

Der Merkurstab

Zeitschrift für Anthroposophische Medizin - Journal of Anthroposophic Medicine

Digitales Archiv

Autor(en)	Tido von Schoen-Angerer, Iracema de Almeida Benevides, Adam Blanning, Thomas Breitzkreuz, Jan Feldmann, Matthias Girke, Rolf Heine, Elma Pressel, Georg Soldner
Titel	Weiterentwicklungen in den Ausbildungen in Anthroposophischer Medizin und die „WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine“
Zeitschrift	Der Merkurstab. Zeitschrift für Anthroposophische Medizin
Publikationsjahr	2022
Jahrgang	75
Heftnummer	1
Heftname	1 Januar/Februar
Seiten	4 - 11
Artikel-ID	DMS-21450-DE
URL	https://www.anthromedics.org/DMS-21450-DE
DOI	https://doi.org/10.14271/DMS-21450-DE
Bibliografische Angabe	von Schoen-Angerer T, de Almeida Benevides I, Blanning A, Breitzkreuz T, Feldmann J, Girke M, Heine R, Pressel E, Soldner G. Weiterentwicklungen in den Ausbildungen in Anthroposophischer Medizin und die „WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine“. Der Merkurstab. Zeitschrift für Anthroposophische Medizin 2022;75(1):4-11. DOI: https://doi.org/10.14271/DMS-21450-DE

Dieser Artikel stammt aus dem Merkurstab-Archiv, das Veröffentlichungen seit 1946 umfasst. Insbesondere bei länger zurückliegenden Arbeiten ist der jeweilige medizinhistorische Kontext zu berücksichtigen.

Dieser Artikel ist urheberrechtlich geschützt und darf nicht ohne Genehmigung weiterverbreitet werden.

Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V.
Herzog-Heinrich-Straße 18
DE-80336 München

www.gaed.de



Anthromedics

Anthroposophic Medicine.
Development. Research. Evaluation.

www.anthromedics.org

Weiterentwicklungen in den Ausbildungen in Anthroposophischer Medizin und die „WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine“

TIDO VON SCHOEN-ANGERER, IRACEMA BENEVIDES, ADAM BLANNING, THOMAS BREITKREUZ, JAN FELDMANN, MATTHIAS GIRKE, ROLF HEINE, ELMA PRESSEL, GEORG SOLDNER

Weiterentwicklungen in den Ausbildungen in Anthroposophischer Medizin und die „WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine“

■ Zusammenfassung

Die Weltgesundheitsorganisation wird in Kürze Ausbildungsstandards für die Anthroposophische Medizin, die „WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine“, veröffentlichen. Diese Veröffentlichung ist das Resultat einer vierjährigen thematischen Zusammenarbeit der Medizinischen Sektion am Goetheanum und der Internationalen Vereinigung Anthroposophischer Ärztgesellschaften (IVAA) mit der WHO. Die Veröffentlichung spiegelt den derzeitigen Stand der anthroposophisch-medizinischen Ausbildungen wider, einschließlich einiger Veränderungen, die in den letzten Jahren durch die Internationale Koordination Anthroposophische Medizin der Medizinischen Sektion (IKAM) in Zusammenarbeit mit den anthroposophischen Berufsverbänden stattgefunden haben.

In diesem Artikel stellen wir dar, wie es zur Zusammenarbeit mit der WHO kam, den Prozess der Erstellung der WHO-Benchmarks und die wichtigsten Änderungen in den Ausbildungscurricula in den letzten Jahren. Außerdem geben wir orientierende Hintergrundinformationen zur Funktionsweise der WHO und einen Ausblick, wie mithilfe dieser WHO-Benchmarks in den nächsten Jahren eine bessere rechtliche Anerkennung der anthroposophisch-medizinischen Ausbildungen auf nationaler Ebene erreicht werden kann.

■ Schlüsselwörter

Anthroposophische Medizin
Komplementärmedizin
Ausbildung
Traditionelle Medizin
Ausbildungsstandards
Anerkennung
Weltgesundheitsorganisation

Further developments in training in anthroposophic medicine and the WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine

■ Abstract

The World Health Organization will soon publish training standards for Anthroposophic Medicine, the “WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine”. This publication is the result of four years of thematic collaboration between the Medical Section at the Goetheanum, the International Federation of Anthroposophical Medical Associations (IVAA) and WHO. The publication reflects the current state of anthroposophic medical training, including some of the changes that have taken place in recent years through the Medical Section’s International Coordination of Anthroposophic Medicine (IKAM), in collaboration with anthroposophic professional associations.

In this article, we outline how the WHO collaboration came about, the process of establishing the WHO benchmarks, and the most important changes in training curricula in recent years. We also provide a short background on the functioning of WHO and an outlook on how these WHO benchmarks can be used in the coming years to achieve better, legal recognition of anthroposophic medical training at the national level.

