelegen verdeutlicht. In Kapitel 4.3 werden die praktischen Implikationen der unterschiedlichen Konzeptualisierungen angedeutet. Die Erkenntnisse werden in Kapitel 5 zusammenführend vor dem Hintergrund der Denkstilllehre interpretiert. In Kapitel 6 wird anstelle eines inhaltlichen Fazits der Blick über die Studie hinaus geweitet, indem sie als ein linguistischer Beitrag zu den Medical Humanities eingeordnet wird.

2. Projektkontext und Forschungsstand

Die vorliegende Studie basiert auf einem laufenden DFG-geförderten Forschungsprojekt zu Lehrbüchern der Inneren Medizin und der Klassischen Homöopathie.⁵ Entscheidend für die Auswahl der untersuchten Lehrbücher war die Vermittlung von Basiswissen, der

4 Vgl. Ludwik Fleck: *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt am Main ¹⁰2015 [1935].

5 DFG-gefördertes Projekt mit dem Titel „Schulmedizinische und homöopathische Lehrbücher als Ort der Verfestigung und Tradierung von Denkstilen. Eine linguistische Analyse von Sprachgebrauchsmustern als Indikatoren für Denkstile“ (2022–2026).

Erscheinungszeitraum nach 2008 (letzte 10 Jahre im Moment der Recherche), Publikation in deutscher Sprache und das forschungspraktische Kriterium der Verfügbarkeit des Lehrbuchs als ungeschützte PDF-Datei. Das Untersuchungskorpus enthält fünf Lehrbücher zur Inneren Medizin (= IM), 5 Lehrbücher zur Homöopathie (= HP) und zusätzlich zwei Kapitel zur Klassischen Homöopathie aus Lehrbüchern zur Naturheilkunde.

Die Untersuchungsmethode des Projektes besteht aus einer Verbindung von qualitativ ausgerichteten, textlinguistischen Analyseschritten mit quantitativ ausgerichteten, korpuslinguistischen Analyseschritten, wobei den qualitativen Analysen mehr Gewicht beigemessen wird. Anhand von Ergebnissen zur Text- und Wissensgliederung⁶ wurde aus dem Gesamtkorpus ein sog. ‚Symptom-Korpus‘ erhoben, das alle expliziten Vorkommen von *symptom* in deren jeweiligen syntaktischen Einbettung – typischerweise in einem Satz oder einer Überschrift – umfasst (gesamt 15.623, IM: 5.618, HP: 10.005 Treffer). Das Symptomkorpus wurde hinsichtlich der morphosyntaktischen Einbettung des Morphems *symptom* analysiert. Es wurde untersucht, ob und inwiefern wie das Morphem in der Wortbildung produktiv ist und wie es in komplexen syntaktischen Konstruktionen verwendet wird, wobei stets auch die textuelle Einbettung – etwa in bestimmte Textabschnitte oder Kapitel – berücksichtigt wurde. Eine auf Wortfrequenzen ausgerichtete diktionsbasierte Inhaltsanalyse diente zur quantitativen Charakterisierung des Symptomkonzeptes. Der Fokus des vorliegenden Beitrags liegt auf der qualitativen Auswertung der morphosyntaktischen Symptomanalyse.

Im Unterschied zum Krankheitsbegriff hat das Symptomkonzept bisher wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Es wurde bislang vor allem im Rahmen der medizinischen Semiotik⁷ und der Medizingeschichte⁸ diskutiert. In der Medizin selbst ist der Symptombegriff heutzutage kaum Gegenstand theoretischer Reflexion – im Unterschied zur Medizin der vergangenen Jahrhunderte.⁹ Doch auch in der heutigen Zeit gilt: „Die Semiotik

6 Vgl. dazu Pavla Schäfer, Mirjam Weiß: Text- und Wissensorganisation als Ebene der Variation in Lehrbüchern zur Inneren Medizin und klassischen Homöopathie. In: Sören Stumpf, Marie-Luis Merten, Susanne Kabatnik, Sebastian Zollner (Hg.): *Variationspragmatik*. Regionale Vielfalt und situative Unterschiede im Sprachgebrauch. Tübingen: Narr 2025, 299-330. Open Access <https://www.narr.de/variationspragmatik-1351-1/>

7 Vgl. Thure von Uexküll: Medicine and Semiotics. In: *Semiotica* 61.3/4 (1986), 201-217; Axel W. Bauer: Die Allgemeine Semiotik als methodisches Instrument in der Medizingeschichte. In: *Würzburger medizin-historische Mitteilungen* 12 (1994), 75-79.

8 Vgl. Harald Walach: Homöopathie und moderne Semiotik. In: *MedGG* 7 (1990), 135-160; Volker Hess: Samuel Hahnemann und die Semiotik. In: *MedGG* 12 (1994), 177-204; Volker Hess: *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin*. Husum 1993.

9 Vgl. Antoinette Stettler: Zur Geschichte der Medizinischen Semiotik. In: *Gesnerus* 44 (1987), 33-54.

bleibt nach wie vor hochaktuell für die klinischen und praktischen Ärzte. Ihre tägliche Arbeit besteht in der korrekten Lesung der Zeichen, d.h. dem, was seit altersher Stellung einer Diagnose heißt.“¹⁰

Auf dem Gebiet der linguistischen Medizinforschung wird ein intensiver fachlicher Austausch zu diversen Aspekten der medizinischen Kommunikation geführt.¹¹ Linguistische Studien beschäftigen sich jedoch nur punktuell mit dem Symptomkonzept. Zu nennen ist Reisigl¹², der das Verhältnis von Medizin zur Semiotik im Zusammenhang mit der Semiotik des Schmerzes diskutiert. Schnedermann¹³ analysiert den Burnout-Diskurs und reflektiert den Symptombegriff vor dem Hintergrund der Abgrenzung der medizinischen und psychosomatischen Semiotik.

Medizinische Fachtexte und -diskurse sind unter verschiedenen Blickwinkeln untersucht worden. Ylönen¹⁴ zeigt den Stilwandel in medizinischen Originalartikeln der Medizin auf. Gloning¹⁵ untersucht den Textgebrauch und textuelle Muster in der Medizin des 19. Jahrhunderts und geht dabei auf unterschiedliche Textsorten ein. Schuster¹⁶ arbeitet die Mechanismen der sprachlichen Professionalisierung in der Schreibpraxis der Psychiatrie als einer sich etablierenden Disziplin heraus. Lochbrunner¹⁷ untersucht den Diskurs zwischen der universitären Medizin und der Homöopathie an der Universität Gießen

10 Ebd., 52.

11 Stellvertretend vgl. Albert Busch, Thomas Spranz-Fogasy: *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin, München, Boston 2015. <https://doi.org/10.1515/9783110296174>; Sascha Bechmann (Hg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Mit Geleitworten von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer und Dr. Eckart von Hirschhausen. Berlin 2017; Marina Jakushevich, Yvonne Ilg, Theresa Schnedermann: *Linguistik und Medizin: Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin, Boston 2021. <https://doi.org/10.1515/9783110688696>.

12 Vgl. Martin Reisigl: Prolegomena zu einer Semiotik des Schmerzes. In: Florian Menz et al. (Hg.): *Sprechen über Schmerzen: linguistische, kulturelle und semiotische Analysen*. Duisburg 2010, 71-139.

13 Theresa Schnedermann: *Die Macht des Definierens. Eine diskurslinguistische Typologie am Beispiel des Burnout-Phänomens*. Berlin, Boston 2021, 50-74. <https://doi.org/10.1515/9783110727838>.

14 Vgl. Sabine Ylönen: Stilwandel in wissenschaftlichen Artikeln der Medizin. Zur Entwicklung der Textsorte „Originalarbeiten“ in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift von 1884 bis 1989. In: Hartmut Schröder (Hg.): *Fachtextpragmatik*. Tübingen 1993, 81-98.

15 Vgl. Thomas Gloning: Textgebrauch und textuelle Muster in der wissenschaftlichen Medizin des 19. Jahrhunderts. Exemplarische Untersuchungen und Forschungsaufgaben. In: Christina Gansel (Hg.): *Textsorten und Systemtheorie*. Göttingen 2008, 67-93.

16 Vgl. Britt-Marie Schuster: *Auf dem Weg zur Fachsprache. Sprachliche Professionalisierung in der psychiatrischen Schreibpraxis (1800-1939)*. Berlin, New York 2010.

17 Vgl. Birgit Lochbrunner: Zum Diskurs zwischen universitärer Medizin und Homöopathie. Ein Selbstversuch zur Homöopathie an der Universität Gießen 1997. In: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte* 12 (2009), 257-267.

im Jahr 1997. Vogel¹⁸ analysiert mit korpuslinguistischer Methode Aufsätze in einschlägigen Fachzeitschriften aus verschiedenen Domänen, darunter auch der Homöopathie (*Allgemeine Homöopathische Zeitung* 1949–2014). Im Fokus steht dabei allerdings die Versprachlichung des Konzeptes des ‚Digitalen‘. Das Symptomkonzept der Medizin oder Homöopathie wurde bisher meines Wissens keiner linguistischen Analyse unterzogen.

Linguistische Untersuchungen zur Sprache und Sprachgeschichte der Homöopathie sind selten. Eine diskursanalytische Studie zur Homöopathie legt Beyersdorff¹⁹ vor. Am Beispiel der Homöopathie untersucht er die Wissensaushandlungsprozesse in Wikipedia. Er zeigt, dass im Diskurs szientistisch-naturwissenschaftliche, komplementärmedizinische und pluralistische Grundhaltungen erkennbar sind: „Diese Perspektiven bauen auf unterschiedlichen Denkmodellen auf. Diesen immanent ist in der Regel ein unterschiedliches Verständnis von Wissenschaft.“²⁰ Schmitt²¹ führt eine linguistische Untersuchung des medialen Homöopathiediskurses in den Jahren 2016–2017 im Vergleich zu 1996/1997 (Jubiläum 200 Jahre seit der Homöopathiegründung) durch und zeigt Muster des Sprachgebrauchs beider Diskurslager auf.²² Bendl²³ untersucht die Patientenbeteiligung im homöopathischen Anamnesegespräch mit gesprächslinguistischen Mitteln und widmet sich so einem der zentralen Unterschiede, die auch in der öffentlichen Kontroverse thematisiert werden. Busch²⁴ untersucht themenübergreifend semantische Kämpfe und Wissenskämpfe in der Medizin. Er schlägt eine Typologie von Wissenskämpfen und

18 Vgl. Friedemann Vogel: Das Konzept des ‚Digitalen‘ in Theologie, Homöopathie, Medizin, Linguistik und Recht. Ein Beitrag zur korpuslinguistischen, kontrastiven Fachsprachen- und -diskursforschung. In: *Fachsprache* 3-4 (2017), 158–187.

