



**AIM-TELEGRAMM**  
**MITTEILUNGEN DER AKADEMIE FÜR INTEGRIERTE MEDIZIN**  
 Nr.12 – Mai 2005

- **Editorial**
- **Thure von Uexküll ist tot**  
(Jesper Hoffmeyer)
- **Programm der 12. AIM-Jahrestagung vom 2.-4. Juni 2005 in Glottertal**
- **Berichte von der 11. AIM-Jahrestagung in Hamburg, November 2004**
- **Protokoll der Mitgliederversammlung der AIM am 12.11.2004**
- **Verschiedenes** (Weltmetropole Hamburg, Handchirurgische Dissertation, IGeL-Medizin, Regionalgruppen NRW, Berlin und Hamburg)
- **Ehrenmitglieder der AIM**
- **Wie finden Sie das?**
- **Kontaktadressen**

### Editorial

Verehrte Mitglieder der Akademie für Integrierte Medizin, am 29. September 2004 verstarb Thure von Uexküll im Alter von 96 Jahren in Freiburg. Die Akademie für Integrierte Medizin verlor mit ihm ihren Gründungsvater und die Psychosomatische Medizin eine große Arztpersönlichkeit, einen genialen Forscher und Lehrer. Seine persönliche Geschichte ist gleichzeitig wesentlicher Teil der Geschichte der Deutschen Psychosomatik. Zu einem Symposium über das Werk von Thure von Uexküll möchten wir Sie hiermit einladen. Thure von Uexkülls Vision einer psychosomatischen Fundierung der gesamten Medizin bleibt sein zentrales Vermächtnis:

*„Psychosomatische Medizin beginnt mit der Entdeckung, dass die Krise der Medizin eine Krise ihrer Philosophie ist, die dem Arzt einseitige Modelle und Konzepte für seine Empirie vorschreibt.“  
 (Thure von Uexküll 2001)*

Zeit seines Lebens arbeitete er mit vielen Mitstreitern am Meta-Modell einer Humanmedizin, das den herrschenden Dualismus - eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine Heilkunde für Seelen ohne Körper - überwinden helfen sollte.

Von Uexkülls theoretisches Modell besteht in einer kunstvollen und innovativen Verknüpfung dreier, in sich selbstständiger Theoriefäden: Konstruktivismus, Systemtheorie und Semiotik. In den Hauptvorträgen des Symposiums werden diese grundlegenden Modelle einer Integrierten Medizin dargestellt und intensiv diskutiert im Hinblick auf ihre Nützlichkeit als Landkarte für unser ärztliches Denken und Handeln.

In den Arbeitsgruppen werden diese Themen vertieft, daneben findet sich auch Raum für konkrete Fallarbeit nach dem Modell der Reflektierten Kasuistik.

Erstmal findet auch ein Gesundheitspolitisches Forum statt zur aktuellen Situation unseres Gesundheitswesens, in der Ärzte mehr und mehr zu passiven Teilnehmern eines ökonomischen Systems werden.

Im Forschungsforum der AIM werden wieder Patientenerzählungen aus klinischer und linguistischer Perspektive untersucht und verglichen im Hinblick auf ihre Nützlichkeit für den Zugang zur subjektiven Patientenwirklichkeit.

Zum Thure von Uexküll - Symposium 2005 und gleichzeitig der 12. Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin laden wir Sie sehr herzlich ins Glottertal ein.

Dr. W. Geigges

Prof. Dr. J.M. Herrmann

\* \* \* \* \*

### **Thure von Uexküll ist tot - Die Einheit von Körper und Seele**

*Auch wenn die Nervenzellen im Gehirn sich nicht amüsieren, freuen wir uns dennoch.*

„Psychosomatik ist wie eine Quadratur des Kreises; ein unmögliches Zwischending zwischen einem Viereck und einem Kreis. Auf der einen Seite eine Körperlehre, eine ‚Somatik‘, die uns auf das vierkantigste als Sklaven eines Regimes von Körper .... versteht. Auf der anderen Seite etwas Psychisches, für das wir in etwa eine Art faszinierende Rauchringe sind, die die körperliche Verbrennungsanstalt ausspuckt.“

So präsentierte ich in einer Kolumne dieser Zeitung im April des letzten Jahres den Begriff Psychosomatik, nach dem ich von einem Geburtstags Symposium in Freiburg zurückgekehrt war, das aus Anlaß des 95. Geburtstags von Thure von Uexküll veranstaltet wurde. Das Symposium hatte als Thema Psychosomatische Medizin, ein Gebiet, das mehr als irgend jemand anderer Uexküll auf die Tagesordnung des ärztlich-wissenschaftlichen Milieus in Deutschland gesetzt hatte. Bei dieser Gelegenheit war Uexküll imponierend frisch in seinem Denken, auch wenn er sich darüber beklagte, dass mein Englisch merkwürdig war, was, das erlaube ich mir zu glauben, auch etwas mit seiner zunehmenden Schwerhörigkeit zu tun hatte. Am 29. September diesen Jahres war sein Leben also vorbei.

Der ungewöhnliche Name Uexküll stammt aus Estland, wo sein Vater, der Biologe Jakob von Uexküll, geboren war. Jakob von Uexküll ist der Begründer einer ungewöhnlichen und meiner Meinung nach

vielversprechenden, aber etwas übersehenen Theorie, der sogenannten ‚Umwelttheorie‘, die auf das fokussiert, wie Tiere die Welten erleben, d.h. wie Tiere ihre ‚Umwelt‘ erleben. Um verstehen zu können, was in der Natur vor sich geht, war es infolge ‚des alten Uexküll‘ nicht genug, das Verhalten und Zusammenspiel der Organismen zu studieren, wir müssen ihnen auch ‚unter die Haut‘ gehen, um zu erfassen versuchen, was das für eine Welt ist, in der die Organismen selber leben. Das Problem ist nur, dass auch wir Menschen in eine artspezifische Umwelt eingeschlossen sind, die uns leicht dazu bringt, die sinnliche Welt der Tiere misszuverstehen. Jakob von Uexküll meinte nicht, dass dieses uns daran hindert, die Umwelt der Tiere zu verstehen, aber es erforderte eben verfeinerte wissenschaftliche Methoden, die er an seinem Institut für Umweltlehre in Hamburg in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu entwickeln versuchte. Unter denen, die sich der Forschungsarbeit Uex-

külls annahmen, waren u.a. der Biologe Konrad Lorenz.

Mit diesem „Ballast“ war es nicht weiter verwunderlich, dass der Sohn Thure von Uexküll als Arzt und später als Professor für Innere Medizin an der Universität in Ulm einen offenen Blick für die Bedeutung des Zusammenspiels zwischen Psychischem und Somatischem bei seinen Patienten hatte. Wenn ich in dem oben angefügten Zitat dieses Zusammenspiel als die Quadratur des Kreises verglich, war das als Karikatur gemeint. Die Auffassung von Seele und Körper als fundamental unterschiedliche Ingredienzien dieser Welt, die in die Philosophie und Wissenschaft im 17. Jahrhundert von Descartes eingeführt wurde, ist niemals wirklich überwunden worden, - auch nicht in der modernen Wissenschaft, behaupte ich - mit dem Ergebnis, daß das psychosomatische Zusammenspiel rätselhaft blieb und eher als illusorisch angenommen wurde. Wenn der Körper Lachbewegungen mit uns vollzieht, wenn wir etwas Lustiges erleben, weist das unzweideutig darauf hin, dass das Psychische körperliche Wirkungen hat. Aber die Ärzteswissenschaft kann das wegerklären, indem sie behauptet, dass das lustige am lustigen eine Illusionsnummer ist, die der Körper mit uns vollzieht. Die Nervenzellen im Gehirn amüsieren sich jedoch nicht. Und das glaube ich übrigens gerne. Aber die Lust am Lustigen gibt es dennoch und müßte eine Erklärung finden, sollte man meinen. Sie eine Illusion zu nennen, kommt mir wie eine Philosophie für Strauße vor.

In der heutigen Medizin wird der Patient als ein offenes System angesehen, das von außen beobachtet werden kann. Das aber ist ein Irrtum, sagt Uexküll, denn niemand kann fühlen, was ein anderer fühlt, und niemand weiß von vorne herein, was ein Symptom einer Krankheit bedeutet: „Der Patient hat nicht nur eine Krankheit, er ist krank“. Zusammen mit dem Patienten muß der Arzt eine gemeinsame Wirklichkeit aufbauen, die den Symptomen eine Bedeutung gibt. Und das beinhaltet, dass die eigene Wirklichkeit des Arztes sich auch ändern können muß.

Das Treffen in den 70ern mit dem amerikanischen Linguisten und Semiotiker Thomas A. Sebeok bekam entscheidenden Einfluß auf Thure von Uexkülls theoretische Arbeit. Am Ende seiner Karriere – als Professor emeritus – fügte er seine eigene Arbeit und die seines Vaters in einen semiotischen Rahmen ein, in der Tradition des amerikanischen Philosophen Charles S. Peirce. Dies führte unsere Wege bei einem Treffen in München 1990 zusammen, wo Uexküll erfinderisch ein Heft der Zeitschrift „Umwelt“ in seine Jackentasche gesteckt hatte, damit ich ihn unter Hunderten von unbekanntem Teilnehmern erkennen konnte. Nach dem Treffen fuhren Uexküll, Sebeok und ich zu einem weiteren kleinen Treffen ins Glotterbad im Schwarzwald, um zu klären, ob wir eine internationale Entwicklung der biosemiotischen Forschung in die Wege leiten könnten. Mit dem Erscheinen der ersten Nummer der Zeitschrift „Biosemiotics“ im kommenden Frühjahr ist dies vielleicht im Begriff, Realität zu werden. Leider werden weder Sebeok noch Uexküll dies erleben. Als Thure von Uexküll schon über 90 Jahre alt war, skizzierte er eine Theorie des Körpers als Einheit von drei Ebenen, einer ikonischen, einer indexikalischen und einer symbolischen.

Die ikonische Ebene wird gebildet beim ersten Treffen des Säuglings mit der Welt und hat mit der Qualität von Gefühlen, Stimmungen und Berührungen zu tun. Die indexikalische Ebene umfaßt das Handlungsleben und die Energieumsetzung im Körper, während die symbolische Ebene die körperliche Verankerung von Erlebnissen und Erwartungen betrifft.

Die Medizin fokussiert fast ausschließlich auf die indexikalische Ebene, während sie das ikonische ignoriert und das symbolische der Psychiatrie überlassen hat.

Meine Vorstellung wäre, dass gerade das Einbeziehen der ikonischen Ebene den Weg für eine Wiedervereinigung der beiden anderen Ebenen eigentlich Psychosomatik wäre.

