

Gespräch: „Über die Kunst des Heilens ...“

mit Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, Dr. Roswitha Ewald und Angelika Koppe

Moderation: Dr. med. Anne Gutzmann

Gutzmann: Unsere Gesprächsrunde wird sich nach dem eher wissenschaftlichen Vormittag nun mit den sehr basalen Dimensionen beschäftigen, mit der „Heilkunst“. Das ist ein sehr barocker Begriff, vielleicht auch ein euphemistischer für das, was wir als Behandlerinnen tun. Jede der drei Gesprächsteilnehmerinnen wird in zehn Minuten ihre Seite am Tisch der Heilkunst beschreiben, denn es sind Vertreterinnen unterschiedlicher Seiten im Kontext des Heilens hier auf dem Podium. Nachdem wir die Unabdingbarkeit der jeweiligen Konzepte für die Kunst des Heilens gehört haben, werden wir vielleicht – oder sicherlich – einen gemeinsamen Nenner finden und Unterschiede wie Überschneidungen diskutieren.

Es geht jetzt darum, den Link herzustellen zwischen den exzellenten Vorträgen des Vormittags und dem praktischen Behandeln. Frau Dr. Roswitha Ewald ist leitende Oberärztin im evangelischen Krankenhaus Bielefeld im Fachbereich Psychosomatik und Psychotherapie. Auf der Website habe ich gesehen, wie vielfältig dieses Spektrum ist: Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Soziotherapie, aber es gibt auch die Verbindung zur klassischen, schulmedizinischen Therapie. Ich lese Ihnen mal die Klinikphilosophie vor: Wir legen höchsten Wert auf ein respektvolles Miteinander und ein, an die unterschiedlichsten Bedürfnisse angepasstes Behandlungskonzept.

Ewald: Unser Konzept wurde in den 1980er Jahren von Frau Prof. Dr. Reddemann entwickelt zur Behandlung von Traumafolgestörungen (PITT: Psychoimaginative Traumatherapie). Das Behandlungskonzept wurde im Verlauf durch die aktuellen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse bzgl. Traumaforschung und Hirnforschung sowie die jeweiligen Richtlinien der Fachgesellschaften zur Behandlung von Traumafolgestörungen weiterentwickelt. 80 - 90 Prozent unserer PatientInnen sind Frauen. Seit Bestehen unserer Klinik hat sich unser Schwerpunkt auf die Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen herausgebildet. Das heißt: Es geht nicht um ein Mono-Trauma, z.B. einen Unfall, der psychisch nicht verarbeitet werden konnte. Wir arbeiten mit Menschen, die seit ihrer Kindheit und häufig über ihren gesamten Lebensweg psychischen, physischen, sexuellen und körperlichen Traumatisierungen ausgesetzt waren. Wir sprechen hier auch von kumulativen Traumatisierungen und deren Auswirkungen auf die Lebensgeschichte, was insbesondere die Extrembelastungen von Frauen in ihren Biographien widerspiegelt. Die Lebenserfahrungen unserer Patien-

Innen sind im Wesentlichen geprägt durch Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertsein. Um diesen fremdbestimmten Lebenserfahrungen therapeutisch zu begegnen, ist ein wesentliches Element in unserem Konzept die respektvolle therapeutische Haltung, die wir unseren PatientInnen gegenüber einnehmen. Unter anderem heißt das: Wir verstehen und vermitteln das therapeutische Arbeitsbündnis so, um es mit einem Bild auszudrücken, dass sich zwei Erwachsene (Therapeutin und Patientin) um einen „verletzten Zustand/Anteil“ in der Persönlichkeit der Patientin kümmern. Wir verstehen uns nicht als die Heilerinnen, die Wissenden, die das Gegenüber therapieren. Wir verstehen uns eher als Begleiterinnen in einem komplexen Prozess der Heilung. Hierdurch werden u.a. von Beginn der Behandlung an die Selbstheilungskräfte und die Selbstverantwortung bei unseren PatientInnen angeregt, damit diese im Therapieprozess wirksam werden können. Wir achten darauf, dass wir beim Erstellen des Behandlungsplanes im Rahmen der Möglichkeiten eine größtmögliche Transparenz und Mitsprache unserer Patientinnen einbeziehen, was jedoch im Rahmen einer Klinikbehandlung auch an strukturelle Grenzen stößt. Zum Beispiel müssen alle Patientinnen an Gruppentherapien teilnehmen, da wir wegen begrenzter personeller Ressourcen nicht ausschließlich Einzeltherapien anbieten können. Jedoch ermöglichen wir eine geschlechtsspezifische Gruppentherapie, um den besonderen Bedürfnissen von Frauen nach Schutzräumen gerecht zu werden. Auch kann bereits bei der Anmeldung das Geschlecht des oder der Bezugstherapeuten/in während der Behandlung gewählt werden. Dieses Angebot war in den 1980er Jahren eine Art „Revolution“, da in den Kliniken damals – und teilweise bis heute – keine Sensibilität dafür besteht, dass das Geschlecht des Therapeuten Einfluss haben kann auf die Behandlung insbesondere für Frauen, die lebensgeschichtlich überwiegend durch Männer traumatisiert wurden.

