

Vom medizinischen Dualismus zur Integrierten Medizin

Die lange Geschichte einer Spaltung

W. Bertram

Stuttgart

Die lange Geschichte einer Spaltung

„Unsere Medizin ist gespalten in eine Medizin für kranke Körper ohne Seelen und eine Medizin für leidende Seelen ohne Körper“ ist ein viel zitiertes Verdikt des Nestors der deutschen Psychosomatik, Thure von Uexküll.

Doch wie kam es zu dieser Spaltung der Medizin in zwei Lager? Sie hat eine lange Geschichte und bei der Frage nach ihrer Entstehung fällt früher oder später der Name René Descartes (1596–1650), der in seinem Werk die platonische Trennung in Geist und Materie aufgriff und neu definierte. In seinem Traktat „De homine“ entwirft er das Modell des Menschen als Maschine, die aus einem physikalischen Körper und einer rationalen und unsterblichen Seele besteht. Diese rationale Seele, bzw. der Geist, war für Descartes das eigentlich Gewisse. Alles andere, was nur über die Sinnesorgane erfassbar war, war fragwürdig und ungewiss, weil anfällig für Täuschungen. Immerhin konnte man dieses „Äußere“ mit mathematischen Methoden messen (weil es eine Ausdehnung hat, Descartes nannte es entsprechend „*res extensa*“) und so in die Welt des Geistes „implementieren“. Das war gewissermaßen der einzige Schutz gegen Täuschungen, weil die Methoden in die Welt des objektiven Geistes, der „*res cogitans*“ gehörten.

Auch der Körper gehörte in den Bereich der vom Geist streng getrennten Materie und folgte so mechanischen Gesetzen. Descartes, der von den Möglichkeiten der Feinmechanik zu seiner Zeit fasziniert war, formulierte: „*Ich sehe keinen Unterschied zwischen Maschinen, die von Handwerkern hergestellt wurden, und den Körpern, die allein die Natur zusammengesetzt hat. [...] Für mich ist der menschliche Körper eine Maschine. In Gedanken vergleiche ich einen kranken Menschen und eine schlecht gemachte Uhr mit meiner Idee von einem gesunden Menschen und einer gut gemachten Uhr*“ (1).

Es war in der Tat eine „Uhrmachermedizin“, die sich im Gefolge triumphaler technischer Fortschritte durch die Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden zunehmend durchsetzte. Die Mechanik Newtons beruhte auf der mathematischen Analyse der wahrnehmbaren Phänomene, wie Descartes sie gefordert hatte. Sie führte in ihrer angewandten Form in den kommenden Jahrzehnten zu

atemberaubenden Entwicklungen und Erfindungen. Zunächst waren es noch diejenigen Maschinen, die das Beobachten, Messen und Rechnen selbst verbesserten und erleichterten. Damit befruchteten sie wiederum den physikalischen Erkenntnisprozess, ermöglichten die Prüfung von Hypothesen und erweiterten das Wissen über die Naturgesetze immens.

Bahnbrechend waren ebenfalls die Entdeckungen im Bereich der Medizin zu dieser Zeit: 1628 hatte William Harvey den Blutkreislauf entdeckt und etwa 50 Jahre später wurden mit Hilfe des Leeuwenhoek'schen Mikroskops die Spermatozoen gefunden. Beide Entdeckungen führten dazu, dass ältere, metaphysische Theorien über den Sitz und den Ursprung des Lebens durch mechanistische, experimentell überprüfbare Modelle ersetzt wurden.

In dem Maße, wie die „Uhrmachermedizin“ ihre Triumphe feierte, geriet die Beschäftigung mit der Seele in andere Hände. Sie war mit den Methoden der naturwissenschaftlichen Erkenntnis ja nicht dingfest zu machen. Die Kritik der Aufklärung an irrational bestimmten Denkweisen, an Aberglauben und jeglicher Metaphysik ließ der fortschrittlichen Medizin keinen Raum für eine wissenschaftliche Beschäftigung mit der Psyche, die weder vermessen, noch präpariert oder abgebildet werden konnte. Philosophie und Theologie wurden ersatzweise zuständig für die Beschäftigung mit der Seele.