19 Vgl. Marius Beyersdorff: *Wer definiert Wissen? Wissensaushandlungsprozesse bei kontrovers diskutierten Themen in „Wikipedia – die freie Enzyklopädie“; eine Diskursanalyse am Beispiel der Homöopathie*. Münster 2011.

20 Ebd., 278.

21 Vgl. Eva Schmitt: *‚Wissenschaftlich wirkungslos‘ vs. ‚Wer heilt, hat recht‘. Eine diskurslinguistische Untersuchung zum Homöopathiediskurs*. Darmstadt 2017. (Magisterarbeit). https://www.linglit.tu-darmstadt.de/media/linglit/mitarbeitende/janich/abschlussarbeiten/Schmitt_eva_Homoeopathiediskurs_2017.pdf (18.12.2025).

22 Vgl. Christian Lucae: Zur „Inszenierung der Homöopathiedebatte“ – eine diskurslinguistische Untersuchung zum Homöopathiediskurs von Eva Schmitt. In: *AHZ* 267 (2022), 5–8. Der Autor, selbst Homöopathie praktizierender Facharzt, hebt positiv hervor, dass die sprachwissenschaftliche Analyse keine Partei ergreift, die Muster des Sprachgebrauchs aufzeigt und somit der Diskussion und Reflexion zuführt.

23 Vgl. Christian Bendl: *Patientenbeteiligung im Arzneimittelfindungsprozess der homöopathischen Anamnese. Eine gesprächsanalytische Studie von Erstgesprächen*. Masterarbeit. Univ. Wien 2015. <https://theses.univie.ac.at/detail/32188#> (18.12.2025).

24 Vgl. Alfred Busch: Semantische Kämpfe in der Medizin. Ansätze zu einer Typologie der Wissenskämpfe. In: Ekkehard Felder (Hg.): *Semantische Kämpfe. Macht und Sprachen in den Wissenschaften*. Berlin, New York 2006, 47–71.

den dafür verwendeten sprachlichen Mustern vor. Einer davon ist der Kampf um die Anerkennung alternativer Heilverfahren, in dem die Homöopathie eine zentrale Rolle spielt. Ein anderer Typ ist der Kampf um Konzepte. Die Unterschiede im Symptomkonzept können am ehesten diesem letzten Typ zugeordnet werden.

Es gibt einige nichtlinguistische Untersuchungen zur Homöopathie, die sich an linguistische Fragestellungen anschließen lassen. Es sind insbesondere Studien zu Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und zur Homöopathiegeschichte, die konzeptuelle Unterschiede zwischen der Medizin und Homöopathie und deren historische Entwicklung im Blick haben.²⁵ Weigl²⁶ untersucht aus medizinhistorischer Sicht die Geschlechterbilder und geschlechtsspezifischen Therapien in Patientenratgebern der Homöopathie und Naturheilkunde. Vieracker²⁷ zeichnet die Einführung der zwei homöopathischen Arzneimittelgruppen der Nosoden und Sarkoden nach. Matner²⁸ rekonstruiert aus ideengeschichtlicher Perspektive Samuel Hahnemanns Lehre und ihre Bedeutung für die Klassische Homöopathie und die anthroposophische Medizin. Er widmet sein Buch denjenigen „die sich wiederfinden am Ende einer Medizin, die den Zusammenhang zwischen Krankheit und Symptom nicht zu denken vermag“.²⁹ Damit spricht Matner das in dieser Studie fokussierte Desiderat an.

Aus narratologischer Sicht untersucht Wege³⁰ homöopathische Lehrwerke, Ratgeber und Webseiten und vertritt die These, dass narrativierende wie auch fiktionalisierende Verfahren zur Popularität der Homöopathie beitragen. Aufschlussreich sind ebenfalls philosophische Arbeiten von Schmidt. Schmidt (1990)³¹ arbeitet die zentralen Begriffe der frühen Homöopathie heraus und zeichnet deren Entwicklung bei Hahnemann nach.

25 Besonders relevant erscheint die Publikationsreihe „Medizin, Gesellschaft und Geschichte“, die vom Institut für Geschichte der Medizin des Bosch Health Campus in Stuttgart (IGM; <https://www.igm-bosch.de/startseite.html>; 11.04.2025) herausgegeben wird. Das IGM verwaltet Hahnemanns Nachlass, führt die Digitalisierung der Quellen durch und treibt die Forschung zur Homöopathiegeschichte maßgeblich voran.

26 Vgl. Andreas Weigl: Geschlechterbilder und geschlechtsspezifische Therapien in deutschsprachigen Patientenratgebern der Homöopathie und Naturheilkunde (ca. 1870-1930). In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin des Bosch Health Campus (MedGG)* 30 (2012), 207-228.

27 Vgl. Viktoria Vieracker: *Nosoden und Sarkoden. Einführung und Entwicklung zweiter homöopathischer Arzneimittelgruppen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*. Essen 2013.

28 Vgl. Andreas Matner: *Das Denken der Homöopathie: Samuel Hahnemanns Lehre vom stellvertretenden Lokalsymptom*. Essen 2022.

29 Ebd., Widmung.

30 Vgl. Sophia Wege: Potenzierte Fakten. Das Narrativ der Homöopathie. In: *DIEGESIS* 7.1 (2018), 51-69.

31 Vgl. Josef Schmidt: *Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns bei der Begründung der Homöopathie. (bis zum Organon der rationellen Heilkunde, 1810)*. München 1990.

Aus medizinischer Sicht beschäftigt sich Kienle-Gogolok (2011)³², praktizierende HNO-Ärztin mit Zusatzausbildung in der Homöopathie, mit der Rolle der Kommunikation in der homöopathischen Therapie. Im theoretischen Teil ihrer Schrift diskutiert sie die Rolle der Sprache für das Heilen. Auf Basis von 50 Fallanalysen plädiert sie für die „Rückkehr zu einer sanften, dialogorientierten Medizin“.³³ Die Diskussion über die Notwendigkeit der Zuwendung zum Menschen in der Medizin wird in verschiedenen Disziplinen der Medical Humanities³⁴ und auch in der Medizin³⁵ selbst geführt.

3. Theoretischer Rahmen – Denkstillehre von Ludwik Fleck

Die Innere Medizin und Klassische Homöopathie werden im DFG-Projekt als unterschiedliche Denkkollektive im Sinne von Ludwik Fleck (2015 [1935])³⁶ konzeptualisiert und die Analyseergebnisse werden vor dem Hintergrund seiner Lehre über Denkkollektive und Denkstile interpretiert. Ziel des Projektes ist es, anhand von Lehrbüchern die sprachliche Manifestation beider Denkstile zu rekonstruieren.³⁷

Denkkollektive versteht Fleck als Gemeinschaften „der Menschen, die im Gedankenaustausch oder in gedanklicher Wechselwirkung stehen“.³⁸ Denkkollektive sind „Träger geschichtlicher Entwicklung eines Denkgebietes, eines bestimmten Wissensbestandes

32 Vgl. Andrea Kienle-Gogolok: *Sprachliche und semiotische Aspekte homöopathischer Heilbehandlung am Beispiel einer Hals-Nasen-Ohren-Praxis*. Diss. Europa-Universität Viadrina Frankfurt an der Oder 2011. https://opus4.kobv.de/opus4-euv/frontdoor/deliver/index/docId/51/file/Dissertation_Andrea_Kienle_Gogolok.pdf (02.02.2025).

33 Ebd., 155.

34 Vgl. u.a. Giovanni Maio: *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin: ein Lehrbuch*. Mit 39 kommentierten Patientengeschichten. Stuttgart 2012; Volker Roelcke: *Vom Menschen in der Medizin: für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde*. Gießen 2017; Robert Jütte: *Homöopathie. Das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis*. In: Martin Momburg, Dietmar Schulte (ed.): *Das Verhältnis von Arzt und Patient. Wie menschlich ist die Medizin*. München 2010, 71–87.

35 Vgl. u.a. Dietrich Grönemeyer: *Weltmedizin. Auf dem Weg zu einer ganzheitlichen Heilkunst*. Frankfurt am Main 2018; Dietrich Grönemeyer: *Medizin verändern: Heilung braucht Zuwendung, Vertrauen und Mut zu neuen Wegen*. München 2022.

36 Vgl. Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache.

37 Vgl. Pavla Schäfer: *Formelhafter Sprachgebrauch in Fachdiskursen der Schulmedizin, Naturheilkunde und Homöopathie – Erste Überlegungen zu einem Forschungsvorhaben*. In: Sören Stumpf, Natalia Filatkina (Hg.): *Formelhafte Sprache im Text und Diskurs*. Berlin, Boston 2018, 311–350; Pavla Schäfer: *Schulmedizinische und homöopathische Lehrbücher als Ort der Verfestigung und Tradierung von Denkstilen*. In: Marina Iakushevich, Yvonne Ilg, Theresa Schnedermann (Hg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin, Boston 2021, 419–437. <https://doi.org/10.1515/9783110688696>.