■ Keywords

Anthroposophic Medicine
Complementary Medicine
Education
Traditional Medicine
Training standards
Recognition
World Health Organization

Einleitung

Die Ausbildungen in Anthroposophischer Medizin (AM) für Ärztinnen und Ärzte und für die verschiedenen Berufsgruppen sind während der letzten 100 Jahre historisch gewachsen. In den ersten Jahrzehnten erfolgte die Ausbildung in der Regel informell durch eine Mitarbeit an einer der anthroposophischen Kliniken. Erst mit der Zeit wurden Ausbildungsgänge mit entsprechend zertifizierten Abschlüssen etabliert und die Rahmencurricula weltweit harmonisiert, in manchen Berufsgruppen sogar erst in den letzten Jahren. Diese Entwicklung wurde entscheidend durch die von Dr. Michaela Glöckler (Leiterin der Medizinischen Sektion am Goetheanum von 1988 bis 2016) zu Beginn des 21. Jahrhunderts begründete Internationale Koordination Anthroposophische Medizin (IKAM) vorangetrieben. Zu den frühen strukturierten Ausbildungen gehören z. B. die Eurythmietherapie (die ein Grundstudium in Eurythmie voraussetzt) oder Ausbildungen in Rhythmischer Massage nach Dr. Ita Wegman. Ein wichtiger Impuls im Zuge der zunehmenden Internationalisierung der AM in den letzten drei Jahrzehnten war das 2002 begründete International Postgraduate Medical Training (IPMT), das an die Medizinische Sektion am Goetheanum angegliedert ist und erstmals eine länder- und z. T. berufsübergreifende Ausbildung einführte.

In den letzten Jahren gab es einige wichtige Weiterentwicklungen in den Ausbildungsgängen, die teils vor und teils parallel mit der Erstellung der WHO-Ausbildungsstandards für die Anthroposophische Medizin, den „WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine“, verliefen (1). Der vorliegende Artikel stellt den Prozess der Erstellung der WHO-Benchmarks und die wichtigsten Änderungen in den Ausbildungscurricula in den letzten Jahren dar. Außerdem geben wir orientierende Hintergrundinformationen zur Funktionsweise der WHO und einen Ausblick, wie mithilfe dieser WHO-Benchmarks in den nächsten Jahren auf eine bessere rechtliche Anerkennung der anthroposophisch-medizinischen Ausbildungen auf nationaler Ebene hingearbeitet werden kann.

Vorgeschichte zum WHO-Prozess

Als der Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMiD) und die US Academy of Integrated Health and Medicine in 2016 einen internationalen Kongress zur Integrativen Medizin in Stuttgart organisierten (2), gelang es, Dr. Zhang Qi, den WHO-Koordinator für Traditionelle, Komplementäre und Integrative Medizin (TCI), als Vortragsredner zu gewinnen. Dr. Zhang Qi kannte die Anthroposophische Medizin vorher nicht und war, wie viele andere Besucherinnen und Besucher des Kongresses, nach einer Führung durch die Filderklinik tief beeindruckt. Daraus ergab sich ein Gespräch zu einer möglichen Zusammenarbeit und Dr. Zhang Qi schlug die Erstellung von Ausbildungsstandards für die Anthroposophische Medizin vor. Bereits 2010 hatte die WHO Ausbildungsstandards („WHO Benchmarks for Training“) für die Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurve-

da, Tuina, Nuad Thai, Unani, Osteopathie und Naturheilkunde veröffentlicht (damals mit der technischen und finanziellen Unterstützung der Lokalregierung der Lombardei, Italien).¹

Die Erstellung von WHO-Ausbildungsstandards für die AM erschien der Medizinischen Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft am Goetheanum (Schweiz) und der Internationalen Vereinigung Anthroposophischer Ärztgesellschaften (IVAA) von Anfang an als eine wichtige strategische Gelegenheit, da WHO-Standards eine entscheidende Argumentationshilfe für die nationale Anerkennung der AM-Ausbildungen und für die Sicherung des Status der AM insgesamt darstellen.

Der WHO-Prozess zur Erstellung der WHO-Benchmarks

In Vorgesprächen in Genf zwischen Dr. Zhang Qi von der WHO, der Medizinischen Sektion und der IVAA war es für die WHO zunächst wichtig, dass eine offizielle Präsenz der AM in mehreren Ländern nachgewiesen werden kann (3). Nur so hatte die WHO als internationale Organisation die Berechtigung, auch internationale Standards für die AM zu erarbeiten. Es wurde darüber hinaus gezielt nachgefragt, wodurch sich die AM spezifisch von anderen traditionellen Systemen unterscheidet. Von unserer Seite – der Medizinischen Sektion und der IVAA – war es eine Voraussetzung, dass alle medizinischen Berufsgruppen der AM in dem Dokument abgebildet werden. Dies wurde von der WHO bejaht, nachdem wir in längeren Gesprächen die Praxis der AM verständlich machen konnten. Die leitenden Vertreterinnen und Vertreter der anthroposophischen Heilpädagogik und Sozialtherapie wünschten aus ihrem Selbstverständnis heraus, nicht mit ihren Ausbildungsstandards in ein solches Dokument miteinbezogen zu werden. Dies wäre auch seitens der WHO mit ihrem Mandat für Gesundheit, nicht Pädagogik, schwierig zu vereinen gewesen.

Im September 2017 unterzeichnete die IVAA mit der WHO einen Projektkooperationsvertrag, in dem auch Zeitplan und Budget festgehalten wurden. Die IVAA erklärte sich bereit, einen Großteil der Kosten zu tragen, und erhielt dafür die großzügige Unterstützung einer anthroposophischen Stiftung. Man kann sich fragen, warum die WHO als staatliche Organisation solche Kosten nicht selbst tragen kann, was sie für ihre eigene Unabhängigkeit eigentlich auch sollte – dazu weitere Erläuterungen unten.