Die Medizin der Romantik: Suche nach der Einheit

Widerstand gegen die mechanistische Betrachtung des Menschen in Gesundheit und Krankheit formierte sich allerdings mit der Romantik zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Grundlegend für die Medizin dieser Epoche war die Auffassung, dass organische Natur und Geist identisch und die Natur eine Einheit seien. Ihre Gesetze sollten mit denen des Geistes übereinstimmen. Entwicklung findet im Denken der Romantik statt durch einen Widerstreit von Polaritäten. Dieses Prinzip sollte von der Urmaterie bis zu den höchsten Erscheinungen des Lebens gelten. In der Therapie wurde von den romantischen Medizinern das Prinzip der antiken Diätetik aufgegriffen. Als besonders wichtig wurde dabei die Persönlichkeit des Arztes herausgestellt,

gleichzeitig wurde die Subjektivität des Patienten ernst genommen (2).

Einer der bedeutendsten Mediziner dieser Zeit war der Berliner Professor Johannes Müller (1801–1858), der ein Buch über „Die phantastischen Gesichterscheinungen“ veröffentlicht hatte. Darin formuliert er das Gesetz von der spezifischen Energie der Sinns substanzen. Müller schaltet zwischen die „objektiven“ physikalischen Reize, die man messen und berechnen kann, eine subjektive, dem Individuum eigene Interpretationsinstanz. Wenn man bei einer Kontusion des Augapfels „Sterne sieht“, hat das nichts mit „objektiven“ Lichterscheinungen zu tun, sondern es ist das Einzige, was unser Nervensystem aus dem mechanischen Reiz zu machen in der Lage ist. Wir interpretieren Zeichen aus der Natur und reagieren darauf entsprechend unserer spezifischen physiologischen Möglichkeiten und den tradierten Erfahrungen. Die beiden Elemente der cartesianischen Welt, das Äußere und das Innere, sind also in der Theorie von Müller untrennbar miteinander verbunden, d.h. die psychophysischen Bedingungen des Individuums definieren ihren Zusammenhang. Die schöne Gewissheit des physikalischen Weltbildes nach Newton gerät damit ins Wanken. Mit herkömmlichen naturwissenschaftlichen Modellen kann die Annahme einer spezifischen Sinnesenergie nicht erklärt werden, sondern am besten noch im Sinne der Zeichenlehre, der Semiotik.

Physiko-chemische Rebellen und ihre Nachfolger

Die Blüte dieser spätromantischen Strömung war freilich kurz. Ihr folgte bald ein mechanistischer Gegenschlag, erstaunlicherweise durch die Schüler Müllers selbst. 1842 schrieb einer von ihnen, Emil Du-Bois-Reymond (1818–1896) den als Leitspruch der Mechanisten berühmt gewordenen Satz: *„Brücke und ich haben uns verschworen, die Wahrheit geltend zu machen, dass im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind als die gemeinen, physikalisch chemischen“* (3).

Einer dieser beiden physiko-chemischen „Verschwörer“, Ernst Wilhelm Ritter von Brücke (1819–1892), hatte einen Schüler, der ihn später an Prominenz weit übertreffen sollte. Nur dass er eine Richtung der Medizin begründete, die der seines Lehrers diametral entgegengesetzt war. Es war kein anderer als Sigmund Freud.

In dessen 1895 gemeinsam mit Breuer veröffentlichten „Studien zur Hysterie“ wurden Störungen beschrieben, die nicht auf objektive physiko-chemische Veränderungen, sondern auf so subjektive Phänomene wie verdrängte Erinnerungen und unterdrückte Emotionen zurückzuführen waren. Die Faszination dieses Gedankengebäudes ließ in den kommenden Jahren bei einer rasch wachsenden Zahl