38 Ebd., 54.

und Kulturstandes, also eines besonderen Denkstiles“.³⁹ Nach Flecks Verständnis sind Denkkollektive ein integraler Bestandteil eines jeden Erkenntnisprozesses, denn Menschen erkennen etwas immer „in einem bestimmten Denkstil, in einem bestimmten Denkkollektiv“.⁴⁰ Dadurch definiert Fleck das Erkennen und Denkstile als soziale Phänomene. Sie zeichnen sich durch „gerichtetes Wahrnehmen mit entsprechendem gedanklichen und sachlichen Verarbeiten des Wahrgenommenen“⁴¹ aus. Die denkstilgemäße Wahrnehmung mündet darin, dass das, „[w]as ganz außerhalb der Sphäre denkstilkonformer Ideen und Problemformulierungen liegt, [...] sich meist nicht nur der expliziten Problematisierung, sondern sogar der Wahrnehmung“⁴² entzieht. Das bedeutet nach Fleck: „[I]n einem gewissen Entwicklungsstadium werden die Denkgewohnheiten und Normen als selbstverständlich, als einzig möglich empfunden, als das, worüber nicht weiter nachgedacht werden kann“.⁴³

Denkstile sind nicht per se gegeben, sondern sind „das Ergebnis theoretischer und praktischer Ausbildung der gegebenen Person“.⁴⁴ Fachliche Denkstile werden als Teil der fachlichen Sozialisation erworben. Daher spielen Lehrbücher eine zentrale Rolle bei der Institutionalisierung von Denkkollektiven.⁴⁵ Bei der Hineinsozialisation in einen Denkstil erfolgt eine stilgemäße Umdeutung, die „eingeübt und in den verschiedenen Qualifikationsschritten einer wissenschaftlichen Karriere und durch Kontrollen (Prüfungen) sanktioniert [wird]“.⁴⁶ Lehrbücher und andere didaktische Materialien „helfen dabei, Anfänger in den jeweiligen Denkstil einzuführen, deren Motivation zu wecken und ihr Selbstbild als Mitglieder eines Denkkollektivs zu fundieren, zu strukturieren und zu in-

39 Ebd., 55.

40 Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, 54.

41 Ebd., 130.

42 Clemens Knobloch: *Sprachauffassungen. Studien zur Ideengeschichte der Sprachwissenschaft*. Frankfurt am Main 2011.

43 Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, 140.

44 Christiane Andersen et al.: Erkenntnis als soziale Praxis. Ludwik Flecks Wissenschaftstheorie aus sprachwissenschaftlicher Sicht. In: Christiane Andersen, Ulla Fix, Jürgen Schiewe (Hg.): *Denkstile in der deutschen Sprachwissenschaft. Bausteine einer Fachgeschichte aus dem Blickwinkel der Wissenschaftstheorie Ludwik Flecks*. Berlin 2018, 11-65, 34.

45 Vgl. Günter Abel: Strategien der Stabilisierung von Wissen – der Fall der Lehrbücher. In: Uta Hassler (Hg.): *Der Lehrbuchdiskurs über das Bauen*. Zürich 2015, 10–24; Henrik Hilbig, Katharina Schumann: Die Rolle von Lehrbüchern in Ludwik Flecks Lehre von Denkstil und Denkkollektiv. In: Peter Kauder, Peter Vogel (Hg.): *Lehrbücher der Erziehungswissenschaft – ein Spiegel der Disziplin?* Bad Heilbrunn 2015, 43-50.

46 Ebd., 54.

tensivieren“.⁴⁷ Laut Fleck ist jede praktische Einführung „also wörtlich eine Hinein-Führung, ein sanfter Zwang“.⁴⁸

Aus Flecks Theorie folgt, dass sich Denkstile durch kognitive Routinen wie das Erkennen, Wahrnehmen, Kategorisieren, Bewerten etc., durch sprachliche Routinen, Handlungsroutinen, Bewegungsabläufe und vieles mehr manifestieren. Im Fokus des vorliegenden Aufsatzes stehen die sprachlichen Manifestationen in ihrer Einbettung in andere semiotische Ressourcen. In der linguistischen Forschung wird Flecks Theorie seit etwa 20 Jahren intensiv und produktiv rezipiert.⁴⁹ Dem Forschungsprojekt liegen folgende Grundannahmen zugrunde, die auf Flecks Theorie basieren:⁵⁰

- Denkstile sind sedimentierte Phänomene, die diskursiv entstehen und ab einem bestimmten Entwicklungsstadium zur Selbstverständlichkeit und damit latent werden. Auf der sprachlichen Oberfläche werden sie vor allem in Kontroversen sichtbar.⁵¹
- Denkstile manifestieren sich durch spezifische Inventare von Sprachgebrauchsmustern, die auf unterschiedlichen sprachsystematischen Ebenen angesiedelt sein können.
- Muster des Sprachgebrauchs fungieren als Kontextualisierungshinweise und können somit als Indikatoren für Denkstile interpretiert werden.

47 Hilbig und Schumann, Die Rolle von Lehrbüchern in Ludwik Flecks Lehre von Denkstil und Denkkollektiv, 49.

48 Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, 137.

49 Vgl. u.a. Waldemar Czachur: Ludwik Flecks Denkstilansatz als Inspiration für die Diskurslinguistik. In: *Zeitschrift des Verbandes Polnischer Germanisten* 2 (2013), 141-150; Bettina Radeiski: *Denkstil, Sprache und Diskurse: Überlegungen zur Wiederaneignung Ludwik Flecks für die Diskurswissenschaft nach Foucault*. Berlin 2017; Christiane Andersen, Ulla Fix, Jürgen Schiewe (Hg.): *Denkstile in der deutschen Sprachwissenschaft. Bausteine einer Fachgeschichte aus dem Blickwinkel der Wissenschaftstheorie Ludwik Flecks*. Berlin 2018; Schäfer: Schulmedizinische und homöopathische Lehrbücher als Ort der Verfestigung und Tradierung von Denkstilen, 419-437; Nina Kalwa: Denkstile und Fachsprache. In: Vahram Atayan, Thomas Metten, Vasco Alexander Schmidt: *Sprache in Naturwissenschaft, Technik und Mathematik* (Handbücher Sprachwissen 14). Berlin, Boston 2023, 405-422. <https://doi.org/10.1515/9783110296259-017>.

50 Vgl. Schäfer, Schulmedizinische und homöopathische Lehrbücher als Ort der Verfestigung und Tradierung von Denkstilen, 419-437.

51 Vgl. Nina Kalwa: Vom Sediment an die Oberfläche. Die Manifestation von Denkstilen in der wissenschaftlichen Kontroverse. In: Christiane Andersen, Ulla Fix, Jürgen Schiewe (Hg.): *Denkstile in der deutschen Sprachwissenschaft. Bausteine einer Fachgeschichte aus dem Blickwinkel der Wissenschaftstheorie Ludwik Flecks*. Berlin 2018, 209-231; Bettina Radeiski: Konstitution von Denkkollektiven und kollektive Selbstvergewisserung durch abgrenzende Metadiskurse. Was kann die aktuelle Diskursforschung von Ludwik Flecks Theorie der Denkstile lernen? In: Heidrun Kämper, Ingo H. Warnke (Hg.): *Diskurs – Interdisziplinär. Zugänge, Gegenstände, Perspektiven*. Berlin, Boston 2015, 359-375.

Fleck nennt zur Illustration seiner Argumente einige lexikalische Beispiele, die zeigen, dass Denkstilgrenzen u.a. durch Sprachgebrauch markiert werden. Dabei macht er deutlich, dass durch den denkstilgemäßen Sprachgebrauch solidarische Beziehungen und Verbundenheit gefördert werden. Die Verbundenheit nennt Fleck „Stimmungskameradschaft“. Sie ist „sofort, nach einigen Sätzen fühlbar und ermöglicht erst echte Verständigung, wogegen man ohne sie nur aneinander vorbeiredet.“⁵²

4. Das Symptomkonzept und seine Versprachlichung in Lehrbüchern

Zum Einstieg soll ein Aspekt vorweggeschickt werden. Das Symptomkonzept ist in beiden Denkkollektiven zentral. Auf der thematischen Ebene kann jedoch ein markanter Unterschied festgehalten werden. In der IM werden Symptome versprachlicht und sind Gegenstand der Darstellung. Sie sind jedoch kein Gegenstand der Reflexion oder eines theoretischen Interesses auf der Metaebene. In der HP wird hingegen das Symptomkonzept nicht nur versprachlicht (Objektebene), sondern auch explizit eingeführt und vom Symptomkonzept der akademischen Medizin abgegrenzt (Metaebene). Diese unterschiedliche Rahmung des expliziten Symptomkonzeptes geht mit unterschiedlicher Textgliederung und textueller Einbettung des Konzeptes einher. In HP-Lehrbüchern erfolgt die Definition des Symptomkonzeptes zumeist in separaten Kapiteln. Die unterschiedliche Rahmung führt zur Etablierung unterschiedlicher Versprachlichungsmuster.

4.1 Symptomkonzept in der IM

Das Symptomkonzept wird in Lehrbüchern der IM nicht explizit definiert, sondern vorausgesetzt. Eine Definition liefert das Fachwörterbuch *Pschyrembel*:

Zusammen mit einer Erkrankung auftretende Erscheinung. Der Patient beobachtet das Symptom selbst (subjektives Symptom) oder der Arzt nimmt es wahr (objektives Symptom oder klinisches Zeichen). Im weiteren Sinne gehören auch durch weitergehende Untersuchungen festgestellte Veränderungen zu den Symptomen.⁵³

52 Beide Fleck, Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache, 140.

53 Symptom. In: *Pschyrembel Online* (ohne Datum). [https://www.pschyrembel.de/symptom/K0M1E/doc/\(02.02.2025\)](https://www.pschyrembel.de/symptom/K0M1E/doc/(02.02.2025)).

Den Kern dieser Definition bildet die Unterscheidung der Erkrankung und einer damit zusammen auftretenden Erscheinung. Die Art der Beziehung zwischen ihnen bleibt in der Definition unspezifiziert. Diese Definition dürfte auch medizinischen Laien vertraut erscheinen. Zum einen deswegen, weil praktisch jeder Mensch Kontakt mit medizinischen Inhalten hat – sei es durch eigene Krankheitserfahrungen, durch medizinisch ausgebildete Personen im Umfeld oder durch massenmediale Krankheitsdarstellungen, die heutzutage omnipräsent sind.⁵⁴ Zum anderen auch deswegen, weil der medizinische Begriff *Symptom* in die Alltagssprache im übertragenen Sinn als ‚Kennzeichen‘ übergegangen ist.⁵⁵ Laut Garzone, Paganoni und Reisigl ist Medizin „one of the few specialised domains with a consolidated ‚popular register‘.“⁵⁶ Gemeinsam haben das alltagssprachliche und das medizinische Konzept, dass ein Symptom ein Kennzeichen bzw. Anzeichen für eine andere Entität ist. So sind die nachfolgenden Beispielsätze aus IM-Lehrbüchern des Korpus wahrscheinlich medizinischen Laien grundsätzlich verständlich, auch wenn sie die Fachtermini nicht genau verstehen sollten. Die Beispiele zeigen exemplarisch die typische Verwendung des expliziten Symptombegriffs in der IM.