Die WHO ernannte auf Vorschlag der Medizinischen Sektion und der IVAA nun eine anthroposophische Ärztin und einen anthroposophischen Arzt mit erheblicher Vorerfahrung in WHO- und Regierungszusammenarbeit, Iracema Benevides und Tido von Schoen-Angerer, um im Auftrag der WHO den ersten Entwurf des Dokuments zu erstellen. Die Vorgabe der WHO beschränkte sich dabei auf eine Grundstruktur und die ungefähre Länge des Dokuments. Der erste Entwurf wurde daraufhin von beiden Autor*innen, unter maßgeblicher Beteiligung der Medizinischen Sektion und ihren Koordinator*innen für

Anmerkung

1) 2021 erschien die „WHO Benchmarks for the Training of Acupuncture“. „WHO Benchmarks for Training in Yoga“ sind in Vorbereitung.

die verschiedenen Berufsgruppen und anderen anthroposophischen Expert*innen, erstellt. Neben der Erstellung der Texte zu den Ausbildungen wurde auch intensiv um eine angemessene Darstellung des historischen Hintergrunds, der Grundkonzepte der AM und der Definition anthroposophischer Fachbegriffe (etwa für die Wesensglieder des menschlichen Organismus) gerungen, die im Kontext dieses Dokuments konzis, aber so spezifisch wie möglich sein mussten. Die diesbezüglichen ausführlichen internen Abstimmungen führten zu einigen Neuerungen in der englischen Sprachführung zu anthroposophischen Grundkonzepten – etwa der Begriff „formative forces of the human being“ für „Wesensglieder“ –, die künftig in der internen und externen Verständigung hilfreich sein dürften.

Nach einer ersten editorischen Bearbeitung durch die WHO wurde der Text auf einem eigens dafür einberufenen „WHO Working Group Meeting“ im Dezember 2018 ausgiebig besprochen. Das Treffen wurde logistisch vom Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin ausgerichtet. Es nahmen Vertreter*innen der WHO, der Anthroposophischen Medizin und ihrer Berufsgruppen, Expert*innen anderer Medizinsysteme (Traditionelle Chinesische Medizin, Ayurveda, Homöopathie, Naturopathie) und mit TCI befasste Wissenschaftler*innen und Regierungsvertreter*innen teil. (Die vollständige Teilnehmerliste findet sich am Ende der WHO-Benchmarks.) Es waren Teilnehmer*innen von allen Kontinenten vertreten. Dieses Treffen führte zu einer deutlichen Neustrukturierung des Textes und anderen weitreichenden Änderungen, die im Anschluss von Tido von Schoen-Angerer im Auftrag der WHO umgesetzt wurden. In 2019 und 2020 folgten zwei sog. „Global Reviews“, bei der die WHO Gutachten von ca. 200 Expert*innen anfragte. Insgesamt kamen in beiden Reviews jeweils Dutzende von Gutachten zustande, darunter zahlreiche von anthroposophischen Expert*innen; die Gutachten wurden jeweils von Tido von Schoen-Angerer in den Text eingearbeitet.

Im November 2020 fand eine „WHO Expert Consultation“ statt, an der ausschließlich WHO-Vertreter und anthroposophische Expert*innen teilnahmen, um das Dokument auf technischer Ebene abzustimmen und fertigzustellen. Danach erfolgten keine inhaltlichen Änderungen mehr. Das Dokument unterlief noch einen endgültigen editorischen Prozess, WHO-Vorworte wurden erstellt und das Dokument innerhalb der WHO-Organisationshierarchie abgezeichnet.

Innerhalb der AM wurde, zusätzlich zu der Zusammenarbeit mit den oben genannten Gremien, seit 2016 jährlich den Vorständen der anthroposophischen Ärztesellschaften, d. h. den 38 nationalen Mitgliedsgesellschaften der IVAA, Rechenschaft gegeben.

Während des geschilderten Prozesses gab es seitens des WHO-TCI-Teams ein großes, wohlwollendes Interesse für die AM und uneingeschränkter Respekt für ihre Inhalte. Der Prozess hat zumindest innerhalb des kleinen TCI-Teams zu einem vertieften Verständnis der AM ge-

führt. Innerhalb der AM war der WHO-Prozess ein erheblicher Ansporn, die Kohärenz der Gesamtheit der AM-Ausbildungsgänge zu verbessern und sie ggf. zu modernisieren. Als besonders hilfreich erlebten wir das konstruktive „Peer Review“ durch hochrangige Vertreter*innen anderer Medizinsysteme wie der Traditionellen Chinesischen Medizin, Ayurveda u. a. sowie der mit TCI befassten Wissenschaftler*innen und Regierungsvertreter*innen.

Was die WHO-Benchmarks sind und was sie nicht sind

Die WHO-Benchmarks stellen die Mindestanforderungen für die AM-Ausbildungen dar und dienen als Referenz für Länder, die AM-Ausbildungen evaluieren und anerkennen wollen, um eine qualifizierte Praxis zu gewährleisten. (Länder sind allerdings nicht zur Umsetzung verpflichtet.) Die WHO-Benchmarks sollen weiterhin, durch Berücksichtigung etwaiger Kontraindikationen und Minimierung von Nebenwirkungen, eine sichere Praxis der AM fördern (1).

Die WHO-Benchmarks spiegeln den Stand der von der Medizinischen Sektion empfohlenen Ausbildungsstandards wider, d. h. die WHO etabliert keine neuen Standards für die AM, die nicht zunächst selbst von Vertreter*innen der AM etabliert wurden. Etwaige noch ausstehende Anpassungen in nationalen Ausbildungsgängen beziehen sich daher ausschließlich auf die Umsetzung der Ausbildungsrichtlinien der Medizinischen Sektion und der entsprechenden Berufsverbände und sind keine Forderung der WHO. Die WHO-Benchmarks beschreiben die Zugangskriterien zu den Ausbildungen, Ausbildungskerninhalte und Ausbildungsdauer. Spezifische Curricula mit Stundenverteilung sind dem Dokument im Anhang beigelegt und als Beispiele ausgewiesen. Dadurch bleibt das Dokument auch aktuell, wenn die anthroposophischen Berufsverbände in gewissen Curricula Änderungen und Stundenumverteilungen vornehmen wollen.