von Anhängern eine solche Fülle von Theorien, Hypothesen und auch Spekulationen wuchern, dass sich die von Freud gegründete Psychoanalyse von einer klinisch-naturwissenschaftlichen zu einer hermeneutischen Methode entwickelte, wohl schon, um Ordnung und Übersicht zu schaffen. An die Stelle von Empirie, kontrolliertem Experiment und wissenschaftlicher Transparenz traten Introspektion, Reflexion und Interpretation. Hochgradig spekulative, wenn auch faszinierend-genialische psychoanalytische Phantasien, wie die von Georg Groddeck oder später von Wilhelm Reich, brachten der Psychoanalyse viel Beachtung, aber wenig wissenschaftlichen Respekt ein. Die Kluft zwischen der somatischen und der psychotherapeutischen Medizin wurde nahezu unüberbrückbar, daran änderten auch einige prominente psychosomatisch orientierte Hochschullehrer wie von Bergmann, Krehl, Siebeck und von Weizsäcker wenig, die versuchten, psychische Elemente in Diagnostik und Therapie zu integrieren. Der Mainstream beider Lager sprach keine gemeinsame Sprache mehr, begegnete sich im günstigsten Fall skeptisch, oft eher ironisch bis feindlich (4).

Somatik und Psyche im Nachkriegsdeutschland

Die Vertreibung und Ermordung der jüdischen Analytiker und die Gleichschaltung ihrer verbliebenen „arischen“ Kollegen im sogenannten „Göring-Institut“ mit dessen Ausprägung einer „völkisch-ganzheitlichen“ Heilslehre zerstörten nicht nur die psychotherapeutische Kultur in Deutschland und verhinderten über Jahre jede Weiterentwicklung – auch im Hinblick auf ihr Verhältnis zur somatischen Medizin. Sie isolierte ihre verbliebenen Vertreter auch gegenüber der internationalen wissenschaftlichen Welt. Vor allem in Amerika erfuhren Psychoanalyse und neuere psychotherapeutische Verfahren wie Gesprächs- und Verhaltenstherapie eine lebhaftere Entwicklung, besonders in der Psychiatrie, und über Konsultations- und Liaisondienste wuchs ihre Bedeutung auch für die anderen medizinischen Disziplinen. Hier entstand in den Nachkriegsjahren eine wissenschaftliche psychosomatische Medizin mit Forschungsaktivitäten, Vereinigungen, Fachzeitschriften und Professuren.

In Deutschland dagegen kam es zu einem verspäteten Aufbau einer wissenschaftlichen psychosomatischen Medizin und einer adäquaten Ausbildung. Die Ablehnung der Psychiatrie gegen psychoanalytische oder tiefenpsychologisch orientierte Psychiatrie hatte den Krieg überdauert. Psychotherapie fand erst 1992 mit der Schaffung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie systematisch Eingang in die psychiatrische Ausbildung und Berufspraxis. Damit behielten die Psychiater lange Zeit das

Negativimage des „Irrenarztes“ mit der entsprechenden Schwelle für Patienten, die selbst eine psychische Komponente ihrer Erkrankung wahrnahmen oder deren Hausärzte eine solche vermuteten.

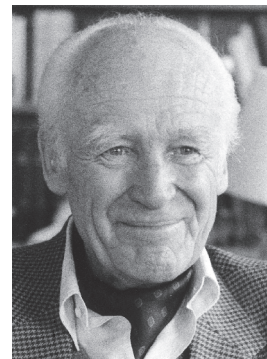
Aus dieser unbefriedigenden Situation entstanden an einigen Universitätskliniken auf Initiative führender Internisten, die selber psychotherapeutisch tätig waren, psychosomatische Fachabteilungen oder Kliniken. Zu den Pionieren gehörten u.a. Heilmeyer, Curtius und von Uexküll. Psychosomatik entwickelte sich im Nachkriegsdeutschland also nicht aus der Psychiatrie, sondern aus der Inneren Medizin. Damit war prinzipiell zunächst ein integrierter Behandlungsansatz verbunden, d.h. eine enge Verflechtung zwischen somatischer und „sprechender“ Medizin. Ihre Inanspruchnahme wuchs ständig, wohl nicht allein aufgrund des objektiven Bedarfs, sondern auch deshalb, weil hier unter dem Deckmantel der Inneren Medizin psychische Störungen behandelt wurden, für die die überwiegend mit Medikamenten, damals vielfach auch noch mit Elektroschocks operierende Psychiatrie kein geeignetes und sozial akzeptiertes Behandlungsangebot bereit hielt (5).