Am Schluss noch einen Hinweis auf die Problematik, dass das Störungsbild der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bis heute keinen Eingang als eigenständige Diagnose in den aktuellen diagnostischen Manualen gefunden hat. Die komplexe PTSD ist darin nicht abbildbar und so auch nicht abrechnungsrelevant im Gesundheitssystem. Dies bringt viele Schwierigkeiten durch die Kostenträger mit sich, da die Therapien bei diesem Störungsbild oft langwierig und komplex sind, mit häufigen stationären/teilstationären, psychiatrischen/psychotherapeutischen klinischen Kriseninterventionsbehandlungen einhergehen. Es kann in Zukunft damit gerechnet werden, dass sich die notwendigen stationären/teilstationären Behandlungen mit Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychosomatik und Psychiatrie unter dem Druck der Fallpauschalen weiter verschlechtern werden, weil die Ressourcen für die Behandlung enger werden. Da insbesondere Frauen von diesem Störungsbild betroffen sind, wäre es dringend notwendig, sich gegenüber den Kostenträgern für integrierte Behandlungskonzepte einzusetzen, damit bei diesem komplexen Störungsbild eine angemessene integrierte Therapie ermöglicht wird.

Gutzmann: Frau Angelika Koppe ist den Gynäkologinnen hier schon lange bekannt durch ihre Methode „Wildwuchs“, eine andere Form der Begleitung von Patientinnen mit Endometriose. Sie ist Leiterin des Instituts Koppe & Partnerinnen. Der Fokus ihrer Tätigkeit ist es, die Kompetenz und Selbstregulation der Patientinnen zu stärken. Wie lässt sich also die Unabdingbarkeit Ihres Tuns für die Heilkunst erklären?

Koppe: Ich freue mich sehr, dass ich die Unabdingbarkeit unserer Arbeit vorstellen kann. Ich arbeite seit über 25 Jahren im Bereich Patientinnenkompetenz mit dem Ziel der Stärkung von Selbsthilfe und Selbstheilungskräften. Zentral ist dabei, mit den erkrankten Menschen herauszuarbeiten, was ihre persönlichen Potenziale sind, die sie selber einsetzen können, um den Körper zu stärken und zu vitalisieren. Ich arbeite zu 80 Prozent mit Frauen und überwiegend zu Frauenerkrankungen. So habe ich im Laufe der Jahre ein paar tausend Men-

schen in der Gruppen- und Einzelarbeit kennengelernt. Diesen Erfahrungsschatz bringe ich mit für das Gespräch. Wir arbeiten nach der *Methode Wildwuchs*, eine Kurzberatung von drei bis vier Sitzungen, in denen man schauen kann, was frau selbst an gesundheitsförderlichen Handlungsschritten erkennen kann. Unsere methodischen Mittel kann ich jetzt nur ganz kurz benennen: Es ist die Arbeit mit inneren Bildern. Diese inneren Bilder zeigen, wie die Frau ihre Erkrankung wahrnimmt, welches Verhältnis sie zu ihrer Krankheit hat und welche psychosozialen Themen für die Gesundheitsförderung relevant sind. Diese inneren Bilder bieten die Möglichkeit, wie die Person mit ihrem Körper in eine Kommunikation treten kann. Das ist auch die Grundlage dafür, der Frage nachzugehen: Was braucht der Körper und was kann ich an Handlungsschritten konkret machen? Diese Erkenntnisse werden dann vier Wochen lang umgesetzt, als Gesundheitstrainingsprogramm. Das ist die *Methode Wildwuchs*.