Die WHO-Benchmarks bedeuten keine WHO-Anerkennung der AM; einen solchen Anerkennungsprozess für TCI-Systeme gibt es bei der WHO nicht. Die WHO hat die Benchmarks erstellt, weil sie die AM als ein international relevantes komplementäres Medizinsystem erachtet und, gemäß ihrer Strategie, eine Hilfestellung zur angemessenen Regulierung der TCI-Ausbildungen geben soll. Sie äußert sich mit diesem Dokument nicht zur Wirksamkeit der AM und spricht keine Empfehlung zu ihrer Anwendung aus. Eine rechtliche Anerkennung der AM-Ausbildungsgänge kann erst auf nationaler Ebene erfolgen.

Die WHO wird keine AM-Ausbildungsgänge oder -stätten akkreditieren; dies ist nicht ihre Funktion. Die Akkreditierung von Ausbildungsgängen wird innerhalb der AM weiterhin auf Grundlage der entsprechenden berufsgruppenspezifischen Handbücher und durch ein von der Medizinischen Sektion anerkanntes Verfahren erfolgen. In denjenigen Ländern, in denen eine Ausbildung auch von den zuständigen Behörden anerkannt

Tab. 1: Verteilung der Ausbildungsstunden – Vergleich zwischen den Berufsgruppen
(übersetzt und adaptiert aus dem Englischen (1))

Core Curriculum	Gesamtstunden	Allgemeine medizinische Kenntnisse, einschließlich wissenschaftlicher Methoden und Grundlagen der Medizin	Anthroposophisches Verständnis von Mensch und Natur, Gesundheit und Krankheit	Spezifische Kompetenzen für die therapeutische Disziplin		Professionalität, Zusammenarbeit, Patientenrechte, Forschung
				Modalitätsspezifische Konzepte und Praxis	Mentorierte Praxis und Projektarbeit	
Ärztin/Arzt	1000	Voraussetzung	250	160	500	90
Krankenpflegerin/ Krankenpfleger	730	Voraussetzung	140	330	220	40
Hebamme	730	Voraussetzung	120	350	220	40
Pharmazeutin/ Pharmazeut	600	Voraussetzung	100	205	245	50
Zahnärztin/ Zahnarzt	500	Voraussetzung	120	130	200	50
Psychotherapeutin/ Psychotherapeut	1000	Voraussetzung	300	230	400	70
Eurythmietherapeutin/ Eurythmietherapeut*	1800**	300	100	550	750	100
Anthroposophische/r Kunsttherapeutin/ Kunsttherapeut*	3000	350	160	1750	650	90
Anthroposophische/r Körpertherapeutin/ Körpertherapeut	1000	Voraussetzung	110	525	300	65

* Eigenständige Berufsausbildung.

** Zusätzliche Ausbildungsstunden finden im Rahmen der Eurythmie-Grundausbildung statt.

ist, können die Ausbildungsgänge, ggf. zusätzlich, von diesen Behörden akkreditiert werden. *Ausbildungen, die dies wünschen, können sich aber darauf berufen, dass sie gemäß der WHO-Ausbildungsstandards für die AM durchgeführt werden.* In der praktischen Umsetzung sollte beachtet werden, dass durch die Veröffentlichung der WHO-Benchmarks keine Rechte zur Nutzung des WHO-Logos, z. B. auf Broschüren, entstehen. Wir raten daher, bei Bedarf die gesamte Titelseite der WHO-Benchmarks für etwaige Vervielfältigungen zu nutzen.

Die Weiterentwicklung der Ausbildungsprogramme in Anthroposophischer Medizin

Der WHO-Prozess war für die IKAM Anlass für eine interne Zusammenschau der AM-Ausbildungen und ihrer Curricula, die sich z. T. in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befanden. So gab es zu Beginn des WHO-Prozesses noch kein internationales Curriculum für die Ärzteausbildung, obwohl es dies schon lange für andere Berufsgruppen gab. Das Internationale Curriculum Kunsttherapie war in den Vorjahren bereits vorbildlich und modern nach zu erwerbenden Kompetenzen formuliert worden, während andere Curricula noch aus langen Listen von Ausbildungsinhalten bestanden.

Wir geben im Folgenden einen stichpunktartigen Überblick über die wichtigsten Veränderungen der Aus-

bildungscurricula, die teils schon vor und teils während des WHO-Prozesses stattgefunden haben.

Alle Ausbildungen betreffend

- Für alle Berufsgruppen sind Kompetenzen als Ausbildungsziele und Evaluierungsparameter formuliert. Ausbildungsinhalte dagegen werden in beispielhaften Curricula gelistet.
- Für alle Berufsgruppen wurde eine Unterteilung der Ausbildungen in thematische Blöcke vorgenommen, um eine bessere Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit zwischen den Berufsgruppen zu ermöglichen (siehe Tab. 1).
- Die Berechnung der Ausbildungszeiten schließt sowohl Kontaktzeiten als auch Selbststudium ein, wie dies für universitäre Ausbildungen schon länger üblich ist. Für mehrere Berufsgruppen entstand dadurch eine scheinbare Erhöhung der Ausbildungszeiten; tatsächlich waren diese aber in ihrer Dauer bisher unterbewertet gewesen. Das Verhältnis von Kontaktzeit zu Selbststudium ist für die Ärzteausbildung 1:1. Dies kann für andere Berufsgruppen aber anders verteilt sein (hierfür gibt es keine internationalen Vorgaben).
- Die Erstellung von Fallberichten für die Abschlussprüfung ist nun für alle Berufsgruppen vorgesehen.
- Für alle Ausbildungen wurde festgelegt, unter wel-

chen Kriterien Berufsgruppen aus anderen TCI-Systemen (z. B. Traditionelle Chinesische Medizin, Naturopathie) Ausbildungen antreten und anthroposophische Ausbildungstitel erlangen können. Diese Frage wurde bereits mehrmals bei IPMTs gestellt und auch von Vertreter*innen anderer TCI-Systeme und der WHO während des „WHO Working Group Meetings“ an uns gerichtet.