Am 28. Oktober 1970 löste die neue Approbationsordnung (ÄAppO) für Ärzte die bis dahin herrschende „Bestallungsordnung“ ab. Eine entscheidende Neuerung war die Aufnahme psychosozialer Fächer wie medizinische Psychologie, medizinische Soziologie, Psychosomatik und Psychotherapie. Die Studentenrevolte der 68er-Jahre mit ihrer Kritik an den politischen Verhältnissen im Wirtschaftswunderdeutschland, die Entdeckung des gesellschaftswissenschaftlichen Aspekts der Psychoanalyse und die sozialpsychiatrische Bewegung, die Alternativen zur medikamentösen und kustodialen Praxis der Psychiatrie forderte, gehörten zu den Wegbereitern der Studienreform. Einer ihrer engagiertesten Vorkämpfer war Thure von Uexküll als Mitglied der sogenannten „Kleinen Kommission“ zur Vorbereitung der ÄAppO.

Nach 1970 musste also an allen Universitäten psychosomatische Lehre angeboten werden. An den meisten Hochschulen wurden deswegen psychosomatische Abteilungen eingerichtet, die neben ambulanter Therapie auch stationäre Aufnahmen möglich machten. Die Leitung dieser Abteilungen lag, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in den Händen von Psychoanalytikern. Für die Versorgung breiter Bevölkerungsgruppen hatte die Psychoanalyse freilich noch nie eine besondere Rolle gespielt.

1949 war die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie gegründet worden, um ein gemeinsames berufspolitisches und wissenschaftliches Forum für alle Psychoanalytiker zu schaffen. Als sich diese Gesellschaft Anfang der 70er Jahre auch für die Psychosomatik als zuständig deklarierte, dieses Fach auch in ihren Namen aufnahm und seither als „Deutsche Gesellschaft für Psy-

Thure von Uexküll (1908–2004),
Nestor der Psychosomatik und
Gründer der Akademie für Integrier-
te Medizin



choanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT)“ firmiert, meldete eine Gruppe von Internisten ihren Anspruch auf die klinische Versorgung und die wissenschaftliche Kompetenz im Bereich der Psychosomatik an. Im Mai 1973 kam es zu einem ersten Treffen der „Lehrbeauftragten für Psychosomatik“ und der Gründung einer „Arbeitsgruppe Psychosomatik“ als deutschsprachige Sektion des International College of Psychosomatic Medicine (6).

1974 gründete Uexküll dann gemeinsam mit einer Gruppe von Gleichgesinnten das „Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, Arbeitsgruppe Klinische Psychosomatik“. 1981 gab er im Schattauer Verlag ein bemerkenswertes Buch mit dem Titel „Integrierte Psychosomatische Medizin“ heraus. Im Vorwort erklärte Uexküll als Ziel des Sammelbandes „...einer breiten Öffentlichkeit darzustellen, dass in unserem dualistischen, in immer mehr und immer engere Spezialdisziplinen aufgeteilten Gesundheitssystem Einrichtungen existieren und funktionieren, die es nach dem Urteil vieler Fachleute sowohl aus dem Lager der somatischen Mediziner wie dem der Psychotherapeuten angeblich nicht geben kann“ (7).

Es ging also vor allem um die Demonstration, dass integrierte Psychosomatik überhaupt praktisch realisierbar war und existierte. Die vorgestellten Modelle machten deutlich, dass die Anzahl psychosomatischer Einrichtungen inzwischen erheblich angestiegen war. Für eine breitere Beachtung psychosomatischer Ansätze in der medizinischen Versorgung war die Zeit allerdings offensichtlich noch nicht reif und das Buch blieb weitgehend unbeachtet.