Jesper Hoffmeyer, Kopenhagen

aus dem Dänischen übersetzt nach einem Text in *Politiken*,  
17.10.2004

## 12. Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin in Glottertal Thure von Uexküll – Symposium vom 2.-4. Juni 2005

### Donnerstag, 2. Juni 2005

14.30 bis 18.00 Uhr Offenes Forschungsforum der AIM:

#### Narrative hören und sehen –Epileptischer Schrecken und panische Angst in der Beschwerdeschilderung eines Patienten

Moderation: C. Schmeling-Kludas

14.30 Uhr Einführung (C. Schmeling-Kludas)

#### Gemeinsame Analyse eines Transkriptes und einer Videoaufzeichnung

Beiträge zur Analyse des Patienten-Narrativs:

- Präsentation von Tonbandausschnitten und Transkript (M. Schöndienst) und Diskussion
- Präsentation derselben Beschwerdeschilderung auf Video (M. Schöndienst) und Diskussion
- Kommunikative Ressourcen zur Darstellung und Differenzierung von Angst aus linguistischer Sicht. Ein Diskussionsbeitrag (E. Güllich)

16.00 – 17.00 Uhr **Pause**

17.30 Uhr Abschlußdiskussion

20.00 Uhr Welcome-Buffer in der Winzergenossenschaft

### Freitag, 3. Juni 2005

9.30 Uhr **Begrüßung**

Direktor der LVA BW

Klinikdirektor

Chefarzt, Sprecher der AIM

H. Seiter

H. Dietrich

W. Geigges

Vorsitz: W. Geigges, Glottertal

10.00 – 11.15 Uhr

Vortrag 1 und Diskussion  
J.M. Herrmann (Glottertal)  
**Thure von Uexküll  
Lebenslinien –  
Gedankenwelten**

11.15 – 11.45 Uhr

**Pause**

11.45 – 13.00 Uhr

Vortrag 2 und Diskussion  
W. Langewitz (Basel),  
W. Burger (Berlin)

**Modelle Integrierter Medizin -  
Versuch einer Synopsis**

13.00 – 14.30 Uhr

**Mittagspause**

Vorsitz: G. Volck, Frankfurt, B. Hontschik, Frankfurt

14.30 – 15.45 Uhr

Vortrag 3 und Diskussion  
S.J. Schmidt (Münster)

**Die Bedeutung des Kon-  
struktivismus  
für eine Psychosomatische  
Medizin**

15.45 – 16.-00 Uhr

**Pause**

16.00 – 18.00 Uhr

**Arbeitsgruppen**

18.15 – 19.15 Uhr

AIM-Mitgliederversammlung

20.00 Uhr

**Geselliger Abend**

### Samstag, 4. Juni 2005

Vorsitz: A. Staufenbiel-Wandschneider, Hamburg  
W. Langewitz, Basel

09.00 – 10.30 Uhr

Vortrag 4 und Diskussion  
L.E. Bruni (Kopenhagen)

**Principles of Biosemiotic Processes**

11.00 – 12.30 Uhr

Vortrag 5 und Diskussion  
K. Köhle (Köln)

**Diagnostik und Therapie als Zei-  
chenprozeß: Einführung in die klini-  
sche Semiotik**

12.30 – 13.30 Uhr

**Schlußplenum**

Moderation: W. Geigges, Glottertal

13.30 – 14.30 Uhr

Führung in der Reha-Klinik Glotterbad

14.00 – 15.00 Uhr

Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin

## **Berichte von den Arbeitsgruppen der 11. AIM-Jahrestagung in Hamburg, November 2004**

Zum dritten Mal in Folge ist es uns nach Frankfurt 2002 und Glottertal 2003 im vergangenen Jahr in Hamburg gelungen, unsere Tagung, insbesondere die Hauptvorträge, mit Videos, Fotos und Textdateien zu dokumentieren und auf einer CD zu veröffentlichen. So stehen den Mitgliedern der AIM und dem interessierten Publikum nun nicht nur die Texte der Vorträge und der Arbeitsgruppen zur weiteren Bearbeitung in Regionalgruppen, Vorlesungen oder Qualitätszirkeln zur Verfügung, sondern die Videos erlauben auch eine unmittelbarere Konfrontation mit der Vortragssituation und den Absichten der Referenten, als dies Texte jemals könnten. Da nicht jede(r) die CD ausreichend benutzen kann, veröffentlichen wir hier noch einmal die Protokolle der *Arbeitsgruppen* der Hamburger Tagung, wie Sie auch auf der Tagungs-CD zu finden sind.

### **Arbeitsgruppe 1**

#### **Diskussion des Vortrags 1: „Chronizität als Wirklichkeitskonstruktion“**

##### **Leitung: Alex Schaub**

Die Gruppe diskutierte zunächst eng entlang des Vortrags von Herrn Schaub vom Vormittag. Unter dem Eindruck der vorgestellten Krankengeschichte standen zunächst Fragen nach ergänzenden Informationen insbesondere bezüglich des Settings, des Zuweisungskontextes sowie der Interessen von Projektmitarbeitern und zuweisenden Hausärzten im Vordergrund.

Im weiteren Verlauf der ausgesprochen lebhaften Diskussion thematisierte die von hausärztlich tätigen Kollegen dominierte Gruppe

eigene Erfahrungen mit chronisch kranken Patienten, unkonventionellen Interaktionen und Maßnahmen der eigenen Psychohygiene. Bezogen auf die eigene Tätigkeit entfaltete die Postulierung eines gängigen Patientennarrativs, in dem die Chronizität einer Erkrankung als Wirklichkeitskonstruktion dient, eine deutlich entlastende Wirkung. Sie unterstrich die Gruppenatmosphäre von heiterem, selbstbewußtem Arztsein, erfrischend frei von burn-out und verwandten Syndromen.

Protokoll: Gerlind Leininger

### **Arbeitsgruppe 2**

#### **Protokoll Arbeitsgruppe 2: „Reflektierte Kasuistik“**

##### **Leitung: R. Plassmann, M. Schütz**

In einer kurzen Einführung wurde die „Reflektierte Kasuistik“ v. a. als lernendes Modell erläutert und auf die Bedeutung von Mikroszenen in der Arzt-Patient-Beziehung hingewiesen. Für die geplante Fallvorstellung wurde vorgeschlagen, über solche Szenen den Zugang zum Patienten, zum Fall zu finden, da die enge Anlehnung an die Kategorien der Geschichte einer Beziehung, die Geschichte einer Kranken und die Geschichte einer Krankheit, wie sie anlässlich der Vorstellung auf der Werkstatttagung in Frankfurt vorgenommen wurde, die Patientin nicht hatte lebendig werden lassen.

Als Erläuterung des Begriffes „Mikroszene“ konnte sehr gut auf die Fallgeschichte Bezug genommen werden, die Bernd Hontschik in seinem Vortrag am Vormittag vorgestellt hatte. Hier zeigte sich in der Begegnung mit dem Patienten eine bedeutsame Gestalt: es handelt sich um Inszenierungen, kreative Leistungen der Patienten, denen durchaus eine ästhetische Qualität innewohnt. Sie

lösen eine emotionale Wahrnehmung im Untersucher aus, deren Reflektion wiederum Verständnis schafft für die Problematik eines Patienten und aus der sich Heilungsstrategien entwickeln lassen. Bereits in der Eingangsdiskussion zeigte sich, wie allgegenwärtig die vielfältigen Mikroszenen in der Begegnung mit Patienten sind, auch wie belastend es für den Behandler sein kann, wenn sie nicht wahrgenommen werden.

In der vorgestellten Kasuistik handelt es sich um eine multimorbid erkrankte Patientin, die - organisiert um die organischen Symptome - die Arzt-Patient-Beziehung gestaltet, immer mit der enttäuschten Hoffnung auf die „Wundertropfen“. Hierin liegt einerseits eine Wiederholung enttäuschender Beziehungserfahrungen, andererseits zeigen sich auch „heilsame“ Muster. Die Patientin drückt ihre Bedürfnis mit dem Satz aus:

„Irgendwann müssen Sie sich ganz viel Zeit für mein Herz nehmen.“

In der Reflexion dieses Satzes tauchen in der Gruppe erstmals „Heilungs-Mikroszenen“ auf: die tröstlichen Aspekte der regelmäßigen Praxisbesuche, die hier erfahrene Fürsorge. Diese ersten Entwürfe brauchten auch in der Gruppe „Zeit“, um sich zu entfalten, so wie von der Patientin angemahnt. In der Folge wurde über die Bedeutung der Hei-

lungsphantasien bei Ärzten/Therapeuten und Patienten nachgedacht, wie sie sich in der gegenwärtigen Arzt-Patient-Beziehung widerspiegeln und nutzbar gemacht werden können: möglicherweise im besprochenen Fall ein Wechsel „vom Abhören zum Zuhören“.

Protokoll: Michael Schütz

### Arbeitsgruppe 3

#### Reflektierte Kasuistik. Leitung: W. Geigges und G. Volck

Eine ausgearbeitete Fallgeschichte einer 59jährigen Patientin war die Grundlage eines Dialoges zu speziellen Aspekten in der Geschichte der Krankheit und in der Geschichte der Patientin B. Beispiel der Arbeitsweise:

„**Geschichte des Diabetes mellitus:** *Erstdiagnose im 18. LJ, verschiedene stationäre Aufenthalte, entweder infolge von Notsituationen (hypoglykämisches Koma) oder zur Insulineinstellung.*“ „*Stets seien die Versuche der Neueinstellung unfruchtbar gewesen, alleine zuhause habe sie dann meistens das während der stationären Behandlung entstandene Chaos repariert.*“ „*Seit 2002 intensivierete Insulintherapie*“

fragte W.G.: wie ist nun die BZ-Einstellung, gibt es diabetische Spätfolgen?

G.V.: HbA1c bewegten sich zwischen 7,5 und 8,7%; es besteht eine Polyneuropathie, keine Gefäßschäden, keine Nephropathie, keine Retinopathie..

W.G.: Würdigung der guten BZ-Einstellung, Kontrast zu der Darstellung

G.V.: Wir Hausärzte (Gemeinschaftspraxis) waren immer unzufrieden mit der BZ-Einstellung. Vor der Umstellung auf „intensivierte Insulintherapie“ spritzte die Patientin feste Dosen kombinierten Insulins (zuerst 30/70, dann 50/50), und richtete dann ihr Eßverhalten und ihre Aktivitäten nach den stündlich bis halbstündlich gemessenen BZ-Werten. Das wiederum führte zu einer allgemeinen Lebensklage bzgl. der auferlegten Last der Patientin, sowie zu einem auffällig hohem Verbrauch der Glucose-Test-Stäbchen. Der eigentliche Konfliktpunkt war also nicht die schlechte BZ-Einstellung, sondern vielmehr der abnorme Glucosetest-

stäbchengebrauch. Die Bereitschaft der Patientin, zum Diabetologen zu gehen, gründete sich nicht auf dem Interesse auf eine bessere BZ-Einstellung, sondern auf der Angst, ohne Teststäbchen zu sein.