Was ist auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen „gesund“? Was macht Frauen „gesund“ und was erhält ihre „Gesundheit“? Ich beschreibe nicht die ideale Patientin, sondern Qualitäten, die mir wichtig sind und für die strukturelle und finanzielle Angebote/Einrichtungen bereitgestellt werden müssen, um Frauen zu stärken.

Das erste ist die Eigenmacht, also raus aus der Ohnmacht. Zu uns kommen nur Frauen, die etwas für sich selbst tun wollen. Dazu gehört auch, – das ist für GynäkologInnen und ÄrztInnen sehr wichtig – dass Frauen kognitiv ein anderes Verständnis von ihrem Körper bekommen. Wenn sie das gängige „Maschinendenken“ verlassen, können sie die vielen sozialen und umweltbedingten Faktoren sehen, die zum Symptom beitragen. Mit einer so veränderten Sichtweise gibt es auch andere Zugriffsmöglichkeiten für die Selbsthilfe.

Das zweite ist das Streben nach Glück. Ich habe gelernt, dass Frauen – Männer sicher auch – eine Vision oder Herzenswünsche brauchen als Motor ihrer Heilungsprozesse. Wofür lohnt es sich eigentlich gesund zu werden? Das ist eine sehr wichtige Frage.

Das dritte ist, zum Beispiel die Zyste als mir zugehörig zu erklären. Das bedeutet, ein anderes Verhältnis zum Körper, zum Symptom zu entwickeln. Die Zyste ist dann nicht mehr bloßes Anzeichen dafür, dass der Körper nicht funktioniert. Mit Hilfe der „inneren Bilder“ kann ich in Kontakt treten, zum Beispiel mit der Zyste. Ich kann mich mit dem Körper, mit der Zyste sogar „unterhalten“ ... darüber was sie braucht, was ihr fehlt zum Beispiel. So bekomme ich als Patientin Informationen, die zuvor unbewusst waren. Das heißt nicht nur, ich visualisiere, sondern ich berühre, ich rieche. Das verändert das Verhältnis zum eigenen Körper – gerade auch für Frauen mit sexuellen Gewalterfahrungen.

Der vierte Punkt: Ich brauche Mut. Mut gehört dazu, alte Überlebensmechanismen und alte Gewohnheiten aufzugeben.

Das Trauern ist „gesund“ und gesundheitsförderlich. Auch dieses Thema ist mir sehr wichtig. Besonders Frauenerkrankungen haben viel mit Verlusten zu tun, zum Beispiel der Gebärmutter bei Operationen. Das Trauern hat im normalen Behandlungsablauf nicht genügend Raum. Es ist heilsam zu trauern. Operationen bedeuten zum Beispiel, Verlust von Selbstwertgefühlen, von Vertrauen in den eigenen Körper, von Unversehrtheit. Das Selbstbild ändert sich oft. Nicht trauern zu können kostet Lebensenergie.

Der vorletzte Punkt ist das Handeln. Wir erarbeiten mit Hilfe der „inneren Bilder“ konkrete Schritte, die im Moment stimmen, und die nicht so abstrakt sind wie „sich gesund ernähren“, „sich bewegen“ usw. Das ist sicher auch nicht schlecht. Es geht aber darum, was ich selber tun kann für meine Selbstheilungskräfte – und zwar ab morgen, ob mit der Schulmedizin oder anderen Behandlungsformen. Das begleiten wir mit einem Coaching über vier Wochen.

Spiritualität ist wichtig, das Vertrauen, das Weltvertrauen, dass es noch höhere Kräfte gibt, und die Einsicht, dass jegliche Behandlung und auch meine Eigeninitiative Grenzen haben. Das ist meine Lebenserfahrung.