Zehn Jahre nach Erscheinen der „Integrierten Psychosomatischen Medizin“ nahm Uexküll in Kooperation mit einigen Schülern und Sympathisanten eine zweite Auflage des Buches in Angriff (8). Inzwischen hatte sich die Situation erheblich geändert. Es waren – allerdings eher abseits der universitären und offiziellen Medizin – so viele Beispiele für eine gelungene Synergie somatischer und psychotherapeutischer Ansätze in Kliniken und Praxen entstanden, dass die Auswahl der vorzustellenden Einrichtungen eher schwerfiel und es zeigte sich, dass die Initiatoren

solcher Einrichtungen einen sehr persönlichen, individuellen Zugang zu ihren Integrationsversuchen gefunden hatten, oft durch eindrucksvolle Vorbilder motiviert, vielfach aus Unzufriedenheit mit dem psychophysischen Dualismus, den sie selbst in ihrer praktischen Tätigkeit als schmerzhaft erlebt hatten. Es wurde aber auch deutlich, dass diese Pioniere einer integrierten psychosomatischen Medizin meist als Einzelkämpfer operierten, da ihre Verbindungen zur offiziellen medizinischen Szene schwächer geworden, ein Kontakt zu Gleichgesinnten aber praktisch nicht vorhanden war. Anders als die 1. Auflage stieß das Buch diesmal auf ein großes Echo und bei seinen Autoren zeichnete sich deutlich der Wunsch ab, den Kontakt zwischen den Mitarbeitern der vorgestellten Einrichtung nicht abreißen zu lassen, sondern die Diskussion fortzusetzen, den Informationsaustausch zu verstärken und nach weiteren, möglicherweise ebenfalls im Verborgenen arbeitenden Gleichgesinnten zu suchen. Die Vereinzelnung der „Integrierten“ bot zudem keinerlei Möglichkeit, gesundheitspolitisch aktiv zu werden und auf das unbefriedigende dualistische Paradigma in der Medizin Einfluss zu nehmen. Der Wunsch nach einer kontinuierlichen Zusammenarbeit in einer offiziellen Vereinigung wurde immer deutlicher. Das Ergebnis war die Gründung der Akademie für Integrierte Medizin (AIM) als gemeinnütziger Verein im August 1992. Bei der Namensgebung der Vereinigung wurde bewusst auf das Attribut „psychosomatisch“ verzichtet, da es das Ziel der AIM war, die verkümmerte oder ganz verloren gegangene psychosoziale Dimension in die traditionellen Fachgebiete der Medizin zurückzubringen. Damit wäre eine solche „Integrierte Medizin“ immer *auch* psychosomatisch und die Disziplin Psychosomatik hätte aus dieser Perspektive die Aufgabe, sich selbst zunehmend überflüssig zu machen. Integrierte Medizin – das war die konkrete Utopie und die Zielsetzung der AIM – sollte zum selbstverständlichen Normalfall in der medizinischen Versorgung werden, nicht zur rühmlichen Ausnahme.

Von einigen Mitgliedern des DKPM wurde die Gründung der AIM eher als eine rebellische Abspaltung angesehen und daher eher mit kritischer Skepsis wahrgenommen. In den Jahren zuvor hatte es DKPM-intern heftige Auseinandersetzungen in Zusammenhang mit den Bestrebungen gegeben, eine neue Facharztbezeichnung „Psychosomatische Medizin“ einzuführen. Thure von Uexküll gehörte zu den Gegnern dieser Initiative, weil er sie für eine Zementierung des Dualismus hielt, die verhindert, dass bio-psychosoziale Aspekte ärztliches Denken und Handeln prinzipiell bestimmen.

Die Befürworter des Facharztes setzten sich allerdings durch und 1992 traf der 92. Ärztetag in Köln die Entscheidung zur Einrichtung des Fachgebietes *Psychotherapeutische Medizin*. Im Mai 2003 erfolgte auf dem Ärztetag eine Umbenennung des Fachgebietes in *Psychosomatische Me-*

dizin und Psychotherapie. Insofern war die Gründung der AIM in der Tat auch eine Reaktion auf das Mehrheitsvotum pro Facharzt innerhalb der „psychosomatischen Szene“.

Das Konzeptpapier zur Satzung der AIM umreißt die Defizite der heutigen Medizin:

„Das naturwissenschaftlich orientierte Menschenbild ist als Fundament der Ausbildung zum Arzt unzureichend: Es ist außerstande, ein Verständnis für die zahlreichen körperlich, psychisch und sozial bedingten Störungen und ihre Wechselwirkungen zu vermitteln. Damit fehlt die Voraussetzung für deren adäquate Therapie.

Dieses Menschenbild ignoriert nicht nur die persönlichen Faktoren des Kranken, sondern auch das in der Allgemeinmedizin und der Praxis des Facharztes „bei weitem am häufigsten verwendete Medikament“: den Arzt selbst.