W.G.: Die Patientin hatte ein Regime der perfekten Kontrolle entwickelt, die BZ-Erkrankung, die feste Insulinmenge dienten als Fixpunkt .... ihr, die Ärzte wollten der Patientin immer wieder ein bedürfnisorientiertes Konzept anbieten, das scheinbar bei der Patientin nicht gefragt war .....

An dieser Sequenz wurde deutlich, wie aufschlußreich die Analyse der „reinen Krankendaten“ ist, konnte man doch allein an dem Umgang der Patientin mit ihrem Medikament Insulin wesentliche Züge der Gesamtpersönlichkeit entdecken und ein Verständnis für die Arzt-Patient-Beziehung und den angedeuteten Arzt-Patient-Konflikt entwickeln. In vergleichbarer Art und Weise wurden weitere Aspekte der Krankengeschichte bearbeitet.

Der Blick in die Geschichte der Patientin, die, als Siebenmonatskind 1945 geboren, immer eine Enttäuschung für die Eltern war, krank und nicht zum Vorzeigen geeignet, keine Schulerfolge aufwies, zeigte, wie wichtig und haltgebend die „Notlösung“ eines Systems der sicherheitsgebenden Kontrolle war, im Sinne eines pseudoautonomen Verhaltens oder des Modells der Autarkie.

Illustriert wurde das durch das eindrucksvolle Bild in der Mikroszene, in der die Patientin der Ärztin eine 2seitige detaillierte Aufstellung ihrer derzeitigen Medikamente und Ärzte überreichte; die Ärztin assoziierte dabei: „Bedienungsanleitung“.

Protokoll: Gisela Volck

### Arbeitsgruppe 4

#### Leben mit der Krankheit Krebs/ Familienmedizin

#### Leitung: Miriam Haagen, Anna Staufenbiel-Wandschneider

Eine Gruppe von 12 Kolleginnen und Kollegen, die sowohl Klinikärzte als auch nieder-gelassenen Hausärzte, Gynäkologen und Psychotherapeuten umfaßte, beschäf-

tigte sich mit den Auswirkungen von Krebserkrankungen auf die familiären Beziehungen.

Schwierigkeiten mit Familienangehörigen und Kommunikationsprobleme innerhalb der Familie sind häufig genannte Sorgen von Krebspatienten, die auf ihr Befinden einen starken Einfluß haben. Wie Kinder von chronisch kranken Eltern im Allgemeinen so stellen die Kinder von krebskranken Eltern eine Risikogruppe dar für die spätere Entwicklung seelischer Störungen. Die Themen *drohende Trennungen* und *Verlust* sind schwer zu kommunizieren, besonders, wenn die Familie kleine Kinder hat. In der AG wurde eine Familie mit einem jungen Schulkind vorgestellt, dessen Mutter

an einem malignen Lymphom erkrankt ist. Die kindliche Perspektive wurde anhand der im Familiengespräch angefertigten Zeichnungen des Kindes dargestellt. Möglichkeiten präventiver psychotherapeutischer und familientherapeutischer Begleitung von betroffenen Familien wurden diskutiert. Eine Übersetzung unserer Erkenntnisse und die Einbeziehung der kindlichen Perspektive in die Sichtweise der Integrierten Medizin steht noch aus und sollte entwickelt werden.  
Protokoll: Anna Staufenberg-Wandschneider

## Arbeitsgruppe 5

### Placebo. Leitung: Frank Schoeneich, Bernd Hontschik

Die Arbeit in der Placebogruppe war fruchtbar. Die meisten kannten den Begriff an sich schon, aber die klinischen Implikationen der Überlegungen hinsichtlich der Nutzung des Placeboeffektes waren doch für alle sehr anregend. Es waren mehr als 10 Teilnehmer (ohne die beiden Gruppenleiter) *sehr* anwesend.

Zunächst gab Frank Schoeneich einen Überblick über die geschichtliche Herkunft der Placebos, die bunten Welten der klinisch und pharmakologisch bzw. biochemisch meßbaren Placebowirkungen, sowie deren wissenschaftlichen Aufstieg zum Goldstandard der modernen Evidence based Medicine.

Ein Fazit aus den Überlegungen besagt, dass wir in der Medizin praktisch keine therapeutische Maßnahme ohne einen potentiellen Placebo-Effekt durchführen können, und dass auch Noceboeffekte beachtet werden müssen. Der Dualismus zwischen „wirklicher Wirkung“ und „nicht wirklicher Wirkung“ beruht auf der Vorstellung therapeutischer Effekte aufgrund kausalmechanischer Wirkungen, von denen alle „Effekte“ klar zu trennen seien, die nicht als solche Wirkungen zu verstehen sind und somit „keine wirklichen Wirkungen“ darstellen.

Systemtheoretisch betrachtet sind Placebo- und Noceboeffekte Abwärtseffekte, d.h. Wirkungen, die beeinflusst von geographischen, genetischen, kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen von der Arzt-Patient-Beziehung über die psychische Ebene

bis auf die Ebene der Organe und ihrer Subsysteme hinabreichen, wo teils meßbare biochemische oder physiologische Veränderungen erfolgen.

Im zweiten Teil legte Bernd Hontschik, wie so oft pointierend, seine Finger an die Wunde der teils verblüffenden Widersprüche dieser (Schein?)-Placebowelten und blieb bei seiner Meinung: Placebos gibt es gar nicht!:

In der Integrierten Medizin gibt es den Begriff 'Placebo' nicht. Wer den Begriff 'Placebo' benutzt, ist schon in die Dualismusfalle der Schulmedizin getappt. Eine starke therapeutische Wirkung kann entstehen, wenn die physiko-chemische Wirkung und die Bedeutungserteilung in die gleiche Richtung zielen. Wenn die physiko-chemische Wirkung und die Bedeutungserteilung in eine jeweils gegenteilige Richtung zielen, entstehen gar keine, unvorhergesehene oder absurde Wirkungen.

Natürlich hat der Vorgang der Bedeutungserteilung auch eine biologische Grundlage (Neurobiologie). Die fundierte Kenntnis der physiko-chemischen Wirkungen (der trivialen Maschine) ist Voraussetzung der ärztlichen Tätigkeit. Ärztliches Können aber ist außerdem das Wissen um die Macht der Bedeutungserteilung und dessen geplanter, dosierter, therapeutischer Einsatz (nicht-triviale Maschine).

Protokoll: Frank Schoeneich

## Arbeitsgruppe 6

### Die Allgemeinmedizin in der neuen Approbationsordnung

Leitung: Hanna Kaduszkiewicz, Philipp Herzog

Hanna Kaduszkiewicz gab einleitend ein Referat über die Struktur und die Implikationen der Neuen AO und berichtete von ihren Erfahrungen in der konkreten Ausbildungssituation als Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE. Zur Veranschaulichung wurde wie im Studentenunterricht mit den Teilnehmerinnen ein Rollenspiel zum Thema „Der schwierige Patient“ durchgeführt. Dabei ergaben sich zunächst Selbsterfahrungseffekte für die beiden Protagonistinnen, wie sie wohl auch den Studierenden widerfahren, wenn sie mit diesen neuen Ausbildungsmethoden konfrontiert werden. Darüber hinaus waren diese Erfahrungen Anlaß, diejenigen Aspekte der neuen AO zu diskutieren, die sowohl die Studierenden als auch die Patienten als Subjekt in die Ausbildung einbeziehen und sich damit den Ansätzen der integrierten Medizin nähern.

P. Herzog stellte das Konzept von Heinz von Förster zur „trivialen und nicht-trivialen Maschine“ als Beispiele für ein offenes und ein geschlossenes System zur Diskussion.

Daran wurde deutlich, wie die Studierenden an Hand der konkreten Ausbildungserfahrungen (z.B. im Umgang mit „schwierigen Patienten“) einen Eindruck davon bekommen könnten, dass die Ausbildung zum Arzt neben dem „Expertentum durch Wissen“ (im Modell des offenen Systems) auch ein „Expertentum des Nichtwissens“ umfaßt. Die Allgemeinmedizin kennt dieses Vorgehen schon seit langem im Prinzip des „Abwartenden Offenlassens der Diagnose.“ Die neue AO bietet - insbesondere im Themenblock V „Psychosoziale Medizin“ - die Chance, den Umgang mit Prozessen im geschlossenen System „Patient“ („black box“) zu erlernen. Dies erfordert die Fähigkeit, Fragen zu stellen, mit nicht vorhersagbaren Ergebnissen umzugehen, in Modellen und unterschiedlichen Systemen zu denken und dabei zu lernen, dass es in jeder Arzt-Patient-Begegnung darum geht, eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren.

Protokoll: Philipp Herzog

neues  
Denken .....



...neue Passung

### ZITAT

**„Vielen herzlichen Dank für die letzte Jahrestagung. Die Themen wie auch insbesondere die Teilnehmer ließen dort etwas sehr Kostbares entstehen, die Kommunikation glich einem kunstvollen Miteinander, die Atmosphäre war etwas ganz Besonderes, ich kam tief berührt und gleichzeitig gelöst und ermutigt zurück in den klinischen Alltag. Die Tage in Glotterbad machen Lust auf weitere Treffen, nicht nur ich habe die Tage als einen Meisterkurs der ärztlichen und therapeutischen Diskursfähigkeit erlebt!“**

Eintrag im Gästebuch der AIM (<http://www.int-med.de/gaestebuch/index.html>)  
von Frank Schoeneich (damals noch Bad Segeberg) am 12.11.2003 nach der Glottertaler AIM-Tagung

## Arbeitsgruppe 7

### Integrierte Medizin in der Basisversorgung/Allgemeinmedizin

Leitung (und Protokoll): **Gisela Volck, Philipp Herzog**

Beim letzten Treffen der Arbeitsgruppe auf der Werkstatttagung in Frankfurt war vereinbart worden, „serielle Mikroszenen“ der ärztlichen Tätigkeit über eine Stunde aufzuzeichnen.

Bereits vor der Tagung lagen über den Email-Verteiler Protokolle vor von Thomas Steger, Klaus Keller, Dirk Harms, Gisela Volck, Philipp Herzog, Gernot Rüter, Ulrich Barthelmes.

Es fiel auf, dass beim Vergleich der Protokolle einige der Protokollanten die im Schema von Gisela Volck vorgeschlagenen Kriterien verändert hatten. Das wurde in der Diskussion darauf zurückgeführt, dass bereits in den vorangegangenen Sitzungen der Begriff der Passung und schon gar der „Selbstpassung“ als zu unpräzise in Frage gestellt worden waren.