Diese sieben Qualitäten sollten mehr Zeit und mehr Raum bekommen, bei den Ärztinnen, gesamtgesellschaftlich, strukturell und finanziell. Das hieße zum Beispiel auch, Angebote in den Schulen zu machen, damit Kinder lernen, mit diesen inneren Bildern, mit ihrem Körper in Kontakt zu treten. Das innere Standing brauchen Menschen, um zu einer medizinischen Maßnahme Ja sagen zu können und die Behandlungsvorschläge mitbestimmen zu können.

Gutzmann: Nun darf ich Ihnen, Frau Professor Ingrid Mühlhauser das Wort geben. Frau Mühlhauser kennen hier viele als unser kritisches „Datengewissen der Medizin“. Sie arbeitet an der Universität Hamburg im Fachbereich Gesundheitswissenschaften, ist derzeit Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), in Redaktion des Arzneimittellegramms – eine Zeitschrift kritischer Pharmakologen – und noch in vielen anderen Zusammenhängen engagiert.

Mühlhauser: Herzlichen Dank, ich freue mich hier zu sein und nutze gerne die Errungenschaften der Technik, um meine Aussagen mit Bildern zu untermauern. Es sind jetzt hier zwei therapeutische Konzepte vorgestellt worden. Ich bin aber noch nicht sicher, ob diese tatsächlich zu Heilungen führen. Ich habe eine andere Perspektive. Ich sehe mich als Wissenschaftlerin und möchte in unserer heutigen Diskussion daran erinnern, welchen Fortschritt aus meiner Sicht die evidenzbasierte Medizin ermöglicht hat: die wissensinformierten Entscheidungen.

In diesem Zusammenhang möchte an einen der Vordenker der wissenschaftsbasierten Medizin erinnern, den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler. 1919 publizierte er die Schrift *„Das autistische undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“*. Aus meiner Perspektive ist es wichtig zu erwähnen, dass wir in der evidenzbasierten Medizin keinen Unterschied machen zwischen der so genannten Schulmedizin und anderen Therapieverfahren. Wir wenden unsere Methoden an, egal ob sich etwas schulmedizinisch nennt oder eine andere Methode favorisiert wird.

Eugen Bleuler hat das *„autistisch undisziplinierte Denken“* so beschrieben: *„Dieses hat seine besonderen, von der realistischen Logik abweichenden Gesetze. Es sucht nicht die Wahrheit, sondern die Erfüllung von Wünschen.“* All das sind nicht Irrtümer. Es gibt unendlich viel, das in der Schulmedizin und auch außerhalb der Schulmedizin schief läuft. Das führt er in seinem Buch auf: *„All das sind nicht Irrtümer im gewöhnlichen Sinne, die jedem Wissenschaftler begegnen können, sondern das sind Fehler der Denkmethodik.“* Also das Fehlen der Rationalität, die mir sehr gelegen kommt. *„Trotz aller exakten Pharmakologie ist der Unterschied zwischen autistischem Denken des Zauberers und Medizinmannes von dem des modernen Arztes wirklich kein prinzipieller.“* Bleuler spricht in seiner damaligen Zeit, aber wir haben das Problem in gewissem Maße immer noch. Um auf die Kunst zurück zu kommen: Er bezeichnet die ärztliche Kunst als ein Handeln, das sich der logischen Nachprüfung entzieht. Schon öfter ist heute der Bezug auf das „Individuelle“ betont worden. Aber