- Trotz der genannten Harmonisierungen besteht weiterhin eine historisch gewachsene Heterogenität der Ausbildungen, die sich u. a. auch in recht unterschiedlichen Ausbildungsdauern widerspiegelt.

Spezifisch für die Berufsgruppen

- **Ärzt*innen:** Ein internationales Core Curriculum wurde 2017 erarbeitet und von der Konferenz der Vorstände der anthroposophischen Ärztesellschaften verabschiedet (4). Es ist bereits international implementiert.
- **Pflegende:** Außer den alle Berufsgruppen betreffenden Änderungen gab es für die WHO-Benchmarks nur gewisse sprachliche Anpassungen und Straffungen.
- **Hebammen:** Ein internationales Curriculum wurde erstmals formuliert, in relativ enger Anlehnung an die Pflegeausbildung.
- **Pharmazeut*innen:** Die in 2010 und 2016 von der International Association of Anthroposophic Pharmacists (IAAP) verabschiedeten Dokumente zur Ausbildung in anthroposophischer Pharmazie (5, 6) erfuhr im WHO-Prozess nur einige Präzisierungen und kleine Änderungen.
- **Zahnärzt*innen:** Ein internationales Curriculum wurde erstmals erarbeitet, im Wesentlichen zwischen den etablierten Ausbildungen in Deutschland und Brasilien.
- **Psychotherapeut*innen:** International bestehen erheblich differierende staatliche Vorgaben zu den notwendigen Zulassungskriterien, Ausbildungsinhalten und -zielen, welche jeweils zur Berufserlaubnis und zur Führung des Titels „Psychotherapeutin/Psychotherapeut“ führen. Diese wurden in ausführlichen Abstimmungsprozessen innerhalb des Dachverbandes International Federation of Anthroposophic Psychotherapy Associations (IFAPA) gewürdigt. Schließlich konnte ein verbindliches Curriculum für die Fortbildung in Anthroposophischer Psychotherapie erstellt werden.
- **Eurythmietherapeut*innen:** Dieser Ausbildungsgang ist derzeit in der Weiterentwicklung. Während weiterhin das allgemeine Eurythmiestudium die Voraussetzung für die Zulassung zur Eurythmietherapie-Ausbildung ist, gibt es auf Initiative der Medizinischen Sektion einen eigenständigen Modellstudiengang, der von Anfang an das Studium der Eurythmie und Eurythmietherapie verbindet. Die WHO-Benchmarks stehen solchen Innovationen nicht im Wege.
- **Anthroposophische Kunsttherapeut*innen:** Außer den alle Berufsgruppen betreffenden Änderungen

gab es für die WHO-Benchmarks nur gewisse sprachliche Anpassungen und Straffungen.

- **Anthroposophische Körpertherapeut*innen:** Bereits vor dem WHO-Prozess wurde in den letzten Jahren festgelegt, dass die Körpertherapien eine vorangehende medizinische Berufsausbildung mit Zulassung zur Arbeit an Patient*innen erfordern (wie z. B. Krankengymnastik), da für sie derzeit keine eigenständigen medizinischen Ausbildungsgänge bestehen. (Die Möglichkeit einer zukünftigen eigenständigen Ausbildung ist in den WHO-Benchmarks erwähnt.) Die bislang von der Medizinischen Sektion anerkannten und in den WHO-Benchmarks erwähnten Körpertherapien sind: Rhythmische Massage nach Dr. Ita Wegman („rhythmical massage therapy“), Massage nach Dr. med. Simeon Pressel („Simeon Pressel massage therapy“), Öldispersionsbadetherapie („oil dispersion bath therapy“) und Spatial Dynamics.

Hintergrund zur Weltgesundheitsorganisation

Im Zuge der COVID-19-Pandemie ist die WHO vielfach kritisiert worden. Ohne die Kritikpunkte hier diskutieren zu wollen, scheint es uns daher angebracht, auf die allgemeine Funktionsweise der WHO einzugehen, vor deren Hintergrund uns eine Kollaboration zwischen der WHO und Vertreter*innen der AM gerechtfertigt scheint.

Die WHO besteht aus der World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung), dem WHO Executive Board und dem WHO Sekretariat (WHO-Büro) mit Hauptsitz in Genf und sechs regionalen Büros. Die 1948 als Unterorganisation der Vereinten Nationen gegründete WHO hat sowohl medizinpolitischen als auch medizinisch-fachlichen Charakter, und es ist wichtig, das Zusammenspiel dieser Aspekte zu verstehen (7).