Eine der Darstellungen beeindruckte besonders dadurch, dass in der Kategorie „Selbstpassung“ eine Art „Narrativ des Arztes“ entstand über seine Befindlichkeit und den Kampf um sein inneres Gleichgewicht im Laufe der für ihn doch eher belastenden Stunde. Eine andere Darstellung enthielt, gemessen an dem kurzen Aufzeichnungszeitraum, eine Fülle von anamnestischem Material der Patienten, das als „erlebte Anamnese“ auch in „Blitzkontakten“ jederzeit abrufbar ist und ggf. fokusartig genutzt werden kann. In gewisser Hinsicht war für manche der Protokollanten die Erstellung des Berichtes eine Art Selbsterfahrung im Sinne einer Selbstreflexion, die erst beim Aufzeichnen bewußt wurde. Es entstand die Frage: Wo bleibt das alles während des

schnellen Ablaufs der Mikroszenen? Ein Protokollant bedauerte unter diesem Aspekt seinen Versuch, das Erlebte um der Darstellbarkeit willen zu „verdichten“ auf ein bis zwei Schlagworte, da diese Verdichtung doch auch zu einem Inhaltsverlust und zu einer Verarmung des Erlebten in der Schilderung führen kann. Dies führte zu dem Gedanken, dass neben der Fähigkeit, in den Mikroszenen „in sich rein zu gehen“ (im Sinne der Selbstreflexion) für die Herstellung des inneren Gleichgewichtes auch eine Distanzierung vom Patienten folgen muß und so die Rückkehr zur eigenen inneren Wirklichkeit ermöglicht wird. Das Ganze ist ein pendelnder Prozeß, der der Verarbeitung für uns Ärzte dient, und der aus der Distanzierung und der damit verbundenen Reflexion eine Wiederannäherung an den Patienten erst ermöglicht. Wir scheinen dabei innere Bilder von den Patienten, quasi „Repräsentanzen“ zu bilden, die auch in Abwesenheit des Patienten jederzeit abrufbar sind und für Passungsprozesse zur Verfügung stehen. In der Wahrnehmung oder Bewußtmachung dieser „Repräsentanzen“ geschieht ein Teil der Verarbeitung in uns, sie gehört zum Konstrukt des Patienten in uns. Es ist anzunehmen, dass auch in Patienten analoge Prozesse ablaufen, was sich in dem Satz „Jeder Patient konstruiert sich seinen Arzt“ ausdrücken läßt. Die Annäherung dieser Konstrukte muß ein offener Prozeß mit der Chance der Distanzierung und Wiederannäherung sein, da sonst die Gefahr besteht, dass Passungen im negativen Sinne „chronifizieren“.

\* \* \* \* \*

### ZITAT

**„Diese Tagung bringt soviel an Aktivierung, dass andere Gruppen mir dagegen recht blaß erscheinen. Mein Praxispartner sagte mir nach Rückkehr heute, ich sehe aus, als ob ich im Erholungsurlaub war ... kann ich dann diese Tagung steuerlich absetzen?“**

Eintrag im Gästebuch der AIM (<http://www.int-med.de/gaestebuch/index.html>)  
von Hans-Joachim Demmel (Berlin) am 15. Juni 1999 nach der Heidelberger AIM-Tagung

\* \* \* \* \*

## **Protokoll der Mitgliederversammlung der AIM am 12. November 2004 in Hamburg**

Beginn 17.30 Uhr

Der Sprecher des Vorstands Geigges stellt fest, dass die MV unter Vorlage der Tagesordnung fristgerecht einberufen wurde und die Versammlung somit beschlußfähig ist.

Zahl der anwesenden Mitglieder: 40.

### **1. Bericht des Vorstands**

Geigges berichtet über die Aktivitäten des Vorstands in der vergangenen Amtsperiode. Dazu gehören vor allem die Etablierung verschiedener ständiger Arbeitsgruppen (z.B. Forschungsgruppe; Arbeitsgruppe Reflektierte Kasuistik und Modell-Entwicklung (Freiburg, Allgemeinmedizin), Interventionen zum Erhalt psychosomatischer Lehrstühle bzw. integriert-internistischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (Bürgerhospital Stuttgart, Prof. Wedler, Universität Köln, Abteilung von Prof. Köhle, Wiederbesetzung des Lehrstuhls).

Die früheren so genannten „Lehrkörper-Treffen“ wurden abgeschafft und in eine jährlich stattfindende „Modellwerkstatt“ umgewandelt. Die Trennung in Lehrkörper und ordentliche Mitglieder hat sich als nicht sinnvoll erwiesen.

Jahrestagungen und Modellwerkstätten wurden mit Ausnahme Oldenburg durch die Vorstandsmitglieder organisiert und fanden mit ihren Themen ein jeweils intensives und positives Echo:

- 5/2001 Stadtlengsfeld: Lehrkörpertreffen
- 9/2001 Bad Segeberg: 8. Jahrestagung  
Arzt-Patient-Synapsen / Konstruktion von Wirklichkeiten
- 4/2002 Oldenburg: Modellwerkstatt  
Ganzheit als biologischer Begriff
- 11/2002 Frankfurt: 9. Jahrestagung  
Narrative Based Medicine
- 3/2003 Bad Mergentheim: Modellwerkstatt  
Gesundheitspolitische Standorte
- 11/2003 Glottertal: 10. Jahrestagung:  
Körper-Sein und Körper-Haben (2), Medizin – Hilfe und Trauma
- 5/2004 Frankfurt: Modellwerkstatt  
Placebo; Vorfeld: Öffentliche Veranstaltung mit Bernard Lown

### **2. Diskussion des Vorstandsberichts**

Plassmann betont, dass sich die Forschungsgruppe sehr gut etabliert hat und regt an, diese Gruppe in Richtung auf eine „Klinische Forschungsgruppe“ auszuweiten. Seidel regt an, dass sich die AIM mehr als bisher mit einer „Integrierten Medizin des Kindesalters“ auseinandersetzen soll. Dieser Bereich fehlt in der AIM. Sie weist außerdem darauf hin, dass es sich bei Vorstand und Mitgliedschaft vornehmlich um einen „Männerverein“ handelt und regt an, das Geschlechterverhältnis anzugleichen. Zu dieser Thematik und bei der Diskussion über den Austritt eines Mitglieds im späteren Verlauf der MV weisen Hontschik, Schmeling-Kludas und Bertram noch einmal darauf hin, dass der Vorstand nicht die Organisation und die Verwaltung von Aktivitäten und inhaltlichen Anregungen aus den Reihen der Mitgliedschaft leisten kann. Er sieht seine Aufgabe darin, Verknüpfungen her- und Initiativen aus der „Basis“ vorzustellen, um die Bedingungen zu schaffen, dass sich neue Aktivitäten entwickeln können. Diese müssen inhaltlich und organisatorisch dann von den Mitgliedern der AIM, am sinnvollsten in Gruppen, organisatorisch aufgegriffen und aktiv gestaltet werden.

### 3. **Kassenbericht**

Schmeling-Kludas legt den Kassenbericht für den bisherigen Verlauf des Jahres 2003 vor, der wie immer in Kooperation mit Marina von Uexküll erstellt wurde (kann im Sekretariat angefordert werden).

### 4. **Verschiedenes**

Metelmann fragt nach dem Ertrag aus dem Verkauf der Tagungs-CD von Glottertal. Hontschik erläutert, dass der Ertrag in den Haushalt des Jahres 2004 eingeflossen sei. Die CD wurde von der AIM vorfinanziert, die Kosten sind zu ca. zur Hälfte zurückgeflossen. Geigges verliest einen Brief von AIM-Mitglied Schirmer, der selbst nicht persönlich anwesend ist. Es ist ein Plädoyer für ein AIM-Hausarztmodell und regt an, dass sich die AIM für die Implementierung der integrierten Medizin in die bisherige so genannte „integrierte Versorgung“ im Rahmen der Praxisverbund-Modelle engagieren soll. Der Brief findet allgemeine Zustimmung,

Plassmann äußert jedoch Skepsis, dass die Kassen der Partner der AIM sein können. Seines Erachtens seien dies die Patienten. Es wird vorgeschlagen, dass der Brief von Schirmer im nächsten AIM-Telegramm abgedruckt wird, und dass zu diesem Thema bei einer der nächsten Tagungen eine Arbeitsgruppe eingerichtet wird.

### 5. **Modellwerkstatt Jahrestagung 2005**

Der Vorstand schlägt vor, dass die nächste Modellwerkstatt in Glotterbad als Symposium zu Ehren von Thure von Uexküll durchgeführt wird. Im Hinblick auf die Jahrestagung 2005 äußert Kämmerer Bedenken, ob diese aus den Ressourcen seiner Klinik und seines Sekretariats in Hannover organisatorisch bewältigt werden kann. Er übergibt ein Angebot einer Agentur, nach der die organisatorische Vorbereitung und Durchführung 4000 Euro kosten würden. Hinzu kämen die Sachkosten. Aus dem Kreis der Mitglieder und des AIM-Sekretariats werden Kämmerer daraufhin mehrere Angebote zur Unterstützung unterbreitet. Herr Kämmerer selbst wird sich über die Pressestelle noch einmal nach der Möglichkeit erkundigen, die Tagung kostengünstiger durch Praktikanten organisieren zu lassen. Der Vorstand wird daraufhin noch diskutieren, ob die Mittel für eine „externe“ Organisation der Tagung in Hannover bereitgestellt werden können. Die Vorerfahrungen mit einer solchen Organisation bei der Tagung in Stuttgart vor einigen Jahren zeigen, dass solche Organisationsmodelle sehr defizitär sein können. Notfalls wird man nach einer Alternative für die Ausrichtung der Jahrestagung 2005 suchen.

### 6. **Neuwahlen**

Nach dem Bericht des Vorstands und der sich anschließenden Diskussion bittet der bisherige Vorstand um Entlastung. Sie wird einstimmig bei Enthaltung der Vorstandsmitglieder erteilt.

Der Vorstand tritt daraufhin zurück.

Daraufhin werden Philipp Herzog und Marina von Uexküll von der MVV als Wahlleiter gewählt, Herzog übernimmt die Leitung der Versammlung.

Als Kandidaten für den neuen Vorstand werden von der MVV nominiert: Rolf Adler, Wulf Bertram, Werner Geigges, Bernd Hontschik, Wolf Langewitz, Alex Schaub, Christoph Schmeling-Kludas, Anna Staufenbiel-Wandschneider, Gisela Volck. Da Schaub nicht anwesend ist, vorher nicht gefragt wurde und auch nicht mehr gefragt werden kann, ob er eine Wahl annehmen würde, wird er von der Vorschlagsliste gestrichen.

Die anschließende Wahl hat folgendes Ergebnis (in Klammern Stimmzahl):

Geigges (40), Hontschik (40), Bertram (39), Schmeling-Kludas (39), Volck (37), Staufenbiel-Wandschneider (33), Langewitz (32), Adler (18).

Damit sind

**Bertram, Geigges, Hontschik, Langewitz, Schmeling-Kludas, Staufenbiel-Wandschneider und Volck**

als neue Vorstandsmitglieder gewählt. Die Kandidaten nehmen die Wahl an. Der neue Vorstand bedankt sich für das Vertrauen der Mitglieder und kündigt an, dass voraussichtlich am 15. Januar eine erste Sitzung des neuen Vorstands in Freiburg stattfinden wird.