Kennzeichnend für die IM ist die morphosyntaktische Zuordnung der Symptome zu einer Krankheit. Dies erfolgt im ersten Beispiel morphologisch durch die Verwendung von *Symptom* als Zweitglied und damit Determinatum in einem Determinativkompositum. Das Erstglied benennt zumeist die konkrete Diagnose.

1. Die *Asthmasymptome* treten jedoch zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr häufig wieder auf.⁵⁷

Im Beispiel 2 und 3 wird für die Versprachlichung eine Genitivkonstruktion [Symptom/e Genitivphrase] verwendet.

54 Vgl. Albert Busch: Medizindiskurse: Mediale Räume der Experten-Laien-Kommunikation. In: Albert Busch, Thomas Spranz-Fogasy (Hg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin, Boston 2015, 369-388; Marina Iakushevich: „Immer mehr Menschen fallen in Depressionen“. Mediale Konstruktionen einer Volkskrankheit. In: Marina Iakushevich, Yvonne Ilg, Theresa Schnedermann (Hg.), *Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven*. Berlin, Boston 2021, 399-417.

55 Vgl. Symptom. In: DWDS – *Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache* (ohne Datum). <https://www.dwds.de/wb/Symptom> (2.2.2025). Im DWDS wird ebenfalls die Etymologie des Wortes angegeben, das aus dem Griechischen stammt und ursprünglich so viel wie ‚Zusammenfallen, Zufall, Begebenheit‘ bedeutete.

56 Giuliana Elena Garzone, Maria Cristina Paganoni, Martin Reisigl: Editorial. Discursive Representations of Controversial Issues in Medicine and Health. In: *Lingue Culture Mediazioni / Languages Cultures Mediation* 6 (2019), 6. <https://dx.doi.org/10.7358/lcm-2019-001-garz> (18.12.2025).

57 Heiner Greten, Franz Rinninger, Tim Greten (Hg.): *Innere Medizin*. Stuttgart ¹³2010, 439 (= Korpustext IM2).

2. Husten ist ein wichtiger Abwehrmechanismus, der die Reinigung der Atemwege gewährleistet. Anhaltender oder zunehmender Husten ist *ein Symptom zahlreicher Erkrankungen*.⁵⁸
3. Das Rückwärtsversagen (> 1.7.1) *äußert sich durch die Symptome der pulmonalvenösen Stauung*.⁵⁹

In Beispiel 2 wird die Genitivphrase (GenP) typischerweise durch die Krankheit besetzt (allgemein *Erkrankungen*). In Beispiel 3 steht in der GenP ein anderes Symptom bzw. ein Symptomkomplex (*pulmonalvenöse Stauung*). In Beispiel 4 wird das Hauptsymptom durch eine Apposition⁶⁰ versprachlicht (*Hauptsymptom Dyspnoe*).

4. Der klinische Schweregrad einer chronischen Linksherzinsuffizienz kann anhand des *Hauptsymptoms Dyspnoe* nach der Klassifikation der New York Heart Association (NYHA, > Tab. 1.13) abgeschätzt werden.⁶¹

Symptombeschreibungen werden in der IM in komplexe Kausalketten eingebettet, welche die Diagnose mit einem Symptom oder Symptomkomplex verbindet. Symptome sind stets in eine Diagnosedarstellung integriert, ihre richtige Zuordnung dient der Diagnosestellung. „Aus der Diagnose ergeben sich die Therapie sowie der zu erwartende Ausgang der Erkrankung.“⁶² Die Diagnose stellt das zentrale Konzept der akademischen Medizin und den wesentlichen Kontext der Symptomversprachlichung dar. In Beispiel 5 wird eine einfache Kausalkette gebildet:

5. Der anatomische Totraum kann *bei Patienten mit einer restriktiven Lungenerkrankung* (d. h. *bei kleinen Lungenvolumina mit entsprechend flacher, rascher Atmung*) zu einer Einschränkung der alveolären Ventilation führen.⁶³

58 Ebd., 412.

59 Jörg Braun, Dirk Müller-Wieland (Hg.): *Basislehrbuch Innere Medizin*. München 2018, 105 (= Korpustext IM1).

60 Eine Apposition ist ein „einem Substantiv angeschlossenes Attribut, das selbst (im Kern) aus einem Substantiv besteht und das Bezugswort näher beschreibt (und meist im gleichen Kasus steht wie das Bezugswort)“ <https://www.dwds.de/wb/Apposition?o=apposition> (18.12.2025).

61 Korpustext IM1, Braun & Müller-Wieland, *Basislehrbuch Innere Medizin*, 105.

62 Diagnose. In: *Psyhyrembel Online* (ohne Datum). <https://www.psyhyrembel.de/Diagnose/K05UA/doc/> (2.2.2025).

63 Korpustext IM1, Braun & Müller-Wieland, *Basislehrbuch Innere Medizin*, 393.

Die Kausalkette kann folgenderweise zusammengefasst werden: *restriktive Lungenerkrankung* (Diagnose) → *kleine Lungenvolumina* (Symptom 1. Grades) → *flache, rasche Atmung* (Symptom 2. Grades). Der logische Operator → wird an dieser Stelle nicht verwendet, an anderen Stellen dient er aber der Komprimierung des Textes und geht mit der Vertextung im Nominalstil einher. Die Beziehung zwischen Ursache und Folge, die für den medizinischen Denkstil zentral ist, wird in Beispiel 5 zusätzlich durch die Konstruktion [x führt zu y] deutlich.

Die zentrale Stellung des Diagnosekonzeptes und der Kausalität im medizinischen Denken manifestiert sich u.a. in der Konstruktion [bei Patienten⁶⁴ mit x]. Diese Konstruktion erfüllt eine wichtige Funktion für die Kategorisierung von PatientInnen durch deren Zuordnung zu einem *Patientenkollektiv* anhand der Diagnose. Aus dieser Zuordnung ergibt sich kausal die Therapieentscheidung. Die x-Position in der Präpositionalphrase wird typischerweise durch die Krankheitsbezeichnung besetzt (vgl. Bsp. 5 *bei Patienten mit einer restriktiven Lungenerkrankung*, weiter unten vgl. Bsp. 7 *bei Patienten mit Diabetes mellitus*, Bsp. 8 *bei Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz*). Darüber hinaus können in der Präpositionalphrase diagnosebezogene Symptome, klinische Befunde oder Einfluss- und Risikofaktoren stehen. In Beispiel 6 werden konkrete klinische Werte genannt:

6. Ivabradin wird eingesetzt *bei Patienten mit EF ≤ 35 %, Sinusrhythmus ≥ 70/min und persistierenden Symptomen (NYHA II–IV) trotz β-Blocker, ACE-Hemmer und MRA sowie bei Patienten mit β-Blocker-Unverträglichkeit, EF ≤ 35 % und Sinusrhythmus ≥ 70/min.*⁶⁵

Das Beispiel 6 zeigt, wie PatientInnen durch die Kombination von mehreren logischen Bedingungen einem möglichst präzise definierten PatientInnenkollektiv zugeordnet werden. Durch Aufzählungen in Verbindung mit Konnektoren *und*, *sowie*, *trotz* wird hier eine Teilmenge von PatientInnen möglichst konkret bestimmt. Dieses Beispiel zeigt die Verzahnung des medizinischen kausalen Denkens mit der impliziten Grundlage der Mengenlehre und formalen Logik. Vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Medizin und deren Methodik der statistischen Auswertung werden Symptombeschreibungen darüber hinaus in quantifizierende Kontexte eingebettet (vgl. *Mindestens 20 % der Myokardinfarkte* in Beispiel 7 weiter unten). Die Wortverbindung *bei Patienten mit* belegt unter den 3-Gram-

⁶⁴ Patientinnen gibt es in IM-Lehrbüchern kaum und in dieser Konstruktion gar nicht.

⁶⁵ Baenkler et al.: Kurzlehrbuch Innere Medizin, Stuttgart, New York ³2015, 64 (= Korpustext IM3).

men in IM-Lehrbüchern Rang 3, es ist also die dritthäufigste Dreiwortkombination (nach *in der Regel* und *kommt es zu*). In der HP steht sie hingegen auf Rang 252 und spielt keine konzeptuell wichtige Rolle. Dieser markante Unterschied verdeutlicht aus quantitativer Sicht die Tatsache, dass die Kategorisierung von PatientInnen anhand der Diagnose in der IM eine zentrale, in der HP dagegen eine untergeordnete bis keine Rolle spielt.⁶⁶

Die Beispiele 7, 8 und 9 verdeutlichen, dass die Symptome in der IM nach deren Quantität, Ausprägung und Typizität in Bezug auf die Diagnose beschrieben werden.

7. „Stummer Infarkt“/*atypische Symptomatik*. Mindestens 20 % der Myokardinfarkte manifestieren sich ohne begleitende Schmerzsymptomatik. Diese „stummen“ Infarkte treten gehäuft *bei Patienten mit Diabetes mellitus* oder bei sehr alten Patienten auf, deren Schmerzwahrnehmung aufgrund einer autonomen Neuropathie vermindert sein kann.⁶⁷
8. Diese Adaptationsmechanismen *erklären* die oft jahrelange *Symptomfreiheit oder armut bei Patienten mit Mitralklappeninsuffizienz*.⁶⁸
9. Die meisten Hypertoniker sind *asymptomatisch*, solange keine kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Komplikationen auftreten. Die Hypertonie ist daher sehr häufig eine Zufallsdiagnose.⁶⁹

Symptome können nach dieser Logik *typisch* oder *atypisch sein* (Bsp. 7). Es kann *Symptomfreiheit oder -armut* (Bsp. 8) vorkommen, was dazu führt, dass PatientInnen *asymptomatisch* sind (Bsp. 9). Dabei kann sich das Attribut *(a)symptomatisch* in der IM auf ganz unterschiedliche Entitäten beziehen. Nicht nur PatientInnen sind *(a)symptomatisch*, sondern auch einzelne Organe, Diagnosen, Krankheitsstadien oder konkrete Therapiemaßnahmen. Das Beispiel 8 zeigt darüber hinaus die implizite Annahme kausaler Logik. Ohne sie würden Adaptionsmechanismen die Symptomfreiheit oder -armut nicht *erklären* können.