Politische Aspekte der WHO

- Die Gesundheitsministerien der Mitgliedstaaten bestimmen die Ausrichtung der WHO und ihre Prioritäten durch die jährliche World Health Assembly in Genf und durch ihre rotierende Mitgliedschaft im WHO Executive Board.
- Mitgliedstaaten können versuchen, die WHO-Arbeit zusätzlich durch Besetzung von leitenden Posten durch Expert*innen aus dem eigenen Land zu beeinflussen.
- Der WHO-Generaldirektor und das WHO-Büro haben nur beschränkte Macht, denn sie sind das ausführende Organ der Mitgliedstaaten:
 - Die WHO kann Empfehlungen aussprechen, aber es bleibt den Mitgliedstaaten überlassen, sie umzusetzen. Der Einfluss auf Mitgliedstaaten, z. B. für die Verbesserung der Tuberkulosebehandlung in einem Land, muss immer durch viel diplomatisches Geschick erfolgen. Die WHO kann es sich nicht erlauben, wichtige Mitgliedstaaten wie China, die USA, Deutschland usw. öffentlich zu kritisieren.
 - Nur im Falle der selten anwendbaren „International Health Regulations“ hat die WHO die Möglich-

keit, rechtlich bindende Gesundheitsmaßnahmen zu erlassen. Im Falle von COVID-19 erlässt das International Health Regulations Emergency Committee bisher nur temporäre Empfehlungen.²

- Die problematische Finanzierungssituation der WHO sorgt für ein erhebliches Ungleichgewicht und einen unangemessenen Einfluss einzelner Regierungen und Stiftungen:
 - Die sog. „assessed contributions“, d. h. die regulären Mitgliederbeiträge, sind aufgrund eines mangelnden Konsensus unter den Mitgliedstaaten seit vielen Jahren nicht angehoben und auch nicht an das gewachsene Bruttosozialprodukt der Schwellenländer angepasst worden. Mitgliedstaaten teilen der WHO einerseits immer neue Aufgaben zu, andererseits finanzieren ihre regulären Beiträge nur noch weniger als 20 % des WHO-Gesamtbudgets (9).
 - Regierungen und Stiftungen können sog. „voluntary contributions“, d. h. freiwillige Zuwendungen tätigen. Die größten kamen im Jahr 2019 aus den USA (\$ 334 Mio.), der Bill & Melinda Gates Stiftung (\$ 226 Mio.), dem Vereinigten Königreich (\$ 215 Mio.) und Deutschland (\$ 143 Mio.) (10). 90 % dieser freiwilligen Zuwendungen erfolgen zweck-, also an bestimmte Programme gebunden und ermöglichen daher dem Geldgeber, seine eigenen Prioritäten innerhalb der international vereinbarten Strategien voranzutreiben und bis zu einem gewissen Maße die Ausgestaltung der WHO-Programme zu beeinflussen. Kritisch sind das Förderungsmaß und damit der Einfluss der Bill & Melinda Gates Stiftung. Vor der COVID-19-Pandemie gingen 61 % der Gates-Förderung der WHO in die Polio-Ausrottung, 9 % in reproduktive Gesundheit und 5 % in durch Impfungen vermeidbare Krankheiten (11). Eine ausreichende Finanzierung durch reguläre Beiträge der Mitgliedstaaten ist dringend nötig, um die Abhängigkeit von einzelnen Geldgebern zu verhindern.
- Industrie und Zivilgesellschaft:
 - Die Finanzierung durch industrienahen Stiftungen oder durch die pharmazeutische Industrie ist gering (unter 0,01 % des Gesamtbudgets pro Stiftung/Industrieunternehmen). Die pharmazeutische Industrie kann, wie akkreditierte zivilgesellschaftliche Organisationen, an der World Health Assembly teilnehmen, hat aber keinerlei Entscheidungsbefugnis (anders als z. B. bei der Impfallianz GAVI). Oftmals sind es die Delegationen reicher Mitgliedstaaten, die Industrieinteressen vertreten und z. T. sogar Industrielobbyisten in ihren Delegationen führen. Insgesamt ist die WHO stark auf ausreichende Distanz zur Industrie bedacht: Das wegweisende und weiterhin aktive Programm der „Essential Medicines List“ konnte in den 1970er-Jahren nur gegen den erheblichen Widerstand der Industrie (und Industrienationen) etabliert werden (12).

- Nichtregierungsorganisationen (NGOs) können auf Themen von öffentlichem Interesse einen erheblichen Einfluss haben. Ein historisches Beispiel ist die verheerende Vermarktung von Babymilchpulver in armen Ländern in den 1970er-Jahren, die durch Nichtregierungsorganisationen in Zusammenarbeit mit der WHO gestoppt werden konnte (13).

Medizinisch-fachliche Aspekte der WHO

- Die WHO ist die einzige international anerkannte Organisation für das Festlegen von Normen und Standards („setting norms and standards“) in der Medizin.
- Ein maßgeblicher Anteil des WHO-Büros ist mit Mediziner*innen und anderen Expert*innen besetzt. Diese sind in der Regel in ihrem Fachbereich ausgewiesene, internationale Expert*innen aus nationalen Gesundheitsprogrammen oder kommen von Universitäten.
- WHO-Richtlinien und andere Weisungen werden durch aufwendige „Evidence Reviews“ und durch Expertengremien erstellt, die nach etablierten Kriterien ausgesucht werden. Eine WHO-Empfehlung ist daher nicht eine „Meinung“ der WHO, sondern spiegelt den Konsensus der weltweit führenden Expert*innen wider. Dieses Vorgehen konnte man exemplarisch auch bei der Erstellung der WHO-Benchmarks für die AM verfolgen: Die WHO garantierte einen rigorosen Prozess, die Inhalte selbst wurden durch die anthroposophischen Expert*innen bestimmt. Durch diese Verfahren wird allerdings oftmals eine Tendenz zu konservativen Empfehlungen und langsamen Prozessen verstärkt.