Gegen 19.30 schließt der Versammlungsleiter Philipp Herzog die MV.

Protokoll: Dr. W. Bertram

\* \* \* \* \*

## VERSCHIEDENES

### **Weltmetropole Hamburg!**

Während der letzten AIM-Jahrestagung im November 2004 versammelten wir uns zum Geselligen Abend vor dem Eingang des dortigen Völkerkundemuseums. Nur wer dabei war und die Posse wirklich erlebt hat, kann so recht glauben, daß die folgende Geschichte kein Anglerlatein ist: Man hat uns fast eine Stunde lang nicht eingelassen, breitflächige Security-Personen waren am Eingang postiert, Polizei rückte an! Der Durchgang durch das Museum zur lange vorher angemieteten Restauration wurde uns verboten (Gerücht: wir könnten uns an den kostbaren Exponaten vergreifen und diese für die Museen unserer Heimatstädte rauben)! Nach unendlich scheinendem Hin und Her (ein AIM-Mitglied hatte inzwischen schon seine Wohnung umgeräumt und für die spontane Aufnahme von mehr als 50 durstigen und hungrigen Medizinern hergerichtet), durften wir aber doch plötzlich eintreten – in der Folge hatten wir alle einen schönen Abend! Ein bißchen störend waren nur die Muskelpakete auf den Fluren, die den Toilettengang und den Weg zur Garderobe immer aufmerksam begleiteten .....

Ein Beschwerdeschreiben an Herrn Staatsrat Wersich, der uns am Vormittag noch mit einer so schönen Begrüßungsrede zu unserer Tagung beglückt hatte, blieb trotz Nachfrage im Dezember ohne jede Antwort. Eine Anfrage der Hamburger Veranstalter bei der Kultursenatorin: dito. Ein empörter Brief an den Herrn Ersten Bürgermeister: Man werde sich kümmern .....

Nichts ist geschehen, es hat keine Antwort, keine Entschuldigung gegeben.

Nun: in Hamburg ist die Obrigkeit an der Abhaltung von Tagungen und Treffen zum internationalen wissenschaftlichen Austausch scheinbar nicht sonderlich interessiert.

Sollten wir uns trotz dieser Erfahrungen noch einmal dazu entschließen, wieder in Hamburg zu tagen, dann wäre es vielleicht besser, sich zumindest für den Geselligen Abend lieber in einer Nachbarstadt anzumelden .....

### **Doktorarbeit Handchirurgie**

Eine Email aus dem Schwarzwald hat den folgenden Text:

„Durch die Zunahme des ambulanten Operierens in der Handchirurgie hat sich im stationären Bereich der Anteil der Psychosomatischen Patienten derart massiert, dass bestimmt jeder dritte oder vierte in diese Kategorie fällt. Es ist so schade, dass ich beim besten Willen keine Zeit habe, das mal wirklich wissenschaftlich anzugehen. Vielleicht haben Sie eine Idee, z.B. dass man mal einen Doktoranden daransetzt (den ich natürlich vom handchirurgischen her mitbetreuen würde). Sie haben doch sicher Kontakt zu potentiellen Doktorvätern? Vielleicht fällt Ihnen noch was besseres ein. Ich bin sicher, dass trotz des doch sehr speziellen Themas wir genug Zahlen aufs Tapet bringen könnten.“

Wer sich interessiert, bitte um Nachricht an [telegramm@int-med.de](mailto:telegramm@int-med.de)!

# IGeL-Medizin

Der Vorstand der AIM hat den Kollegen Bernd Kalvelage nach seinem Vortrag bei der 11. AIM-Jahrestagung in Hamburg zum Thema „Die Chronifizierung von Kranksein, Arztsein und Gesundsein“ gebeten, einen Entwurf für eine Stellungnahme der AIM zur IGeL-Medizin zu erarbeiten. Dieser Text ist vom AIM-Vorstand weitgehend übernommen und inzwischen an viele Institutionen im Bereich der Gesundheitspolitik verschickt worden. Im Folgenden können Sie eine gering gekürzte Version des Textes lesen und sich damit auch schon auf Ihre Teilnahme an der Arbeitsgruppe 4 bei unserer diesjährigen Tagung vom 2.-4.6.2005 in Glottertal vorbereiten:

## Cave IGeL! - Stellungnahme zur sogenannten IGeL-Medizin

Mit den sogenannten Individuellen Gesundheits-Leistungen (IGeL) wird eine angeblich „neue Medizin“ propagiert und Ärzten als „zweites Standbein“ zur Sicherung des ökonomischen Status ihrer Vertragsarztpraxis angeboten. Die Darstellungen in den medizinischen Medien sind meist kritiklos, auf Risiken und Gefahren wird – wenn überhaupt - meist nur am Rande hingewiesen.

Selbstmedikation zur Gesundheitsoptimierung ist ein aktuell verbreiteter Versuch der Chronifizierung (s.u.) und Medikalisierung der Gesundheit. Deutsche rangieren bei den Ausgaben für selbst verordnete Medikamente europaweit hinter der Schweiz auf Platz 2, bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit aber auf dem allerletzten Platz.

Die Erkenntnis, dass jährlich ca. 130 Mrd. € jenseits der GKV für Gesundheitsleistungen in Deutschland ausgegeben werden, hat Begehrlichkeiten nicht nur bei Gesundheitspolitikern (steigende Zuzahlungen in der GKV), sondern auch bei Medizinern geweckt. Es war die Geburtsstunde der IGeL-Medizin. Ihr Erfinder, Lothar Krimmel definiert IGeL als:

„Ärztliche Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, die dennoch von Patienten nachgefragt werden und die ärztlich empfehlenswert oder je nach Intensität des Patientenwunsches zumindest ärztlich vertretbar sind.“

Diese Definition wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kritiklos übernommen.

Eine Analyse seines Gebührenverzeichnisses MEGO (Landsberg/Lech 2003) weist IGeL als ein mixtum compositum aus, bestehend aus:

1. Noch-GKV-Leistungen wie HIV-Test oder TSH-Bestimmung
2. ehemaligen GKV-Leistungen, die aus guten ‚wissenschaftlichen‘ Gründen entsorgt wurden, wie vorsorgliche Routine-Mammographie oder Knochendichtemessung ohne Indikation
3. ehemaligen GKV-Leistungen, die (leider) aus Kostengründen aus der GKV ausgegliedert wurden, wie der vorsorgliche orale Glukose-Toleranz-Test in der Schwangerschaft oder die Glaukomfrüherkennung mittels Perimetrie
4. sinnvollen Untersuchungen, wie reisemedizinische Beratung, Impfberatung, sportmedizinische Untersuchung oder Kontrolle der Hausapotheke
5. unsinnigen Untersuchungen, wie die „große Ozon-Eigenbluttherapie“, die „bioelektrische Impedanzanalyse zur Bestimmung der Körperzusammensetzung“ oder die „sonographische Untersuchung auf Vitalität des Feten in der 6.-8. Schwangerschaftswoche“ (die interessanterweise ab der 9. Schwangerschaftswoche eine selbstverständliche GKV-Leistung ist !)
6. gefährlichen Untersuchungen wegen fehlender oder voreiliger therapeutischer Konsequenzen, wie „Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms durch Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens (PSA)“, die „prädiktive genetische Diagnostik und Beratung gesunder Personen zur Feststellung des Heterozygotenstatus (Anlageträgerschaft) hinsichtlich rezessiv-erblicher Erkrankungen“ oder der „Anti-aging-Basis-Check für die Frau (TSH, FSH, Östradiol und DHEAS)“, Injektionen von nicht verordnungsfähigen Arzneimitteln (wie Vitamine oder (angeblich) knorpelschützende Substanzen).

Ärzte sind Experten für die Prävention, Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Eine wissenschaftlich eindeutige Definition von Gesundheit liegt ebenso wenig vor wie Beweise (jenseits wissenschaftlicher Präventionsstudien) dafür, dass Gesundheit durch (der kurativen Medizin entlehnte) medizinische Maßnahmen oder Eingriffe herbeigeführt oder gesichert werden kann. Festzustellen ist auch, dass die „Patienten-Nachfrage“ nach IGeL-Leistungen von ärztlicher Seite ausgelöst wurde und in Einzelfällen GKV-Leistungen Patienten in betrügerischer Absicht als IGeL-Leistungen verkauft wurden ...

Die IGeL-Medizin hat das Erscheinungsbild der Medizin verändert, sie macht obsoletere und gefährliche Methoden hoffähig, sie droht die Reputation der Ärzteschaft nachhaltig zu beschädigen und wird eine tiefgreifende Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses nach sich ziehen.

Unsere Bedenken im Einzelnen:

1. Medikalisierung der Gesundheit.  
IGeL-Mediziner erheben den Anspruch, Gesundheit produzieren zu können. Sie behaupten, Gesundheit sei eine – wie eine chronische Krankheit – zu bewältigende Aufgabe ....
2. Verstärkung gesundheitspolitischer Trends  
Der Kostenbeteiligung in Form der Bar(zu)zahlung, der Registrierkasse an der Patientenmeldung wird ärztlicherseits der Weg geebnet – entgegen aller standespolitischen Empörung über die „Zumutung, die Praxisgebühr einzuziehen zu müssen“. ...IGeL-Mediziner bieten neben den z.T. gefährlichen Scharlatanerien ihre Zuwendung und exakt jene ... diagnostischen und therapeutischen Mittel Gesunden gegen Bargeld an, die den „gesetzlich Kranken“ immer häufiger mit dem Hinweis auf Budgets und angeblich unvermeidbare Rationierungen verweigert werden.
3. Mißbrauch der „Droge Arzt“ (Michael Balint)  
IGeL-Mediziner dealen mit der Droge Arzt auf einem Schwarzmarkt, dessen Abgrenzung vom normalen Praxisbetrieb aber für die meisten Patienten nicht kenntlich werden wird oder werden soll. ... Für den (kritischen) Patienten stellt sich bestenfalls die Vertrauensfrage, behandelt der Arzt mich noch oder igelt er schon ?
4. Förderung von Hypochondrie und unkontrollierter Placebo-Medizin  
In der IGeL-Medizin gehen Mediziner und Patient eine „Suggestionsgemeinschaft“ ein. Die erhoffte Wirkung tritt um so wahrscheinlicher ein, je fester ich den Versprechungen des Anbieters glaube (und je höher der Preis ist, den ich bereit war, dafür zu zahlen), Angst vor schlimmen Krankheiten ist nicht mehr Anlass für Aufklärung, gründliche Untersuchung und Entängstigung des „besorgten Gesunden“, sondern die wach zu haltende Geschäftsgrundlage der IGeL-Praxis.
5. Erosion des ärztlichen Charismas, Außerkräftsetzung ärztlicher Codices und Standards  
Der IGeL-Mediziner gibt zeitweise sein Arztsein auf, wird freiwillig und bewußt im Neben- oder Parallelberuf zu dem, was die organisierte Ärzteschaft seit Beginn der GKV vehement bekämpfte: zum „Kurpfuscher“. Er kündigt einen jahrhundertealten Codex ärztlichen Handelns auf: „Die Heilkunst ist an den kranken Menschen gebunden. Wenn kein Kranker da ist, so hat auch die Kunst des Arztes kein Wirkungsfeld.“ (Klemens von Alexandrien, 3. JH n Chr...).
6. Patient wird zum Kunden  
IGeL müssen verkauft werden, und zwar von den Praxismitarbeiterinnen, die sich das Vertrauen der Patienten im kurativen Bereich erworben haben. Da der „Kunde“ die Grenze zwischen beiden Bereichen nicht immer wird ziehen können, ist er als „Verbraucher“ bei seinem Arzt schlechter gestellt als im Kaufhaus, wo er der Verlogenheit der Werbung sein kritisches Verbraucher-Bewußtsein entgegensetzen kann. Gesundheit ist keine Ware.
7. Unterlaufen aller Kontrollen  
... Das Heilungsprivileg, das die Gesellschaft dem Ärztetand anvertraut hat, wird jeglicher gesellschaftlicher Kontrolle entzogen: Mr. Hyde und Dr. Jekyll praktizieren in einer Gemeinschaftspraxis!