Die bisherigen Beispiele stellen Fälle der expliziten Versprachlichung des Symptomkonzeptes dar. Das folgende Beispiel ist ebenfalls problemlos als Versprachlichung einer Symptomatik zu identifizieren, wenn auch der Symptombegriff hier nicht explizit genannt wird.

66 In der HP wird ebenfalls die Patientenrolle anders verstanden als in der IM. Auf diese Unterschiede kann hier allerdings aus Platzgründen nicht näher eingegangen werden.

67 Korpustext IM1, Braun & Müller-Wieland, Basislehrbuch Innere Medizin, 93.

68 Ebd., 179.

69 Wolfgang Piper: *Innere Medizin*. Berlin, Heidelberg 2013, 24 (= Korpustext IM4).

10. Periphere Zyanose: *Blaufärbung insbesondere der Akren (Nase, Lippen, Ohren, Finger, Zehen)*; verursacht durch vermehrte O₂-Auschöpfung des Kapillarblutes in der Peripherie bei erniedrigtem Herzzeitvolumen. [...] ⁷⁰

Es handelt sich um eine implizite Versprachlichung. Die Lesart von *Blaufärbung der Akren* als Symptom für *periphere Zyanose* ergibt sich zum einen aus der sequentiellen Strukturposition der Passage im ganzen Kapitel (Textgliederung, Kapitelüberschriften, Überschriften kleinerer Abschnitte) und zum anderen wird sie durch den Doppelpunkt verdeutlicht. Die Verwendung von Doppelpunkt geht mit dem Nominalstil und mit stichpunktartigen (fast checklisten-artigen) Ausführungen einher, die in IM-Lehrbüchern eine häufige Vertextungsstrategie darstellen. Ein anderes Beispiel für die implizite Versprachlichung des Symptomkonzeptes findet sich im Beispielsatz 5. Hier wird die kausale Kette von *restriktiver Lungenerkrankung* (Diagnose) über *kleine Lungenvolumina* (Symptom 1) zu *flacher, rascher Atmung* (Symptom 2) gebildet. Die Symptome werden nicht als solche benannt, sondern durch *d.h.* und *entsprechend* implizit in die Kausalkette eingebunden.

4.2 Symptomkonzept in der Klassischen Homöopathie

Wenn man ohne jede Kenntnis des homöopathischen Symptomkonzeptes einen homöopathischen Fachtext liest, setzt man automatisch das medizinische Symptomkonzept bzw. das Laienkonzept voraus. Die Analysen von HP-Lehrbüchern machen deutlich, dass diese konzeptuelle Annahme die Lektüre behindert. Anhand der Auswahl der Beispielsätze soll diese Leseerfahrung illustriert werden. Dabei kann das zum denkstilgemäßen Verständnis der zitierten Passagen benötigte Hintergrundwissen an dieser Stelle nicht in aller Ausführlichkeit präsentiert werden. Stattdessen werden einige wesentliche Aspekte kommentiert. Ziel ist es dabei, das präsupponierte, also implizit bleibende homöopathische Grundlagenwissen herauszuarbeiten und die wichtigen sprachlichen Muster damit in Verbindung zu bringen.

Die ersten drei Belege stehen hier stellvertretend für die Einbettung in Wortbildungsmuster:

⁷⁰ Korpustext IM2, Greten & Rinninger & Greten, Innere Medizin, 413.

1. Zum Auffinden eines *Patientensymptoms* im Repertorium sind folgende Punkte entscheidend: [...]⁷¹
2. Die umfangreichsten Zusammenstellungen dieser *Arzneimittelsymptome* (= *Materie medica*) stammen unter anderem von T.F. Allen [...] und von Hering [...].⁷²
3. Hering war der Ansicht, dass die zuletzt erscheinenden *Prüfungssymptome* die *wichtigsten* und für die Arzneiwahl *nützlichsten* sein sollten, da die ersten *Symptome aller Arzneiwirkungen* meist sehr *gewöhnlich* sind, z.B. Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Übelkeit; die *mehr spezifischen und eigentümlichen Symptome* treten erst später auf.⁷³

Die sehr prägenden Komposita *Patientensymptom* (Bsp. 1), *Arzneimittelsymptom* (Bsp. 2), und *Prüfungssymptom* (Bsp. 3), deuten an, dass Symptome nicht nur auf die Krankheit (*Krankheitssymptom*) bezogen werden. Während die Bildung von Komposita wie *Krankheitssymptom* oder *Asthmasymptom* mit dem medizinischen Sprachgebrauch übereinstimmt, sind Komposita wie *Patientensymptom*, *Arznei(mittel)symptom* oder *Prüfungssymptom* aus Sicht des medizinischen Denkstils schwer zu verstehen und sind in der IM nicht produktiv. Das gilt ebenfalls für Genitivphrasen wie *Symptome aller Arzneiwirkungen*, in denen Symptome anderen Entitäten zugeschrieben werden als Krankheiten. Die Bildung solcher Komposita und Phrasen präsupponiert zentrale Annahmen des homöopathischen Denkstils. Diese werden anhand der weiteren Beispiele diskutiert.

In Beispiel 4 werden mehrere homöopathische Grundannahmen verdichtet:

4. Ein *sehr ausgeprägtes Symptom* sollte im *richtigen Mittel* immer vorhanden sein.⁷⁴

Mit *Mittel* wird hier auf ein homöopathisches Arzneimittel verwiesen. Dass ein Symptom in einem *Mittel vorhanden sein* soll, bedeutet, dass das Symptom des Patienten/der Patientin in der Symptomenreihe des konkreten Arzneimittels auftreten sollte. Um das zu verstehen, muss man wissen, dass das Ziel der homöopathischen Anamnese und Therapieplanung darin besteht, die Symptome des Patienten/der Patientin möglichst in Einklang

71 Jan Geißler, Thomas Quak (Hg.): *Leitfaden Homöopathie*. München ³2017, 155 (= Korpustext HP4).

72 Ebd., 149.

73 Luc De Schepper: *Hahnemann im Brennpunkt. Praktisches Lehrbuch der klassischen Homöopathie*. Kanderne ²2009, 64 (= Korpustext HP7).

74 Volker Schmiedel, Matthias Augustin (Hg.): *Leitfaden Naturheilkunde. Methoden, Konzepte und praktische Anwendung*. München ⁷2017, 29 (= Korpustext HP6).

mit Symptomenreihen homöopathischer Arzneimittel zu bringen. Die homöopathische Arbeit basiert auf der Erstellung und dem Abgleich von zwei Symptomenreihen: Symptome des Patienten/der Patientin, die anamnestisch erhoben wurden, werden verglichen mit Symptomen jeweils relevanter Arzneimittel. Hier kommt das zentrale homöopathische Prinzip zum Tragen – das Ähnlichkeitsprinzip, nach dem die zwei Symptomenreihen hinsichtlich deren Ähnlichkeit abgeglichen werden („homöo“ steht für ‚ähnlich‘). Zur Versprachlichung der Ähnlichkeit werden häufig die Konzepte der Passung (ein Patientensymptom *passt* zu einem bzw. für ein Mittel oder umgekehrt, vgl. Bsp. 6 weiter unten) und der Deckung verwendet (ein Mittel *deckt* die Patientensymptome *ab*).

Weiterhin wird präsupponiert, dass die Klassische Homöopathie stets nur ein Arzneimittel verschreibt. So ist es das Ziel, das einzige *richtige Mittel* für den konkreten Patienten/die Patientin zu finden. Die homöopathische Zuordnung des richtigen Mittels zu einem Patienten/einer Patientin führt zu sprachökonomischen Bezeichnungen von PatientInnen durch den Namen eines Mittels, das in ihrem konkreten Krankheitsfall das richtige Heilmittel darstellt. Es ist typisch für die HP, dass die Grenzen zwischen Arzneimitteln und PatientInnen sprachlich durchlässig sind bis ganz verwischt werden. Dafür sprechen Komposita nach dem Muster [Arzneimittelname-PatientIn] wie *Sepia-Patientin* oder Formulierungen wie *Sepia weint oft beim Erzählen ihrer Symptome*.

Nicht alle Symptome fließen in die finale Arzneimittelwahl ein, sondern nur die *sehr ausgeprägten Symptome* (Bsp. 4) und das sind Symptome, die *eigentlich für den Patienten und nicht typisch für den Zustand* sind (Bsp. 5).

5. Gehen Sie aber sicher, dass die Periodizität eines Symptoms *eigentlich für den Patienten und nicht typisch für den Zustand* ist (so wie die monatliche Wiederkehr von menstruellen Symptomen oder das Malariafieber, das jeden dritten Tag auftritt), was bedeuten würde, dass es sich um *ein gewöhnliches und damit wertloses Symptom* handelt.⁷⁵

Symptome, die typisch für die Krankheit sind (also auf die Diagnose verweisen), sind für die homöopathische Behandlung weniger relevant, sie sind *gewöhnlich und damit wertlos* (Bsp. 5, vgl. auch die Gegenüberstellung von *gewöhnlich* vs. *spezifisch und eigentlich* in Bsp. 3. Letztere sind die *wichtigsten und nützlichsten* Symptome). Die Formulierung *ein sehr ausgeprägtes Symptom* (Bsp. 4) verweist auf ein hermeneutisches Verfahren hin, in

⁷⁵ Korpustext HP7, De Schepper, Hahnemann im Brennpunkt, 245.

dem die Patientensymptome *geordnet, hierarchisiert*, nach bestimmten Kriterien *gewählt* (alles Bsp. 6) und *repertorisiert* werden (Bsp. 7).