Solange akut Kranke mit definierbaren Störungen im körperlichen Bereich, die durch kausal ansetzende Therapien geheilt werden können, das Hauptkontingent der ärztlichen Klientel bildeten, war es möglich, diese Defizite zu übersehen. Bei den heute weitaus überwiegenden chronisch Kranken liegen die Verhältnisse anders. Hier muss der Arzt die Wechselwirkungen körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren in Diagnostik und Therapie in Rechnung stellen können. Darüber hinaus muss er in der Lage sein, seine eigene Rolle in der Beziehung zum Patienten kritisch zu reflektieren (9).“

In der Praxis versteht sich Integrierte Medizin allerdings nicht als Konkurrenz zur akademischen Psychosomatik und zu der psychosomatischen Medizin, die in Fachkliniken und von niedergelassenen Fachärzten praktiziert wird, und die AIM steht auch nicht in Rivalität zur Fachgesellschaft DKPM. Sie ist eine Einrichtung, die sich dafür engagiert, dass so viel psychosomatische Kompetenz wie nötig und möglich in die allgemeine medizinische Versorgung einfließt, ganz besonders also in die hausärztliche Versorgung, aber auch in die einzelnen Fachgebiete. Integrierte Medizin betont konsequent, dass *jede* Krankheit und Störung den *ganzen* Menschen betrifft und dass eine gute Medizin eine ist, die ihre Patienten nicht in Individuen mit leidenden Seelen ohne Körper und solche mit kranken Körpern ohne Seelen spaltet, sondern die Einheit von beidem mit ihren Wechselwirkungen betrachtet und behandelt.

Die Gründung der AIM fand nichtsdestoweniger im Zuge einer Kontroverse um die Einführung des Facharztes für Psychosomatische Medizin statt. Eine solche Fachgebietsbezeichnung wurde seinerzeit von einigen der DKPM-Gründer als Element einer additiven – und damit im Dualismus verhafteten – Psychosomatik kritisiert. Aus heutiger Sicht muss man freilich Berechtigung und Nutzen der wissenschaftlichen Spezialisierung des Fachgebietes anerkennen: Bestimmte psychosomatische Krankheitsbilder sind so komplex und kritisch, dass sie sehr ausgefeilte und wissen-

schaftlich gut gesicherte Behandlungskonzepte und -strategien verlangen. Das gilt beispielsweise für Essstörungen als schwerwiegende, potenziell tödliche psychische Krankheit oder für die – unbehandelt oder unqualifiziert behandelt – langfristig invalidisierenden somatoformen Störungen. In der Primärversorgung ist das Fundament einer praktischen biopsychosozialen Medizin die psychosomatische Grundversorgung. Ärztinnen und Ärzte, die diese Leistungen (psychodiagnostisches Gespräch, psychotherapeutische Intervention, Entspannungsverfahren) für gesetzlich versicherte Patienten abrechnen wollen, müssen eine Qualifikation nachweisen, die in einem 80-stündigen Kurs erworben werden kann. Bestandteil fast aller somatischen Facharztweiterbildungen sind inzwischen 40 Stunden „psychosomatische Grundkompetenz“. Diese immens wichtige Qualifikation kann bei den schweren psychosomatischen Störungen kaum ausreichen, sodass an dieser Stelle die Kompetenz des Facharztes für psychosomatische Medizin gefragt ist, dessen Weiterbildungszeit 60 Monate beträgt.