Die Mehrheit der Ärzteschaft und auch die meisten Standespolitiker sind sich offensichtlich der Gefahren (noch) nicht bewußt, die unseren Patienten und der Medizin als Heilkunst durch die hier

aufgezeigten Entwicklungen drohen. Codices sollen angeblich entwickelt werden und mißbräuchliche Entgleisungen verhindern, als ob die Erfindung der IGeL-Medizin nicht bereits ein - oben im Einzelnen ausgeführtes - pervertiertes ärztliches Denken voraussetzte.

*Wir fordern deshalb die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland und die Verantwortlichen der Gesetzlichen Krankenkassen sowie die Stiftung Warentest und die Bundesregierung auf, zur IGeL-Medizin öffentlich Stellung zu nehmen und unsere Forderungen zu unterstützen und umzusetzen:*

1. IGeL-Verbot für alle Vertragsärzte, die sich entscheiden sollten, ob sie als Vertragsärzte ihre vertraglichen Pflichten erfüllen oder als IGeL-Mediziner ihren Neigungen und lukrativen Geschäften nachgehen wollen. Hier ist ein Beschluss der Ärztekammern nötig!
2. Hilfsweise, die Mehrheitsverhältnisse und den Diskussionsstand in den Kammern berücksichtigend, eine Mindestforderung: Anmeldepflicht und Qualitätskontrolle aller IGeL-

Leistungen, die nicht mehr in der laufenden Vertragsarzt-Sprechstunde werbend angeboten werden dürfen.

3. Abfindung unrentabler, auf IGeL-Medizin aus ökonomischen Gründen angewiesener Praxen und Erfüllung des Sicherstellungsauftrags in minderversorgten Regionen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
4. Die Krankenkassen müssen verstärkt ihre Mitglieder beraten und z.B. durch Einrichtung einer Clearingstelle, Mißbrauchsfälle aufdecken und durch Entzug der Vertragsarztzulassung ahnden.
5. Überprüfung der medizinisch sinnvollen IGeL-Leistungen durch den Ausschuss Ärzte und Krankenkassen und ggf. indikationsbeschränkte (Wieder)Aufnahme in den Katalog der GKV.
6. Verbraucher-Bewußtsein schaffen durch die Medien, Verbraucher-Beratungsstellen, die Stiftung Warentest, das selbstbewußte öffentliche Auftreten der Ärzte gegen die IGeL-Mediziner in ihren eigenen Reihen und einen gesellschaftlichen Diskurs über „Gesundheit“, der Patienten befähigen sollte, über IGeL-Angebote in den Arztpraxen mit den Füßen abzustimmen.

## **Neue Regionalgruppen NRW und Berlin, Bericht der Regionalgruppe Hamburg**

Es gibt zwei neue Initiativen zur Gründung von Regionalgruppen.

*In Berlin trifft man sich inzwischen einmal im Monat:*

„Tatsächlich gedeiht hier in Berlin so etwas wie eine bisher noch weniger bekannte AIM-Gruppe im Larvenstadium, eine sogenannte ‚larvierte‘ AIM-Regionalgruppe. Ich fungiere derzeit als so etwas wie ein Ansprechpartner hier im Raum Berlin-Brandenburg, wir treffen uns derzeit jeweils am ersten Mittwoch im Monat um 20 Uhr im Charité-Hochhaus bei mir auf der Station 124, aber wollen in Zukunft auch das Brandenburgische bereisen und näher kennenlernen. Wir stellen so etwas wie eine kleine versprengte Gruppe von Außenseitern dar, unsere Treffen haben keine bedeutende Karriererelevanz und sind eher so etwas wie Diskurse durch die Welt der

Medizin und angrenzender Bereiche. Vor den Treffen fragen wir uns sicherlich immer mal wieder, warum heute dahin, danach wissen wir es dann meistens (mir geht es jedenfalls so).

Wir wollen demnächst, wenn sich unsere Gruppe weiter verstetigen läßt, sicherlich auch die Werbetrommel für unsere Treffen rühren über den Internetauftritt der AIM.

Charité Hochhaus, Luisenstr. 65, 13. Stock, Station 124, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Treffpunkt OA-Zimmer, Tel. 030-450-553567 oder 0170-5539482.

Frank Schoeneich“

*Die zweite Initiative betrifft Nordrhein-Westfalen. AIM-Mitglied Christian Meyer hat Anfang des Jahres hierzu den folgenden Aufruf verbreitet:*

„Liebe Kolleginnen und Kollegen, bereits im Rahmen der 11. Jahrestagung der AIM im November des vergangenen Jahres wurde deutlich, dass es in NRW zahlreiche motivierte und kompetente Mitglieder der AIM gibt, welche eine integrierte Medizin nachhaltig gestalten können und wollen. Aus diesen Möglichkeiten war die Idee einer Regionalgruppe NRW geboren.

Aus den vielen Erfahrungen die einige unter uns bereits in einzelnen Regionalgruppen zwischen Münster und Köln sammeln konnten, in Kombination mit den vielseitigen medizinischen Erfahrungen aller Mitglieder in NRW, freuen wir uns diese Ressourcen zu bündeln und für eine konstruktive Gestaltung der AIM im Sinne von Therapeuten und Patienten nutzbar zu machen.

Im Folgenden sollen kurz einige Gedanken im Rahmen der Gründung der Regionalgruppe NRW skizziert werden, welche einen Ausgangspunkt für eine konstruktive gemeinsame Gestaltung der Weiterentwicklung der integrierten Medizin in NRW bilden mögen.

Wir befinden uns mit unserer zentralen Lage und der guten Infrastruktur in NRW in der Region mit der größten Dichte an Universitäten in Europa. Darüber hinaus finden sich unzählige weitere Gesundheitsorganisationen in denen teilweise bereits Mitglieder der AIM vertreten sind. Aus den zahlreichen Ressourcen welche uns zur Verfügung stehen, stellt sich die Frage nach der Gestaltung einer gemeinsamen Regionalgruppe NRW:

- Wie läßt sich eine Regionalgruppe NRW räumlich realisieren?

Auf Grund der zwar kurzen aber unter Umständen nicht immer uneingeschränkt zu bewerkstellenden Entfernungen in der Region, stellt sich zunächst die Frage wo die Treffen unserer Mitglieder gewünscht sind. Ist es sinnvoll eine Stadt im Fokus zunächst festzulegen, oder sind wechselnde Örtlichkeiten gewünscht, welche dann ggf. den inhaltlichen Schwerpunkten der einzelnen Treffen entsprechend koordiniert werden könnten? Hier schließt sich unweigerlich die Frage nach verfügbaren Räumlichkeiten für unsere Treffen an!? Beiträge jeder Art sind stets herzlich willkommen.

In Anlehnung an das Model der Regionalgruppe Frankfurt mit einem Turnus von insgesamt ca. 10 Treffen pro Kalenderjahr sollte eine räumliche Organisation unserer Zusammenkunft auf spielerische Weise gemeinsam gestaltbar sein.

- Wie möchten wir unsere Regionalgruppe inhaltlich organisieren?

Hier stellt sich die Frage nach kurz-, mittel- und langfristigen Zielen unserer Gruppe:

Was wünscht sich jeder von uns für die Regionalgruppe? Welche der Inhalte die sich in der Schriftenreihe der AIM finden, lassen sich gezielt fördern und was möchte jeder von uns gerne einbringen? In welcher Weise lassen sich in Rücksprache mit dem Vorstand der AIM neue Themenfelder erschließen bzw. abdecken?

Die skizzierten Fragestellungen lassen die Möglichkeiten einer gemeinsamen fokussierten Gestaltung erst erahnen. Um die Zukunft der AIM in NRW zu konkretisieren senden sie mir bitte Ihre spontanen Ideen, Wünsche und Visionen bis Ende März 2005. Wir können diese dann gemeinsam zu einem ersten dynamischen Bild zusammenfügen und das erste Treffen der Regionalgruppe NRW in unserem gemeinsamen kreativen Umfeld verwirklichen.

In der Vorfreude auf einen gemeinsamen schöpferischen Austausch verbleibe ich,  
Ihr

Christian Meyer“ (c.mey@web.de)

Aus der Regionalgruppe Hamburg ist der folgende Bericht gekommen:

### **„10 Jahre Hamburger Regionalgruppe der Akademie für Integrierte Medizin**

Am 01. März 1995 gründete sich die Hamburger Regionalgruppe der Akademie für Integrierte Medizin. In nur leicht wechselnder Besetzung tagte die Gruppe seither jeden 1. Montag im Monat. Wir führten viermal im Jahr Reflektierte Kasuistiken durch, die im Hamburger Ärzteblatt angekündigt wurden und für Nichtmitglieder offen waren. Wir beschäftigten uns mit theoretischen Grundlagen der Integrierten Medizin, z.B. mit einzelnen Kapiteln aus dem von v. Uexküll, Geig-

ges und Plassmann herausgegebenen Buch zur Integrierten Medizin. Von Anfang an war die Hamburger Gruppe mit dem Vorstand der AIM verbunden, über viele Jahre in der Person von Antje Haag. Dies erleichterte die Beteiligung an den überregionalen Aktivitäten der AIM (mehrere Modellwerkstätten und 2 Jahrestagungen wurden von der Hamburger Gruppe organisiert).