6. Es besteht die Notwendigkeit den Fall in seiner Gesamtheit aufzunehmen, die *Symptome zu ordnen, zu hierarchisieren* und das Mittel zu *wählen*, das auch *für die Beschwerden außerhalb der Reizkolonsymptomatik passt*.⁷⁶
7. Um die Symptome der Varikose *korrekt zu repertorisieren*, müssen u. a. die Unterrubriken der *Repertoriumsabschnitte* Extremitäten – Schmerz und Extremitäten – Schwellung berücksichtigt werden.⁷⁷

Repertorisieren stellt ein terminologisches Verb dar, das von dem zentralen homöopathischen Hilfsmittel, dem *Repertorium*⁷⁸, abgeleitet ist. HP-Lehrbücher weisen eine Bandbreite an Verben auf, die kognitive Operationen (z.B. *sortieren, ordnen, bewerten* etc.) und praktische Tätigkeiten (z.B. *unterstreichen, markieren*) des Homöopathen/der Homöopathin im Prozess der Symptomanalyse versprachlichen. Dadurch wird der Erkenntnisprozess von der Anamnese über die Symptomanalyse bis hin zur Arzneimittelwahl deutlich.⁷⁹ Mit ihm zusammen wird der Homöopath/die Homöopathin als wahrnehmender, denkender, fühlender und aktiv handelnder Mensch sichtbar. Dies ist ein Kontrast zu IM-Lehrbüchern, in denen die ÄrztInnen sprachlich beinahe unsichtbar sind. Hand in Hand mit dieser Sichtbarmachung und Subjektivierung des Erkenntnisprozesses geht die Betonung der Verantwortung für diesen Prozess einher, die in einer Fülle an Adjektiven wie *sicher, gesichert, richtig, gründlich* oder *korrekt* (Bsp. 7) Ausdruck findet.

Konstruktionen [Symptom/e Genitivphrase] und [Symptom/e von Präpositionalphrase] kommen in HP-Texten genauso vor wie in IM-Texten, allerdings unterscheiden sich die Füllungen erheblich. Während in IM-Lehrbüchern Symptome konkreten Krankheiten zugeschrieben werden, wird diese syntaktische Position in der Homöopathie

⁷⁶ Korpustext HP4, Geißler & Quak, Leitfaden Homöopathie, 324.

⁷⁷ Ebd., 293.

⁷⁸ Repertorien (von lat. *repertire* = wiederauffinden) sind Symptomeverzeichnisse, die nach verschiedenen Ordnungskriterien erstellt wurden. Ihre Aufgabe ist es, „das Auffinden eines Symptoms und der jeweils dazu passenden Arzneimittel in der täglichen Praxis [zu] erleichterten.“ (Korpustext HP4, Geißler & Quak, Leitfaden Homöopathie, 149)

⁷⁹ Siehe Birgit Stammberger, die sich der Verortung der Psychoanalyse zwischen den Naturwissenschaften und der Hermeneutik widmet. Manche ihrer Erkenntnisse zur Psychoanalyse können gut auf den Diskurs über Homöopathie übertragen werden (vgl. Birgit Stammberger: *Wissenschaftlichkeit als Herausforderung und das Scheitern der Psychoanalyse. Freud im Kontext von Hermeneutik und empirischer Wissenschaft*. Berlin, Boston 2018. <https://doi.org/10.1515/jbpa-2018-0014>).

variabler gefüllt. Typisch sind Füllungen *Symptome der Krankheit*, *Symptome des Patienten*, *Symptome der Arzneimittel*, *Symptome der Arzneimittelprüfung* und *Symptome von [konkreter Arzneimittelname]*. Die Formulierung *Symptome der Krankheit* kann problemlos an den medizinischen Sprachgebrauch angeschlossen werden (vgl. Bsp. 8 *Symptome der chronischen Erkrankung* und *Symptome des akuten Angina-pectoris-Anfalls*).

8. Bei der Anamnese müssen folgende Aspekte erfragt und berücksichtigt werden.
 - *Symptome der chronischen Erkrankung*, die *alle Aspekte der Krankengeschichte* sowie *alle nicht krankhaften Symptome und Zeichen des Patienten* erfasst.
 - *Symptome des akuten Angina-pectoris-Anfalls* in allen Einzelheiten mit allen beteiligten Umständen.⁸⁰

Die Formulierung *Symptome des Patienten* bzw. *der Patientin* scheint ebenfalls gemäß dem medizinischen Denkstil verständlich. Allerdings muss bedacht werden, dass das Konzept breiter angelegt ist. Das macht das Beispiel 8 deutlich, indem auch *alle Aspekte der Krankengeschichte* sowie *alle nicht krankhaften Symptome und Zeichen des Patienten* erfasst werden sollen. Weiter oben in Beispiel 6 wird explizit erwähnt, dass das Mittel auch für *Beschwerden außerhalb der Reizkolonsymptomatik* (und damit der Diagnose) passen soll. Somit geht es weniger um Symptome der Krankheit, die am Patienten/an der Patientin beobachtet werden, sondern mehr um Symptome als individuelle Auffälligkeiten der erkrankten Person in ihrer konkreten Krankheit und Lebenssituation. Vor diesem Hintergrund erscheinen die Begriffe *Gesamtheit der Symptome*, *Symptomengesamtheit* und *Symptomtotalität* als ein zentraler Kontext des expliziten Symptombegriffes. Die Gesamtheit umfasst körperliche und psychische Symptome sowie weitere Aspekte wie Lebensstil, Beruf oder Familiensituation.

Die Konstruktionen *Symptome der Arzneimittel*, *Symptome der Arzneimittelprüfung* und *Symptome von [konkreter Arzneimittelname]* sind spezifisch für die Homöopathie und können ausgehend vom medizinischen Denkstil nicht vollständig nachvollzogen werden.

⁸⁰ Korpustext HP4, Geißler & Quak, Leitfaden Homöopathie, 270-271.

9. „Beschwerden beim Herannahen von Gewitter“ ist ein *Leitsymptom von Rhododendron*.⁸¹

Um die Konstruktion *Symptome von [konkreter Arzneimittelname]* als solche überhaupt erkennen und verstehen zu können, muss man die homöopathische Arzneimittelterminologie kennen. Ohne diese Kenntnis ist im Beispiel 9 nicht nachvollziehbar, dass *Leitsymptom von Rhododendron* auf ein zentrales Symptom eines Arzneimittels verweist und nicht auf eine Pflanze. Ebenfalls ist es ohne Vorwissen schwer zu verstehen, inwiefern *Beschwerden beim Herannahen von Gewitter* ein Leitsymptom eines Arzneimittels oder gar einer Pflanze darstellen können und warum sie in Anführungszeichen stehen. Die Verwendung von direkter Rede und (inszenierten) Zitaten zur Symptombeschreibung ist typisch für die HP. Die Zitate speisen sich aus PatientInnenformulierungen im Anamnesegespräch und aus Prüfungsprotokollen, die im Repertorium festgehalten und zur Arzneimittelfindung herangezogen werden. Die Zitate werden auf der sprachlichen Oberfläche allerdings nicht den PatientInnen zugeordnet, sondern zumeist den Arzneimitteln wie in Beispiel 10:

10. „Verlangen nach Süßem und Salzigen“ ist ein *Leitsymptom von Argentum nitricum* und in dieser Kombination *typisch für dieses Arzneimittel*. Das isolierte Verlangen nach Süßem oder Salzigen wird dagegen bei sehr vielen Arzneimitteln gefunden.⁸²

Die Analyse der Füllungen der GenP zeigt, dass in der HP ein breiteres Spektrum von Verwendungsweisen vorkommt als in der IM. Erstens kommen Instanziierungen des Musters vor, die völlig konform mit dem IM-Sprachgebrauch sind (z.B. *Symptome der Erkrankung*). Zweitens werden die Genitivkonstruktionen in einer ähnlichen, aber breiteten Bedeutung verwendet, die durch die spezifische homöopathische Kontextualisierung geprägt ist (z.B. *Symptome der Krankheit/Diagnose*, *Symptome des Patienten*). Drittens gibt es HP-spezifische Verwendungsweisen, die keine Entsprechung in der IM haben (z.B. *Symptome der Arznei*, *Symptome des Arzneimittels*, *Symptome der Arzneimittelprüfung*).

Beispiel 11 verweist abschließend auf eine komplexe Thematik, die an dieser Stelle nur angedeutet werden kann:

⁸¹ Ebd., 143.

⁸² Ebd.

11. Symptomarme Fälle: Ein „stummer“ Fall (auch als „symptomarmer“ Fall bezeichnet) ist ein Fall, bei dem *der Patient nur wenige Symptome hat*, sich aber rundum krank fühlt. Warum liegen nur wenige Symptome vor? *Ist die Lebenskraft schwach, so schafft sie es vielleicht nicht, Symptome an die Oberfläche zu bringen.* Sehr kranke Patienten, auch Sterbende, *weisen oft einen Mangel an Symptomen auf.*⁸³

In der Homöopathie sind die Konzepte Symptom, Krankheit, Gesundheit, Patient und Behandlung eng verbunden mit dem spezifischen Konzept der Lebenskraft. Die Lebenskraft tritt in HP-Lehrbüchern als ein handelnder und fühlender Akteur auf. Symptome, die PatientInnen *haben* bzw. *aufweisen*, werden von der Lebenskraft produziert und aus dem Körperinneren an die Oberfläche *gebracht, befördert* u.ä., um den Weg zur richtigen Arznei zu weisen. Symptome sind somit *Wegweiser*. Die Versprachlichung verweist auf Lebenskraft als ein teleologisches Prinzip.⁸⁴ Dieses Konzept und seine Einbettung in den homöopathischen Denkstil sind dem medizinischen Kausaldenken fremd.

4.3 Implikationen des Symptomkonzeptes für die Praxis

Die unterschiedliche Konzeptualisierung von *Symptom* hat nicht nur theoretische Auswirkungen, sondern ebenfalls Implikationen für die Praxis. Im Folgenden sollen einige Implikationen genannt und kommentiert werden. Die Kommentare basieren auf der Lehrbuchanalyse und sind als Gedankenanstöße zu verstehen. Ihre empirische Überprüfung sollte Gegenstand weiterer Studien werden.

Ein häufig genannter Unterschied zwischen der akademischen Medizin und der Homöopathie ist das Anamnesegespräch, das in der homöopathischen Praxis über eine Stunde lang sein kann, während es beim Hausarzt oder der Fachärztin zumeist deutlich kürzer bleibt.⁸⁵ In der Regel werden im öffentlichen Diskurs das zeitaufwändige Anamnesegespräch und die Hinwendung zum Patienten/zur Patientin als Erklärung dafür herangezogen, dass viele Menschen der Homöopathie vertrauen. Ein wissenschaftsjournalistischer

⁸³ Korpustext HP7, De Schepper, Hahnemann im Brennpunkt, 271.