dieses „Ich weiß, was für den einzelnen Patienten richtig ist“, das ist ein Ansatz, der sich genau dieser Überprüfbarkeit entzieht. Noch einmal Bleuler: *„Auch der Pfuscher bekommt ohne Schwierigkeiten ehrlich gemeinte, günstige Zeugnisse so viele er nur wünscht. Und er hat die Erfahrung gemacht, dass man den Autismus mit Logik nicht direkt erkennen kann.“* Ehrlich gesagt, diese Erfahrung habe ich auch schon oft gemacht. Ein Beispiel: Die älteren von uns kennen Prof. Dr. Dr. Huber, den Anti-Aging-Papst, Theologen und Endokrinologen usw. Vorrasschauend hat er schon 2003 die „maßgeschneiderte individuelle Hormontherapie“ propagiert. Der individuelle Östrogenbedarf soll jetzt mit einem Gen-Chip bestimmbar sein. Das ist mit der so genannten personalisierten Medizin aktueller denn je. Huber meinte sinngemäß schon damals: Das entzieht sich der Überprüfbarkeit in wissenschaftlichen Studien. Prof. Huber sagte einmal: Der stärkste wissenschaftliche Beweis ist das Befinden der Frau, die vor ihm sitze. Mit anderen Worten, wer heilt hat Recht. Ich möchte noch einmal zeigen, warum es so nicht geht.

Wir haben hier jemanden, der ein Problem hat, nämlich rote Pimpels im Gesicht. So etwas möchte man natürlich nicht haben. Wenn alles nicht mehr klappt, dann geht man zu Prof. Huber. Wenn dann die Patienten sagen, die Behandlung hat gewirkt, bleibt dennoch die Frage: Kann ich das so machen? Ist das zulässig? Was wäre denn passiert, wenn ich abwarten würde und nicht zu Prof. Huber gehe? Auch dann könnten die Pimpels verschwinden. Sie könnten gleich bleiben oder schlechter werden. Wenn ich zu Prof. Huber gehe, kann auch vieles passieren. Auch dann könnten sie verschwinden, bleiben oder schlechter werden. Es könnte aber noch schlimmer kommen. Eine unerwünschte Wirkung der Behandlung könnte sein, dass ich statt der roten, nun grüne Pimples habe. Wenn ich Pech habe, könnte ich hinterher rote und grüne haben. Was ich damit sagen möchte ist gar nicht so lustig: Um festzustellen, was besser ist – abwarten oder zu Professor Huber gehen – das kann ich nicht im Einzelfall, nicht aufgrund des Einzelergebnisses entscheiden. Dazu brauche ich sehr gute, kontrollierte Studien, in diesem Fall randomisierte Studien. Dieser Ausruf: Wer heilt hat Recht! ist nicht richtig. Ich finde die Thesen von Professor Köbberling hingegen sehr gut: Gesundheit trotz Therapie, das ist ein Kunstfehler. Ich bin behandelt worden, obwohl ich sowieso gesund geworden wäre. Gesundheit unabhängig von Therapie, das ist Übertherapie. Nur Gesundheit durch die Therapie, das ist Heilen. Ich brauche medizinisches Handeln, egal ob Schulmedizin oder außerhalb der Schulmedizin, das durch gute Studien informiert wird. Das hilft uns, bessere Entscheidungen zu treffen. Wir treffen trotzdem oft sehr schlechte Entscheidungen, aber so könnten sie wenigstens ein bisschen besser werden.

Gutzmann: Eine meiner Lehrerinnen, Frau Professorin Alexa Franke, hat mal Gesundheit so definiert: Gesundheit ist Freude am Leben. Kann man denn sagen, dass diese Zahlen oder die Daten einem die Freude am Leben verhageln? Kann man fragen: Was nutzt jemandem – zugespitzt – so eine Datenlage, wenn man trotzdem lernen muss mit diesen Pickeln zu leben, weil sie einfach nicht weggehen? Ist die Vorstellung vom Heilen als restitutio ad integrum überholt, also statt der Reparatur die vollständige Wiederherstellung des erkrankten Körpers? Müssen wir nicht – besonders in einer alternden Gesellschaft – lernen, mit den Handicaps und Schwächen umzugehen? Ist für das Gelingen dieses Prozesses nicht eher das Interpersonale bedeutsam, das empathische Gespräch in Augenhöhe zwischen Ärztin und Patientin bedeutsam – und gerade nicht die Daten und Zahlen? Natürlich muss ich im Gespräch mit der Patientin klar darlegen können, wie die Datenlage ist und diese muss auch „sauber“ sein, aber das kann doch eigentlich nur die Matrize für eine gelingende Kooperation sein. In einem der letzten Ärzteblätter ging es um partizipative Entscheidungsfindung, die ja auch ein Forschungsschwerpunkt an der Universität Hamburg ist. Partizipative Entscheidungsfindung basiert nur auf Interpersonalität. Das ist doch ein wesentlicher Beitrag zum Beispiel bei der Verarbeitung