Über das gemeinsame Interesse an der Integrierten Medizin hinaus entwickelte sich in der Hamburger Gruppe über die Jahre ein sehr freundschaftlicher enger

Kontakt, der für uns alle angesichts der Umwälzungen in der Medizin immer wieder auch eine Quelle der Kraft darstellte. Der Nachteil dieser Verbindlichkeit bestand darin, dass wir etwas zum „Fremdeln“ neigten und nicht unbedingt aktiv versuchten, neue Mitglieder für die Regionalgruppe zu gewinnen. Wir haben eingesehen, dass das nicht mehr zeitgemäß ist, zumal die Unterscheidung zwischen Dozenten und einfachen Mitgliedern der Akademie für Integrierte Medizin aus guten Gründen weggefallen ist. Im Anschluß an die Hamburger Jahrestagung haben wir von daher noch einmal

alle AIM-Mitglieder aus dem Großraum Hamburg (21 an der Zahl) angeschrieben, um auf unserem 10-jährigen Jubiläumstreffen am 07. März 2005 eine neue Phase der Regionalgruppenarbeit einzuleiten. Ich bin gespannt, wer kommen wird und auf welchen Weg wir uns machen. Aus meinem persönlichen Blickwinkel scheint auf jeden Fall eines vordringlich: Wir müssen die Durchführung der Reflektierten Kasuistiken erheblich verbessern, denn in Hamburg waren deren Ergebnisse bislang viel zu unbefriedigend.“

Christoph Schmeling-Kludas  
Hamburger Regionalgruppe der AIM

\* \* \* \* \*

## EHRENMITGLIEDER der AIM

Der Vorstand der AIM hat bei seiner Sitzung am 14./15. Januar 2005 in Freiburg beschlossen, insgesamt sieben Personen die Ehrenmitgliedschaft der AIM anzubieten, die sich um das Anliegen der Integrierten Medizin und um die Ziele der Akademie für Integrierte Medizin nach Ansicht des Vorstandes in den vergangenen Jahren besonders verdient gemacht haben.

Im folgenden werden (in alphabetischer Reihenfolge) Auszüge aus den Antwortschreiben dieser 7 Personen auf das Angebot der Ehrenmitgliedschaft zitiert:

Rolf **Adler**, Bern

„Der Vorstand der AIM hat mir mit dem Angebot der Ehrenmitgliedschaft eine ganz große Freude bereitet.

Ich nehme das Angebot mit Dankbarkeit an und werde mich bemühen, der AIM anregend und kritisch zur Verfügung zu stehen.“

Dieter **Bergemann**, Stuttgart

„Die Nominierung zum Ehrenmitglied der AIM nehme ich sehr gerne an. Ich empfinde es als große Ehre, durch die Mitgliedschaft der AIM weiterhin eng verbunden bleiben zu können.“

Peter **Hahn**, Heidelberg

„Über Ihr Angebot der Ehrenmitgliedschaft der AIM habe ich mich außerordentlich gefreut. Natürlich nehme ich an. Je älter man wird, desto ‚integrierter‘ möchte man ja denken und handeln, weil die Details eine andere Bedeutung bekommen – aber das ist ‚ein weites Feld‘, und man muß wohl nur darauf achten, daß das nicht als Altersschwachsinn ausgelegt wird.“

Karl **Köhle**, Köln

„Ich habe mich sehr über dieses Angebot, Ehrenmitglied der AIM zu werden, gefreut (unabhängig davon, daß das Angebot einer Ehrenmitgliedschaft wohl endgültig das Überschreiten der Grenze zum Alter markiert) und nehme es gerne an. Ich hoffe, ... etwas zur Entwicklung der AIM in den nächsten Jahren beitragen zu können.“

**Bernard Lown**, Boston

„I turn with eagerness to respond affirmatively to your invitation. ... I am delighted to accept. ... I have long admired the Academy of Integrated Medicine. The deprofessionalization of medicine is now at a gallop. Healing is being transformed from a covenant into a commercial contract. The values that have defined our profession are being threatened. ... At the same time, there is a deep rot relating to the dominance of technology that is replacing the human relationship which has long sanctified what doctoring was all about. ... In any case, my good wishes to you and your enterprise.“

**Dietrich Niethammer**, Tübingen

„Mit großer Überraschung habe ich Ihren Brief gelesen und möchte mich für die Ehre, die mir durch die Akademie zuteil wird, bedanken. ... Bei der Diskussion meines Vortrages hat mir ja eines Ihrer Mitglieder deutlich zu verstehen gegeben, dass ich, obwohl ich kein Psychosomatiker sei, doch viele Dinge wie ein solcher sehen würde. Ich kann dazu nur sagen, dass mir eine Trennung zwischen Behandlungsstrategie und Psychosomatik nie so recht eingeleuchtet hat. So habe ich auch bei meiner Abschiedsvorlesung das Thema gewählt „Moderne Hochleistungsmedizin oder ganzheitliche Betreuung in der Kinder- und Jugendmedizin - alternative Konzepte?“. In diesem Vortrag habe ich versucht deutlich zu machen, dass gerade bei aller Begeisterung für die moderne Medizin, die auch mich immer wieder angetrieben hat, diese für den Patienten nur adäquat eingesetzt werden kann, wenn auch die psychische und psychosoziale Seite mit all ihren Aspekten berücksichtigt wird. Ich denke, dass das auch immer die Botschaft von Thure von Uexküll war. Der langen Rede kurzer Sinn - ich bedanke mich für die Ehre und nehme das Angebot gerne an.“

**Daniel Vasella**, Basel

„Mit Freude habe ich vom Entscheid des Vorstands der Akademie für Integrierte Medizin Kenntnis genommen, mir die Ehrenmitgliedschaft anzubieten. Ich möchte Ihnen für diese Ehre, die ich gerne annehme, bestens danken. Es war mir in der Tat ein Anliegen, Ihrer Akademie meine Unterstützung zukommen zu lassen angesichts der Bedeutung, die ich der Thematik und den Aktivitäten Ihrer Körperschaft beimesse. Gerne benütze ich die Gelegenheit, um der Akademie und ihrer Leitung die besten Wünsche für anhaltenden Erfolg auszusprechen und verbleibe mit meinem nochmaligen Dank für die Ehrung, die der Vorstand mir gewährt.“

**Wolfgang Wesiack**, Innsbruck

„Für die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft in der Akademie für Integrierte Medizin möchte ich mich ... recht herzlich bedanken. Gerne würde ich an einer Arbeitsgruppe zur ‚Theorie der Medizin‘ mitarbeiten.“

\* \* \* \* \*

## ZITAT

**“I am very impressed with the outline given on this website about integrated medicine. I practise in South Africa where the cultural tradition of meaning through illness was honoured. This approach is still in its infancy in our academic circles though, and I am interested in connecting with other practitioners to develop my understanding and depth in this field. Are there workshops given in English sometimes at one of the universities, as my German is okay for reading, but may not cope with more complex speech! Thank you for the inspiration I gained from making this connection.”**

Eintrag im Gästebuch der AIM (<http://www.int-med.de/gaestebuch/index.html>)  
von Ingrid Skalal (Südafrika) am 19. November 2003

## WIE FINDEN SIE DAS?

Im letzten AIM-Telegramm Nr. 11 vom Oktober 2004 haben wir einen Beitrag von Klaus Dörner (Hamburg) abgedruckt, in dem dieser bei einem Vortrag während eines Kongresses der Berufsgenossenschaften die Posttraumatische Belastungsstörung bzw. den gegenwärtigen Umgang mit dieser ‚neuen‘ Diagnose als „neues Faß im Gesundheitswesen“ scharf angreift. Der empörte Aufschrei von Hunderten von AIM-Mitgliedern, mit dem wir eigentlich gerechnet hatten, ist ausgeblieben, aber zwei Stellungnahmen haben uns doch erreicht, die wir im Folgenden wiedergeben:

„Die PTBS ist in der Tat voll ausgeprägt ein eher seltenes Ereignis im Vergleich zur großen Zahl sonstiger traumabedingter Störungen. Wenn Klaus Dörner der Felitti-Studie von 2002 oder den Arbeiten von Gerald Hüther keinen Glauben schenken möchte, dann ist seine Position eine Glaubensangelegenheit und ein weiterer Diskurs nicht aussichtsreich. Was Klaus Dörner wahrscheinlich nicht weiß, ist dass professionelle Traumatherapie nicht nur aus Exposition besteht. In sehr vielen Fällen ist eine sorgfältig, auch stationär durchgeführte Stabilisierungsphase als Mittel der Wahl vollständig ausreichend, während eine Expositionsphase nicht erforderlich ist. Ärgerlich ist die Unterstellung, dass Kriegstraumatisierte in Wahrheit Simulanten seien.“

Reinhard Plassmann, Bad Mergentheim

„Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) und Traumatherapie sind Modethemen. Und in der Tat wird bei dem Flächen deckenden „Screening“ nach PTSD, das derzeit in der Chirurgie, in der Kardiologie, in der Onkologie, auf Intensivstationen usw. durchgeführt wird, die Prävalenz dieser Störungen häufig viel zu hoch beurteilt, in der Regel aufgrund des methodisch falschen Einsatzes von Selbstbeurteilungsinstrumenten. Gleichzeitig ist für mich als Psychotherapeut aber die Traumatheorie einschl. ihrer neuropsychologischen Grundlagen die wichtigste Innovation in der Psychotherapie in den letzten Jahrzehnten, mit ganz unmittelbarem Nutzen für die Betroffenen. Kenntnisse von PTSD und daran anschließenden therapeutischen Vorgehensweisen sind deswegen nicht nur bei der Behandlung von KZ-Überlebenden und Vietnam-Veteranen hilfreich, sondern auch bei Opfern von Unfällen, Gewalt, Missbrauch oder solchen Menschen, die durch medizinische

Maßnahmen, die ihnen zum Überleben verholfen haben, zugleich psychisch traumatisiert wurden (z.B. durch die Behandlung mit implantiertem Defibrillator, durch onkologische Therapie usw.). Diese Patienten gibt es, auch wenn ihre Zahl in manchen Publikationen zur Zeit überschätzt wird. Aus meiner Sicht sind deswegen die Empfehlungen von Klaus Dörner von nicht zu überbietender Einseitigkeit. Die Formulierung der ersten Empfehlung („Glauben Sie kein Wort ...“) lässt das bereits ahnen. Die übrigen sind jedenfalls mit ihrer Mischung aus richtigen und falschen Anweisungen in der Summe indiskutabel und das Zitat von Bernd Hellinger „Wer ein wirklich schweres Schicksal hat, ist in der Regel stark genug, es zu tragen“ ist angesichts des Leidens von vielen KZ-Überlebenden, Vietnam-Veteranen und von den vielen durch sexuellen Missbrauch oder Gewalt Traumatisierten nur noch zynisch.

Wenn ich richtig informiert bin, gibt der Beitrag von Klaus Dörner weitgehend die Inhalte eines Vortrages wieder, den er vor den Berufsgenossenschaften hielt, die sich – verdienterweise – zunehmend auch mit psychischen Traumatisierungen auseinandersetzen. Das macht die ganze Angelegenheit noch unerträglicher. Angesichts der heutigen „Trauma-Szene“ hätte Klaus Dörner den Berufsgenossenschaften raten sollen, auf die Hinzuziehung **qualifizierter** Traumatherapeuten zu drängen. Die Berufsgenossenschaften hätten ihrerseits einen qualifizierten Referenten verdient gehabt.