Insgesamt ist die WHO also ein hochkomplexes Gebilde, in dem viele unterschiedliche Interessen um Einfluss und Mitsprache ringen, in dem aber auch führende medizinische Kompetenzen zusammengebracht werden. Die „eine“ WHO gibt es nicht. Mit all ihren Stärken und Schwächen ist die WHO der einzige Ort für weltweite Absprachen, Prioritäts- und Normsetzung in der Medizin.

Die Rolle der traditionellen, komplementären und integrativen Medizin in der WHO

Die WHO-Arbeitseinheit zur traditionellen, komplementären und integrativen Medizin (TCI) ist klein und innerhalb der Organisation relativ unbedeutend. Dennoch hat sie eine längere Geschichte und ist für viele Mitgliedstaaten politisch wichtig.

Bereits kurz nach der Gründung der WHO im Jahre 1948 beauftragte der erste Assistant Director-General, Dr. Pierre Dorolle, ethno-anthropologische Studien der traditionellen Medizin in den ärmeren Mitgliedstaaten. Das Ziel war, einen traumatischen Übergang von traditionellen Praktiken zu moderner Medizin zu vermeiden und eine gewisse Harmonie und Integration unter den Ansätzen zu erreichen (14). Außerdem verliehen die wichtige politische Rolle Chinas und die neue Unabhängigkeit Indiens der traditionellen Medizin schon zu Gründungszeiten der WHO Bedeutung. Im Zuge der Ent-

Anmerkung

2) Beispiel einer Empfehlung vom 21.4.2021: „Verlangen Sie nicht den Nachweis einer Impfung als Einreisebedingung, angesichts der begrenzten (wenn auch wachsenden) Evidenz über die Leistungsfähigkeit von Impfstoffen bei der Reduzierung der Übertragung und der anhaltenden Ungleichheit bei der weltweiten Verteilung von Impfstoffen.“ (8)

kolonialisierung betonten ab den 1960er-Jahren auch eine Reihe afrikanischer Staaten die Bedeutung der traditionellen Medizin und gründeten z. T. nationale Institute zur traditionellen Medizin und Phytotherapie (14).

Dr. Halfdan Mahler, der bisher bedeutendste WHO-Generaldirektor, gab direkt nach seiner Ernennung im Mai 1973 seine Intention bekannt, traditionelle Medizin in die allgemeine Gesundheitsversorgung zu integrieren (14). 1976 etablierte die WHO ein spezielles Programm zur traditionellen Medizin als Vorläufer der jetzigen Arbeitseinheit. In der berühmten Alma-Ata-Erklärung zur primären Gesundheitsversorgung von 1978 ist die traditionelle Medizin explizit erwähnt – auch, weil man merkte, dass man für den universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung auf die Hilfe der traditionellen Medizin zählen musste (15).

Bereits im Januar 1973 hatte das WHO Executive Board erwogen, eine spirituelle Dimension der Gesundheitsdefinition hinzuzufügen. Dies wurde 1980 von muslimischen Ländern erneut lanciert, aber von der damaligen Sowjetunion (mit Unterstützung der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik) blockiert (16, 17).

Die derzeitige Arbeit zur TCI wird von der „WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023“ mit ihren drei Hauptzielen definiert: (1) Bereitstellung der Wissensbasis für ein aktives Management von TCI durch geeignete nationale Richtlinien; (2) Stärkung der Qualitätssicherung, Sicherheit, ordnungsgemäßen Anwendung und Wirksamkeit durch Regulierung von TCI-Produkten, Praktiken und Behandlern; (3) Förderung der allgemeinen Gesundheitsversorgung durch die Integration von TCI in Gesundheitsversorgung und Selbstversorgung. Die WHO-Arbeit zu TCI wird weitgehend durch freiwillige Zuwendungen Chinas finanziert (der entsprechende WHO-Koordinator ist wie seine Vorgängerin Chinese). Einzelne Aktivitäten, wie die Erstellung der WHO-Benchmarks für die AM, benötigen zusätzliche Finanzierung.

Ausblick und nächste Schritte

Die Veröffentlichung der WHO-Benchmarks ist ein wichtiger Meilenstein für die AM und bietet eine einmalige Gelegenheit, in den nächsten 2–3 Jahren eine Anerkennung der AM-Ausbildungen auf nationaler Ebene zu erwirken. Selbst in Ländern, wo die AM derzeit heftigen Angriffen ausgesetzt ist, können die WHO-Benchmarks helfen, den Status und die Akzeptanz der AM zu verbessern. Man muss nicht mit allen WHO-Aktivitäten einverstanden sein, um den strategischen Wert der WHO-Benchmarks für die AM anzuerkennen. Dies gilt umso mehr, weil sich die AM bei der Erstellung der WHO-Benchmarks in keiner Weise in ihren Inhalten anpassen und „verbiegen“ musste.

Eine staatliche Anerkennung ist kein Selbstzweck, denn die AM erfährt ihre Berechtigung und Aufgabe nicht durch eine äußere Anerkennung. Allerdings kann die weitere Existenz der AM mit ihren Krankenhäusern, Medikamenten und Therapien in der heutigen Zeit nur dann gesichert werden, wenn sie im Gespräch und in Kooperation mit der „offiziellen Medizin“ bleibt und für

ihre Ausbildungen, Medikamente und Therapien offizielle Anerkennungen auf nationaler Ebene erlangen kann. Die Bedeutung der Anerkennung von Ausbildungen ist dabei für Therapeut*innen noch wichtiger als für Ärztinnen und Ärzte: Der Status von Eurythmietherapeut*innen z. B. ist in fast allen Ländern rechtlich und finanziell vollständig ungesichert. Ein positives Beispiel für die Anerkennung ist die Schweiz: Die AM-Ärzteausbildung ist von der schweizerischen Ärztekammer anerkannt und sowohl spezifisch anthroposophisch-medizinische Leistungen als auch Medikamente werden von der Grundversicherung übernommen. Die Eurythmietherapie-Ausbildung z. B. führt zum eidgenössischen Diplom für Komplementärmedizin, die eurythmietherapeutische Behandlung wird von Zusatzversicherungen erstattet.