⁸⁴ Vgl. Schmidt: Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns, 176-181.

⁸⁵ Die Stiftung Gesundheitswissen gibt die durchschnittliche Gesprächslänge mit 8 Minuten an. Da die Anamnese nur einen Teil des Gesprächs bildet, beläuft sich diese entsprechend auf nur wenige Minuten. (O. A.: Gut vorbereitet – so gelingt das Gespräch mit dem Arzt. In: *Stiftung Gesundheitswissen* (17. Dezember 2020). <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesundes-leben/patient-arzt/gut-vorbereitet-so-gelingt-das-gespraech-mit-dem-arzt> (2.2.2025).)

Beitrag auf quarks.de macht diese Argumentation exemplarisch deutlich.⁸⁶ Dort wird unter der Überschrift „Warum vertrauen so viele Menschen auf Homöopathie?“ das „Erstgespräch von homöopathischen Ärzt:innen“ hervorgehoben und es wird geschlussfolgert: „Die meisten fühlen sich so ernster genommen mit ihren Leiden und auch besser beraten, als wenn sie nach kurzer Zeit schnell ein Antibiotikum verschrieben bekommen.“⁸⁷ In solchen Argumentationen wird vor allem der Faktor Zeit betont. Was nicht beachtet wird, ist die Tatsache, dass die Unterschiede in der Herangehensweise und im zeitlichen Umfang des Gesprächs maßgeblich von dem Symptomverständnis abhängen. Anamnese-gespräche sind strukturiert und routinisiert. Je nach dem vertretenem Symptomverständnis fokussieren sie auf spezifische Aspekte und sie sind ebenfalls durch das räumliche Setting und durch Nebentätigkeiten der behandelnden Person geprägt – z.B. paralleles Tippen in den Computer zwecks Diagnoseeintragung und Medikamentenauswahl in der Medizin bzw. paralleles Notieren von Patientenformulierungen und äußerer Erscheinung (Körperhaltung, Aufregung, Sprechtempo etc.) in der Homöopathie. Das Ziel und der Ablauf des Gesprächs sind maßgeblich dadurch mitbestimmt, was unter Symptomen verstanden wird und wie diese im Gespräch elaboriert werden können.

Der Erkenntnis- und Kategorisierungsprozess, den die behandelnde Person durchlaufen muss, ist sehr unterschiedlich. Der Arzt/die Ärztin muss am Ende des Prozesses eine gesicherte Diagnose stellen und die passende Therapieoption wählen. Der Homöopath/die Homöopathin muss eine Symptomanalyse und Repertorisation durchführen und das richtige Arzneimittel auswählen. Diese Prozesse sind wesentlich von dem Symptomverständnis abhängig. Da die Homöopathie ein ganzes Spektrum an nicht pathologischen Lebenserscheinungen unter *Symptom* fasst – z.B. Beruf, Lebensstil, Ernährung, Familiensituation, Emotionen, Sexualität, Qualität der Menses u.v.m. –, muss das Anamnese-gespräch entsprechend diesen privaten und potenziell heiklen Themen vorbereitet und geführt werden, was u.a. durch Raumanordnung, Gesprächsatmosphäre, Gesprächsführung unterstützt wird. In einem HP-Lehrbuch werden diese Aspekte mit Vertrauen in Verbindung gebracht: „Echte Symptome (im homöopathischen Sinne) lassen sich nur aus dem Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens ermitteln.“⁸⁸ Entsprechend dem

86 Vgl. Lucas Tenberg, Ildiko Holderer, Stefanie Uhrig: Alternative Medizin. Darum ist Homöopathie wissenschaftlich nicht nachvollziehbar. In: *Quarks* (19. Dezember 2023). <https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/homoeopathie-wissenschaftlich-nicht-nachvollziehbar/> (2.2.2025).

87 Beide ebd.

88 Gerhard Köhler: *Lehrbuch Homöopathie*. Bd. 1: *Grundlagen und Anwendung*. Bearbeitet von Dieter Gabányi. Stuttgart ¹⁰2012, 48 (= Korpustext HP3).

jeweiligen Symptomkonzept richtet sich also der Fokus der Homöopathie im Anamnese-gespräch auf andere Aspekte als in der akademischen Medizin.

Die vielfach festgestellte Andersartigkeit des homöopathischen Anamnese-gesprächs wird in HP-Lehrbüchern thematisiert. Im homöopathischen Anamnese-gespräch werden mit ziemlicher Sicherheit Aspekte zum Thema, die nach Einschätzung der PatientInnen keine Relevanz besitzen und mit dem empfundenen Problem bzw. der Diagnose nicht zusammenhängen.⁸⁹ Je nach Leidensdruck, Vorerfahrungen, Voreinstellung, Wissensho-rizont, konkreter Lebenssituation etc. kann eine solche, etwas befremdliche Erfahrung dazu führen, dass die Person nie wieder eine homöopathische Praxis aufsuchen wird. Die Erfahrung kann aber auch positiv gedeutet werden. Erlebte Zuwendung sowie vertrau-ensvolle Arzt-Patienten-Kommunikation sind wichtige Momente, die Heilungschancen erhöhen können und im Rahmen der Debatte zu Placebo bzw. Nocebo in der Medizin diskutiert werden.⁹⁰

Ähnliches kommt vor, wenn man ohne homöopathischen Wissenshintergrund homöopathische Fachtexte liest oder HomöopathInnen sprechen hört. Aus der Denkstiltheorie von Fleck folgt, dass ein abweichender Sprachgebrauch potenziell zur Hemmung der Vertrauensbildung führen kann und dass denkstilfremder Sprachgebrauch nur geringe Chancen hat, Überzeugungskräfte zu entfalten.⁹¹ Auf gesellschaftlicher Ebene fördern die unterschiedlichen Symptomkonzepte die Bildung spezifischer Denkkollektive und fachlicher Identitäten. Denkstilbedingte Muster des Erkennens, Denkens und sprachlichen Handelns sind somit ein Motor der öffentlichen Kontroverse. Sie zu reflek-tieren kann dabei helfen, die Debatte auf wesentliche Aspekte zu lenken, über die sachlich diskutiert werden kann.

89 Diese Erfahrungen wurden ebenfalls in Diskussionen nach meinen Vorträgen thematisiert.

90 Auf die komplexe Placebodebatte kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Siehe dazu u.a. die Arbeit des SFB „Treatment Expectation“ <https://treatment-expectation.de/vision-ziele/forschungs-verbund> (14.4.2025).

91 Vgl. Schäfer, Pavla: Überzeugungskräfte und Vertrauen im Homöopathiediskurs – eine Betrachtung aus linguistischer Perspektive. In: Mathis Lessau/Hans-Christian Riechers (Hrsg.): *Überzeugungskräfte. Über das Vertrauen in Wissenschaft (und Pseudowissenschaft)*. Paderborn 2026, 98-127. Open Access <https://doi.org/10.30965/9783846769324> (18.12.2025).

5. Interpretation anhand der Denkstiltheorie von Fleck

Vor dem Hintergrund der Denkstilehre kann *Symptom* als ein zentrales Konzept des jeweiligen Denkstils interpretiert werden. Es kann gezeigt werden, dass die Versprachlichung des jeweiligen Symptomkonzeptes die Grenzen der Denkstile markiert. Innerhalb eines Denkkollektivs führen die jeweiligen denkstilgemäßen Versprachlichungsmuster zum schnellen Erkennen, Erfassen und Verstehen von Gedanken. Ohne eine Einführung in den anderen Denkstil ist Missverstehen und Nichtverstehen die Folge. Die Analyse zeigt somit die Denkstilgebundenheit der Versprachlichungsmuster und ihre Leistung für die Verfestigung von Denkkollektiven einerseits sowie für die Kontroverse zwischen Denkkollektiven andererseits.

Die Symptomkonzepte in der IM und HP unterscheiden sich und führen zu unterschiedlichen sprachlichen Routinen. Ganz im Sinne von Flecks Beispielen reichen oft nur einzelne Begriffe oder Kollokationen aus, um die Zugehörigkeit zu einem der beiden Denkkollektive sichtbar zu machen. In der HP wären es z.B. *Arzneimittelsymptome*, *Lebenskraft*, *die Gesamtheit der Symptome* oder *repertorisieren*. In der IM wären es Beispiele wie *Verdachtsdiagnose* oder *klinischer Befund*. Auch die kontextuelle Einbettung der Begriffe kann unterschiedlich sein. In der IM werden bei einer *Differenzialdiagnose* mehrere Diagnosen in Beziehung zueinander gesetzt. In der HP wird hingegen eine *Differentialdiagnose der Arzneimittel* durchgeführt. Auch sprachliche Routinen auf anderen Ebenen sind typisch für die Denkstile. In der IM sind die morphosyntaktische Konstruktion [*bei Patienten mit x*] und ihre Einbettung in Kausalketten sehr prägend. In der HP ist die Konstruktion nur marginal und Kausalketten werden kritisiert. Dieser Unterschied hängt wiederum mit dem sehr unterschiedlichen Status des Diagnosekonzeptes, das in der Medizin absolut zentral ist, während es für die Arzneimittelwahl in der Klassischen HP eine untergeordnete Rolle spielt. Auf der pragmatischen Ebene ist in der HP die Verwendung der direkten Rede zentral – eine Praktik, die in der IM nicht vorkommt. Ebenfalls auf der textgrammatischen und stilistischen Ebene und in der Textgliederung unterscheiden sich die Lehrbücher erheblich (bspw. narrative Vertextung von ganzen Textabschnitten kommt ausschließlich in HP-Lehrbüchern vor, Nominalstil und Checklisten-artige Absätze sind typisch für die IM, HP-Lehrbücher enthalten separate Abschnitte zur Abgrenzung von der ‚Schulmedizin‘, während die HP in IM-Lehrbüchern bis auf eine Ausnahme keine Rolle spielt).⁹² Diese und weitere Muster des Sprachgebrauchs sind im jeweiligen

⁹² Vgl. Schäfer und Weiß, Text- und Wissensorganisation als Ebene der Variation in Lehrbüchern zur Inneren Medizin und klassischen Homöopathie.