Der Gesundheitsreport 2013 der DAK zeigt anhand der Arbeitsunfähigkeitstage, in welchem Umfang psychische Erkrankungen zugenommen haben: um 142% in den letzten 25 Jahren (10). Das hat vielschichtige Gründe, bei denen sowohl eine größere Toleranz und Akzeptanz gegenüber psychischen Problemen eine Rolle spielen als auch gestiegener Druck durch Beruf und Aspekte eines psychosozialen Wertewandels. Die Nachfrage nach psychotherapeutischen und psychosomatischen Leistungen ist also immens gestiegen, ihr steht vor allem im ländlichen Bereich ein unzureichendes Angebot gegenüber. Daraus ergibt sich eine quantitative Herausforderung an die psychosomatische Medizin der Zukunft. Was die *qualitativen* Herausforderungen betrifft, gibt es eine sehr sorgfältige Analyse und einen umfassenden Forderungskatalog des DKPM und der DGPM: Die so genannte „Denkschrift“ zur Lage des Fachgebietes in Deutschland (11). In den Vordergrund stellt dieses Dossier neben der Grundlagenforschung über allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie die Entwicklung evidenzbasierter störungsspezifischer Verfahren. Das bedeutet, dass therapeutische Konzepte, die z.B. bei Essstörungen wirksam sind, bei Angststörungen nicht unbedingt geeignet sind und Methoden und Techniken entwickelt werden müssen, die bei spezifischen psychischen Krankheitsbildern die besten Erfolge versprechen. Dazu dient die Entwicklung von therapeutischen Leitlinien, die unter der Federführung der psychotherapeutischen und psychosomatischen Fachgesellschaften aufgestellt werden. Die höchste, so genannte S3-Konsensstufe einer solchen Leitlinie ist unter Federführung der psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften erst kürzlich für die somatoformen Störungen und die Posttraumatischen Belastungsstörungen erstellt worden (12). Dazu dienen, und das ist eine weitere Forderung der Denkschrift, die Pla-

nung, Durchführung und Auswertung fundierter empirischer Studien, aus denen sich dann die wirksamsten therapeutischen Konsequenzen ableiten lassen. Ein wichtiges Beispiel dafür ist die ANTOP-Studie zur Magersucht (13). Die Zukunft der Psychosomatik ist abhängig von ihrem gesundheitspolitischen Stellenwert, insofern kommt der Berufspolitik und der Öffentlichkeitsarbeit eine besondere Bedeutung zu: Psychische und psychosomatische Störungen müssen weiter entstigmatisiert und psychotherapeutische Leistungen angemessen honoriert werden, was besonders in dem extrem wichtigen Bereich der psychosomatischen Grundversorgung noch nicht der Fall ist.

Literatur

1. Descartes R. Philosophische Schriften in einem Band. Hamburg: Meiner 1996.
2. Engelhardt Dv. Zwischen Naturphilosophie und Experiment. In: Schott H (Hrsg). Chronik der Medizin. Gütersloh: Wissen Media Verlag 2000.
3. Bleker J. Naturwissenschaftliche Medizin und Zellulärpathologie. In: Schott H (Hrsg). Chronik der Medizin. Gütersloh: Wissen Media Verlag 2000.
4. Bertram W. Die gespaltene Kunst des Heilens. Zur Geschichte des Dualismus in der Medizin. In: Hontschik B (Hrsg). Psychosomatisches Compendium der Chirurgie. München: Marseille 2003.
5. Meyer AE. Eine kurze Geschichte der Psychosomatik. In: Adler R, Bertram W, Haag A, Herrmann JM, Köhle K, Uexküll Tv. Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart: Schattauer 1994.
6. Bertram W. Integrierte Medizin: Heilkunst für Körper mit Seelen und Seelen mit Körpern. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hrsg). Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer 2013.
7. Uexküll Tv (Hrsg). Integrierte Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer 1981.
8. Uexküll Tv, Adler R, Bertram W, Haag A, Herrmann JM, Köhle K (Hrsg). Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer 1992.
9. Akademie für Integrierte Medizin (AIM). Konzeptpapier, Freiburg 1996. In: Hontschik B, Bertram W, Geigges W (Hrsg). Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Stuttgart: Schattauer 2013.
10. Rebscher H (Hrsg). DAK Gesundheitsreport 2013: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update psychische Erkrankungen – sind wir heute anders krank? Heidelberg: medhochzwei 2013.
11. Herzog W, Beutel ME, Kruse J (Hrsg). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Stuttgart: Schattauer 2013.
12. Hausteiner-Wiehle C et al (Hrsg). Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Stuttgart: Schattauer 2013.
13. Zipfel S et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. The Lancet 2014; 383: 127–137.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram
Schattauer Verlag
Hölderlinstr. 3
70174 Stuttgart
E-Mail: wulf.bertram@schattauer.de