Mit der Veröffentlichung der WHO-Benchmarks werden nationale Anerkennungen jedoch keinesfalls von selbst erfolgen: Für die Vertreter*innen der AM beginnt jetzt die eigentliche Arbeit. Viele Länder werden von den WHO-Benchmarks noch nicht einmal Notiz nehmen; sie sind auch in keiner Weise verpflichtet, die Standards umzusetzen. Es liegt daher allein in unserer Hand, gezielt Kontakte mit Berufsverbänden, Gesundheitsministerien usw. zu suchen, um sie mit den WHO-Benchmarks bekannt zu machen und auf eine Zusammenarbeit in der Implementierung hinzuwirken. Ein gutes Beispiel dafür sind die Osteopathen, die nach der Veröffentlichung der „WHO Benchmarks for Training in Osteopathy“ in 2010 in mehreren Ländern eine offizielle Anerkennung erlangen konnten. Die IVAA ist diesbezüglich bereits mit allen ihren Mitgliedern, d. h. den anthroposophischen Ärztegesellschaften, im Gespräch, um eine für jedes Land angepasste Strategie zu entwickeln, und bietet Hilfestellung für die anstehende Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern aus Politik, Berufsverbänden, Versicherungen und anderen an. Da die WHO-Benchmarks alle AM-Berufsgruppen betreffen, ist ein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen der verschiedenen Berufsgruppen in jedem Land besonders wichtig. In vielen Ländern wird es außerdem nicht möglich sein, im Alleingang eine Anerkennung der AM-Ausbildungen zu erlangen, sondern es könnte u. U. zielführender sein, in Zusammenarbeit mit Vertreter*innen anderer TCI-Systeme auf anerkannte Abschlüsse in Integrativer Medizin (mit Ausrichtung AM wie auch anderer TCI-Systeme) hinzuarbeiten.

Korrespondierender Autor:

*Dr. med. Tido von Schoen-Angerer
Chemin des Bois-de-Saint-Victor 15
1236 Cartigny, Schweiz
tido.von.schoenangerer@gmail.com*

Literatur

- 1** WHO Benchmarks for Training in Anthroposophic Medicine. Geneva: World Health Organization; 2021. In Vorbereitung.
- 2** International Congress for Integrative Health & Medicine. Verfügbar unter <https://icihm.damid.de> (28.07.2021).
- 3** The legal status of anthroposophic medicine in selected countries. Brüssel: IVAA; 2017. Verfügbar unter <https://www.ivaa.info/key-issues/legal-status-of-anthroposophic-medicine> (28.07.2021).
- 4** Medical Section of the School of Spiritual Science at the Goetheanum (Hg). International Core Curriculum for medical student's and physician's training in Anthroposophic Medicine. Dornach; 2017. Verfügbar unter https://medsektion-goetheanum.org/fileadmin/user_upload/pdf/Physicians_International_Core_Curriculum_Sep_2018.pdf (28.07.2021).
- 5** International Further Education in Anthroposophic Pharmacy (IFEAP) Version 18.11.2010. Verfügbar unter https://iaap-pharma.org/fileadmin/user_upload/pdf/certification/International_Education_Anthroposophic_Pharmacy_18_11_10.pdf (28.07.2021).
- 6** International Further Education Regulation for "Pharmacist specialised in Anthroposophic Pharmacy (IAAP)" of the International Association of Anthroposophic Pharmacists (IAAP). Verfügbar unter https://iaap-pharma.org/fileadmin/user_upload/pdf/certification/IAAP_further_education_regulation_v1.pdf (28.07.2021).
- 7** Walt G. Health Policy: An Introduction to Process and Power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- 8** Verfügbar unter [https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (28.07.2021).
- 9** Verfügbar unter <https://www.who.int/about/funding> (28.07.2021).
- 10** Seventy-third World Health Assembly, Geneva 29 June 2020, Provisional agenda item 20.1. A73/INF./3. Verfügbar unter https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF3-en.pdf (18.8.2021).
- 11** Verfügbar unter <http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor?name=Bill%20%26%20Melinda%20Gates%20Foundation> (28.07.2021).
- 12** Chowdhury Z. The Politics of Essential Drugs. London: Zed Books; 1995.
- 13** Regulation of marketing breast-milk substitutes. Verfügbar unter https://www.who.int/elena/titles/bbc/regulation_breast-milk_substitutes/en (28.07.2021).
- 14** Brelet C. Médecines du Monde. Paris: Éditions Robert Laffont; 2002.
- 15** Erklärung von Alma-Ata. Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung, 12. September 1978. Verfügbar unter <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978> (28.07.2021).
- 16** Thirty-sixth World Health Assembly, Geneva, 2–16 May 1983: Summary Records of Committees. WHA36/1983/REC/3. Verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/159888> (28.07.2021).
- 17** Global Strategy for Health for All by the Year 2000. The Spiritual Dimension. World Health Organization, Executive Board, Seventy-third session, 1983. EB/73/15, 1983. Verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160577/EB73_15_eng.pdf?sequence=1 (28.07.2021).