Klaus Dörner: Ein ausgewogener Wissenschaftler? Nein. Ein hilfreicher Ratgeber für Kostenträger, wie die Berufsgenossenschaften? Nein. Ein guter Arzt?“

Christoph Schmelting-Kludas, Hamburg

Der Text, mit dem wir Sie heute bekannt machen möchten, um Sie um Ihre Stellungnahmen zu bitten, ist ein kurzer Auszug aus einem Vortrag, den Bernd Hontschik am 19.3.2005 in Dresden bei der Jahrestagung des DKPM gehalten hat. Es handelt sich um einen Beitrag zu der Frage, was Psychosomatik eigentlich ist. Die anwesenden Psychosomatiker haben den Referenten nicht zum Saal hinaus gejagt, sondern spendeten lang anhaltenden Beifall. Wie verstehen Sie das? Bitte um Ihre Zuschriften an unsere Kontaktadresse (s. S. 20) oder an [telegramm@int-med.de](mailto:telegramm@int-med.de)!

„Was aber ist Psychosomatik? Wie ist die Psychosomatik definiert, woher bezieht sie Ihre Identität als eigenständige medizinische Facharzt-Disziplin? Ich habe als Chirurg einen Blick von außen und stelle fest, dass die Psychosomatik mir bisher in vier Variationen gegenübergetreten ist:

**Variante 1: Es gibt ,psychosomatische Krankheiten’.**

Damit ist z.B. ein wesentlicher Abschnitt aus dem zitierten Aufsatz von Wesiack gemeint, der z.B. das Asthma bronchiale, die Kolitis ulcerosa oder das Ulcus duodeni als zum Fachgebiet der Psychosomatik gehörende Krankheiten reklamiert. Sogenannte organische Krankheiten seien psychisch verursacht, psychogen, man könnte also sagen: Sie wären dann *Fachärzte für psychogene Krankheiten und Psychotherapie*.

Damit konnte ich noch nie etwas anfangen. Wenn es psychosomatische Krankheiten gibt, dann muß es doch auch nicht-psychosomatische Krankheiten geben. Man nenne mir eine.

Dieses Konzept ist natürlich längst überholt, das weiß ich auch. Aber es sitzt bis heute fest in den Köpfen der Patienten, und auch der Ärzte, zumindest in meiner Generation.

**Variante 2: Es gibt Krankheiten ohne organische Ursache.**

Ich habe noch gelernt, diese als funktionelle Krankheiten zu bezeichnen, Sie müssen das heute, glaube ich, somatoforme Störungen nennen, was natürlich sehr viel seriöser klingt.

Das überzeugt mich aber auch nicht. Als Fundament einer Krankheitslehre wird hier vieles ignoriert, nicht zuletzt die historische Dimension von Diagnoserastern. Vielleicht findet ja ein begnadeter Forscher eine organische Ursache für eine funktionelle oder somatoforme Krankheit, ist die Psychosomatik dann nicht mehr zuständig? Ist das vielleicht der Grund, warum sich die Psychowissenschaften mit so viel Hurra auf die Neurobiologie stürzen: Endlich kann man eine Emotion organisch lokalisieren, im Gehirn leuchtet es rot auf! Aber dann denke ich mir, das kann doch nicht sein, dass Sie nicht schon vor der Erfindung des Kernspintomographen wußten, dass Liebe und Haß, Scham und Trauer, Depression und Freude, Ekel und Begeisterung irgendwo im menschlichen Körper, z.B. im Gehirn, auch eine organische Grundlage haben müssen. Das kann also auch nicht die Psychosomatik sein. Sie wären dann ja *Fachärzte für Krankheiten ohne organisches Substrat und Psychotherapie*.

**Variante 3: Es gibt Krankheiten, die mit Psychotherapie behandelt werden sollten.**

Dieses Konzept verstehe ich sofort, das gefällt mir auch. Mir fallen auf Anhieb viele Patienten aus meiner chirurgischen Praxis ein, auf die das zutrifft, und ich bin in der glücklichen Lage, sozusagen direkt vor meiner Tür mit der Psychosomatischen Klinik von Wolfgang Merkle im Hospital zum Heiligen Geist zusammenarbeiten zu können.

Die Psychotherapie ist in dieser Variante der Psychosomatik ein zu erlernendes Handwerk wie die Chirurgie. Ich erlebe sie als einen Segen für meine Patienten und wünsche jedem Krankenhaus eine solche Abteilung. Sie müßten sich dann *Fachärzte für Psychotherapie* nennen.

Aber: Die Psychotherapie allein ist ja anscheinend nicht identitätsstiftend genug. Sie nennen sich ja *Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie*, Ihre Fachgesellschaft heißt auch so, ich komme deswegen also zur vierten und letzten Variante, die so aussieht:

**Variante 4: Psychosomatik beschreibt eine ärztliche Grundhaltung.**

Mit dieser Grundhaltung soll der Patient nicht in einzelne Organe zerlegt und nicht in Körper und Seele aufgeteilt wahrgenommen und in seiner Krankheit behandelt werden.

Um es gleich zu sagen: ich teile diese Grundhaltung. Ich wünsche jedem Patienten, dass er auf einen Arzt trifft, der seinen Beruf in dieser Grundhaltung betreibt. Und ich wünsche jedem Arzt, dass er in seiner Ausbildung und in seiner Berufsausübung die Chance bekommt, diese Grundhaltung für sich zu erkunden und anzunehmen.

Aber es ging ja um die Psychosomatik. Unter diesem Blickwinkel ist also der Facharzt für Psychosomatik ein *Facharzt für ärztliche Grundhaltung*. Als Facharzt für Chirurgie erlaube ich mir, mich darüber aufzuregen, ich könnte auch sagen: mich zu ärgern.

Wenn ich unsere heutige Medizin so betrachte, würde ich eine ganz andere Definition für Psychosomatik wählen. Ich würde sagen:

**Psychosomatik ist das institutionelle Outsourcing des Menschen aus der Schulmedizin.**

Mit der institutionalisierten Psychosomatik wird sowohl der Mensch 'Patient' als auch der Mensch ‚Arzt' aus der Schulmedizin insoweit erfolgreich ausgeschlossen, als er stört.“

\* \* \* \* \*

## KONTAKTADRESSEN

**Geschäftsstelle:** Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram, Schattauer Verlag  
Hölderlinstr. 3, 70174 Stuttgart  
Tel. 0711/2298718, Fax: 0711/2298750  
Email: [info@int-med.de](mailto:info@int-med.de)

**Homepage:** [www.int-med.de](http://www.int-med.de)

### Regionalgruppen und regionale Kontaktadressen der AIM:

**Basel/Bern:** Dr. med. Werner Stadlmayr, Sulgenauweg 8, Ch-3007 Bern,  
Tel: 0041/31/3001259, Fax: 0041/31/3001414, Email: [wstadlmayr@gmx.de](mailto:wstadlmayr@gmx.de)

**Berlin:** Dr. Frank Schoeneich, Medizinische Klinik der Charité CCM (Schwerpunkt Psychosomatik)  
Luisenstr. 13 a, 10117 Berlin, Tel. 030/450-553567, Fax: 030/450-553989, Email: [frank.schoeneich@charite.de](mailto:frank.schoeneich@charite.de)

**Frankfurt:** Dr. Gisela Volck, Pestalozziplatz 6, 60385 Frankfurt,  
Tel 069/445938, Fax 069/451114, Email: [dr.gisela.volck@t-online.de](mailto:dr.gisela.volck@t-online.de)

**Freiburg:** Dr. med. Werner Geiggas, Klinik für Rehabilitation, 79286 Glotterbad  
Tel: 07684/809122, Fax: 07684/809253, Email: [w.geiggas@rehaklinik-glotterbad.de](mailto:w.geiggas@rehaklinik-glotterbad.de)

**Hamburg:** Prof. Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas, Segeberger Kliniken  
Am Kurpark 1, 23795 Bad Segeberg, Tel: 04551/802-4891, Fax: 04557/802-4895  
Email: [christoph.schmeling-kludas@segebergerkliniken.de](mailto:christoph.schmeling-kludas@segebergerkliniken.de)

**Hannover:** Dr. med. Wolfgang Kämmerer, Klinik für Psychosomatische Medizin im  
Krankenhaus der Henriettenstiftung, Schwemannstr. 19, 30559 Hannover  
Tel: 0511/2893131, Fax: 0511/2893064, Email: [info@henriettenstiftung.de](mailto:info@henriettenstiftung.de)

**Köln:** Dipl. psych. Detlev Haimerl, Dattenfelder Str. 6, 51109 Köln  
Tel: 0221/843457, Fax 0221/7199138, Email: [detlev.haimerl@t-online.de](mailto:detlev.haimerl@t-online.de)

**München:** Dr. med. Michael Köhle, Hartlweg17, 82541 Münsing  
Tel: 08177/8424, Fax: 08177/9118

**Münster:** Anke Dalhoff, Praxis für Integrierte Medizin, Hörsterstr. 32, 48143 Münster  
Tel. 0251/2035294, Email: [dalhoff-anke@t-online.de](mailto:dalhoff-anke@t-online.de)

**Oldenburg:** Prof. Dr. med. Alex Schaub, Westerholtsfelder Str. 8, 26215 Wiefelstede,  
Tel: 0441/2052862, Email: [schaub@perseus.fho-emden.de](mailto:schaub@perseus.fho-emden.de)

**Stuttgart:** Dr. med. Wulf Bertram, Schattauer Verlag, Hölderlinstr. 3, 70174 Stuttgart,  
Tel: 0711/2298718, Fax: 0711/2298750, Email: [wulf.bertram@schattauer.de](mailto:wulf.bertram@schattauer.de)

**Wiesbaden:** Dr. med. L. Albers, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33  
65191 Wiesbaden, Tel: 0611/577252, Fax: 06131/337204, Email: [dr.l.albers@t-online.de](mailto:dr.l.albers@t-online.de)

**Wuppertal:** Ana-Karena Kätsch, Gertrudenstr. 3, 42105 Wuppertal  
Tel: 0202/2655306, Fax: 0202/2655306, Email: [a.kaetsch@web.de](mailto:a.kaetsch@web.de)

\* \* \* \* \*

### KONTAKTADRESSE des AIM-TELEGRAMMS und verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Dr. Bernd Hontschik und  
Dr. Gisela Volck, Pestalozziplatz 6, 60385 Frankfurt  
Tel. 069/445938, Fax 069/451114, Email: [telegramm@int-med.de](mailto:telegramm@int-med.de)

Bei Zusendung von Texten: bitte als Diskette oder noch besser als E-Mail-Anhang, bevorzugt als WORD- oder TXT-Datei, Bilder als BMP- oder JPG-Dateien, an die obenstehende Adresse. So erleichtern Sie uns Herstellung und Layout sowie Druck, Herstellung und Versand des AIM-Telegramms.