Denkkollektiv denkstilkonform und tragen zur Denkstilverfestigung und zur Bildung einer fachlichen Identität bei. Erst im Vergleich werden die als selbstverständlich angenommenen Routinen relativiert.

Dabei muss allerdings eine Wissensasymmetrie zwischen VertreterInnen der akademischen Medizin und der Homöopathie festgestellt werden, die für die Reflexion des Symptomkonzeptes und die Positionierung im Diskurs relevant ist. Die Unterschiede im Symptomkonzept werden in HP-Lehrbüchern reflektiert. Einen Teil von HomöopathInnen bilden zugelassene ÄrztInnen mit einer Zusatzausbildung in Homöopathie. Die Selbstbezeichnung des Dachverbandes dieser Berufsgruppe lautet „homöopathische Ärzte“⁹³. Sie sind mit dem medizinischen Symptomkonzept natürlich bestens vertraut. In Bezug auf Flecks Theorie wird dadurch deutlich, dass sich Denkkollektive überlappen können, was epistemische Dynamiken ermöglicht. Eine Person kann somit zu verschiedenen Graden in einen Denkstil eingeführt sein. MedizinerInnen, die keine homöopathische Zusatzqualifikation absolviert haben, erhalten durch ihre fachliche Sozialisation keinen Einblick in den homöopathischen Denkstil. Das führt dazu, dass homöopathischer Sprachgebrauch für sie „eine einzige unsinnige Begriffswelt“⁹⁴ darstellt, wie es in der Marburger Erklärung von 1992 heißt.⁹⁵

6. Die Studie als Beitrag zu den Medical Humanities

Die vorliegende Studie deckt konzeptuelle Unterschiede in einem medizinischen Diskurs auf, führt sie der Reflexionsebene zu und ermöglicht damit eine sachliche Diskussion über die Unterschiede. Sie wird als ein linguistischer Beitrag zu den Medical Humanities verstanden. Das dieser Studie zugrundeliegende Projekt wird im Rahmen des Greifswalder Netzwerks Medical Humanities durchgeführt, dessen Sprecherin die Autorin ist.⁹⁶

93 Vgl. deren zentrale Vertretung, den ‚Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte‘. <https://www.dzvhae.de/> (2.2.2025).

94 Der Originaltext der Marburger Erklärung ist inzwischen nicht mehr abrufbar. Im Wortlaut abgedruckt wird sie im Blogbeitrag von Christian Reinboth vom 20. Oktober 2009 „Homöopathie an der Uni: Magdeburg vs. Marburg“ <https://scienceblogs.de/frischer-wind/2009/10/20/homoeopathie-an-hochschulen-uni-magdeburg-vs-uni-marburg/#comments> (10.4.2025).

95 Vgl. Schäfer, Überzeugungskräfte und Vertrauen im Homöopathiediskurs – eine Betrachtung aus linguistischer Perspektive.

96 Vgl. Pavla Schäfer: Greifswalder Netzwerk Medical Humanities. In: *Universität Greifswald* (ohne Datum). <https://phil.uni-greifswald.de/forschung/interfakultaere-zentren/medical-humanities/> (2.2.2025). Zur Geschichte und Vision des Netzwerks vgl. Pavla Schäfer, Marina Iakushevich: Im Gespräch mit... Pavla Schäfer. Greifswalder Medical Humanities – Entstehung, aktueller Stand und Visionen. In: *Re:visit*.

In Bezug auf das Verständnis der Medical Humanities, das die Schweizer Akademien der Wissenschaften 2014 veröffentlichten,⁹⁷ betrifft die vorliegende Studie die folgenden Punkte (Hervorhebung und Nummerierung PS.):

1. Stärkung eines *ganzheitlichen Verständnisses* von Krankheit und Gesundheit und *entsprechender Behandlungskonzepte* in der medizinischen Lehre und Praxis;
2. Schulung und Förderung der Fähigkeiten des Zuhörens, der Aufmerksamkeit und der Empathie;
3. Einbezug der Valorisierung der *Lebensqualität*, insbesondere bei *chronischen Krankheiten* und Personen, die sich in der *letzten Lebensphase* befinden;
4. Reflexion, Kritik und Umgang mit der *Mehrdeutigkeit von Gesundheit und Krankheit*;
5. Förderung der *kritischen Reflexion der Entwicklung der Gesundheitsberufe*;
6. *aktuelle Brennpunkte* zu Aspekten der Gesundheit in einen kulturellen und historischen Kontext stellen;
7. einem an der *Lebensqualität und der je spezifischen individuellen Situation* orientierten Verständnis von Gesundheit und Krankheit den Weg bereiten sowie
8. den *lebensweltlichen Vorstellungen* von Gesundheit, dem „*vorwissenschaftlichen*“ *Laienwissen* sowie den *Alltagsdeutungen* von Gesundheit und Krankheit Rechnung tragen.

Da die Homöopathie einen ganzheitlichen Ansatz vertritt (Punkt 1) und nach diesem Ansatz Gesundheit und Krankheit anders verstanden werden als in der akademischen Medizin, ist der Diskurs um die Homöopathie ebenfalls mit grundlegenden Fragen der medizinischen Theorie und Praxis verbunden. Die Fähigkeiten des Zuhörens, der Aufmerksamkeit und der Empathie (Punkt 2) werden im Homöopathiediskurs häufig thematisiert. Punkt 3 ist im Kontext des Homöopathiediskurses deswegen relevant, weil sich die Homöopathie primär (aber nicht nur) für chronische Krankheiten zuständig sieht und auch im Bereich der Palliativmedizin vertreten ist. Die Verbesserung der Lebensqualität durch homöopathische Arzneimittel ist ein wesentliches Argument von BefürworterInnen der Homöopathie. Punkte 4 und 5 setzen ebenfalls auf dieser Ebene an: Da die

Humanities & Medicine in Dialogue 3.1 (2024), 165-178. <https://doi.org/10.57974/> (18.12.2025). Zum Verständnis der Medical Humanities vgl. Pavla Schäfer: Linguistische Vertrauensforschung und ihr Beitrag zu den Medical Humanities. In: Kristin Bührig, Natalia Filatkina, Wolfgang Imo (Hg.): *Vertrauen und Sprache in Geschichte und Gegenwart*. Berlin, Boston [im Erscheinen].

97 Vgl. Akademien der Wissenschaften Schweiz (Hg.): „Medical Humanities“: Über die Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften für die Medizinal- und Gesundheitsberufe. In: *Swiss Academies Communications* 9.5 (2014), 8-9. https://api.swiss-academies.ch/site/assets/files/10963/medical-humanities_communication0905d.pdf (2.2.2025).

Homöopathie einen grundsätzlich individualisierten Zugang zur Heilung darstellt, wird der Vieldeutlichkeit von Gesundheit und Krankheit und der Bedeutung für den kranken Menschen Rechnung getragen. Die Unterschiede zwischen der Homöopathie und der akademischen Medizin werden in den untersuchten HP-Lehrbüchern durchgängig reflektiert. Dabei werden auch die Herausforderungen der Gesundheitsberufe kritisch reflektiert, wie z.B. die deutliche Zunahme an PatientInnen mit chronischen Krankheiten. Die kritische Reflexion der gängigen medizinischen Praxis trägt ebenfalls dazu bei, dass der Diskurs um die Homöopathie sich zu einem Brennpunkt (Punkt 6) entwickelt hat. Vor dem Hintergrund der geplanten Reform des medizinischen Studiums⁹⁸ und der Entwicklung der Individualisierten Medizin kann eine geisteswissenschaftliche Analyse der Grundlagen beider Ansätze eine wissenschaftlich-neutrale Ausgangsposition für eine neue Diskussion vorbereiten, die nicht bei dem Wirksamkeitsnachweis stehen bleibt. Sie wäre somit eine wertvolle Ergänzung zu den Diskursbeiträgen aus den Naturwissenschaften und der Medizin selbst. In einer Zeit, in der sich die Medizin (wieder) mehr den individuellen PatientInnen und deren spezifischer Krankheit und Situation zuwendet (Punkt 7), erhält die Frage nach dem Verhältnis zu der fast radikal individualisierten Homöopathie eine neue Relevanz.

Nicht zuletzt betrifft der Homöopathiediskurs maßgeblich die Definition von Wissenschaftlichkeit und die historische Entwicklung dieses Konzeptes.⁹⁹ Die der Homöopathie von deren GegnerInnen attestierte Unwissenschaftlichkeit stellt ein zentrales Argument gegen sie dar. Diesem Argument begegnet die Homöopathie durch eine kritische Reflexion des zugrunde liegenden Wissenschaftlichkeitskonzeptes und durch die Darlegung der eigenen Auffassung von Wissenschaftlichkeit. Gleichzeitig scheint es so zu sein, dass die historisch tradierten holistischen Vorstellungen der Homöopathie und das damit verbundene grundlegende Verständnis von Krankheit (Punkt 8) ihren Teil zur Beliebtheit der Homöopathie in der Bevölkerung beitragen.¹⁰⁰

Unter dem Dach der Medical Humanities kann die Linguistik relevante Erkenntnisse erzielen und sie in einen erkenntnisreichen interdisziplinären Dialog einbringen. Die

98 Vgl. dazu Schäfer, Linguistische Vertrauensforschung sowie Schäfer und Iakushevich: Im Gespräch mit ... Pavla Schäfer.

99 Vgl. Thomas Schlich: Wissenschaft. Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung. In: Paul Norbert, Thomas Schlich (Hg.) *Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt am Main 1998, 107-129.

100 Vgl. u.a. Marion Baschin: *Geschichte der Selbstmedikation in der Homöopathie*. Essen 2012. https://www.igm-bosch.de/files/img/pdf-mitarbeiter/baschin/Baschin_Selbstmedikation.pdf (14.4.2025).

Medical Humanities können so zu einer gewichtigen öffentlichen Stimme in Bezug auf medizinische Themen werden und aus geisteswissenschaftlicher Perspektive zur Versachlichung des Diskurses beitragen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Pavla Schäfer

Institut für Deutsche Philologie

Rubenowstraße 3

17491 Greifswald

E-Mail: pavla.schaefer@uni-greifswald.de