einer onkologischen Erkrankung. Stehen sich Daten und individuelle Begegnung zwischen Ärztin und Patientin antipodisch gegenüber? Der Medizinethiker Professor Giovanni Maio beschreibt das Gespräch, die Bindung, das Vertrauen, all das ist ein zentraler Teil des Gesundens. Zugespitzt gefragt: Können nicht zu viele Daten, zu viel Qualitätsmanagement die Auseinandersetzung mit Krankheiten und bleibenden Handicaps stören, besonders wenn Heilung im Sinne von *restitutio ad integrum* nicht mehr möglich ist?

Mühlhauser: Sie haben ziemlich viele Aspekte angesprochen. Das eine ist, was ich erreichen möchte mit einer bestimmten Maßnahme. Sie haben die bessere Verarbeitung einer Krankheit angesprochen, besser mit der Krankheit umgehen können. Das fällt vielleicht in den Bereich der Lebensqualität. *Restitutio ad integrum* bezieht sich eher auf die Frage, kommt die Krankheit wieder und muss man länger mit ihr leben? Das muss man sich für jede einzelne Maßnahme genau anschauen und entsprechend informieren. Und: Jede Präsentation von Informationen ist eine Intervention. Insofern muss auch diese Präsentation wissenschaftlich begleitet und untersucht werden. Wir müssen doch wissen, wie diese Informationen aussehen müssen, damit sie einen positiven Effekt haben. Letztlich entscheidet immer die Patientin, was gemacht oder auch nicht gemacht wird. Wie gut ist diese Entscheidung? Darüber kann man oft streiten. Ich denke, eine Entscheidung ist auch gut, wenn man verstanden hat, was man überhaupt entscheidet. Etwas anderes wollen wir erst mal nicht.

Koppe: Meiner Erfahrung nach ist es gut, dass es vernünftige oder bewährte wissenschaftliche Untersuchungen über Behandlungsmethoden gibt. Ich möchte aber ein Beispiel aus meiner Beratung erzählen, was zu einer guten Entscheidung befähigt. Ich stand selber vor einer Operation wegen Endometriose. Mit diesen inneren Bildern, also mit dieser *Methode Wildwuchs*, die ihre Wurzeln bei Dr. Karl Simonton und Dr. Jeanne Achterberg hat, konnte ich eine innere Sicherheit, ein Selbstvertrauen, ein Selbstbewusstsein entwickeln. Und das ist die Voraussetzung dafür, um eine Behandlung vernünftig besprechen zu können, um qualifiziert Ja dazu sagen zu können. Dafür bedarf es eben nicht nur kognitiver Fakten. Das greift meiner Meinung nach zu kurz. Ein weiteres Beispiel: Eine Frau stand vor einer Hysterektomie und ist zu uns gekommen, um sich in einem Kontakt, einem „Gespräch“ mit dem eigenen Körper eine klare Haltung zu verschaffen. Solch ein Vorgehen ist ja in unserer Gesellschaft noch unüblich, noch kein Kulturgut. So hört sich Folgendes vielleicht etwas komisch oder ungewohnt an. Diese inneren Bilder können tatsächlich einerseits biologisch korrekte Aussagen machen über das, was im Körper passiert. Und sie zeigen bestimmte Lebensthemen, die für die Patientin wichtig sind. Besagte Frau hat diese Methode pragmatisch angewandt. Sie hat sich ihre Gebärmutter angeschaut und ein Gespräch mit ihr geführt. Das kann man innere Stimme oder Intuition nennen. Am Ende konnte sie sagen: Ja, ich habe diese Operation vorgeschlagen bekommen und sehe selber, dass es wichtig ist, diese OP zu machen. Im Gespräch mit dem Arzt hat sie dann zugestimmt. Es ist wichtig für diese Prozesse Raum und Zeit zu lassen. Diese Patientin führt den sehr gut verlaufenen Heilungsprozess auch darauf zurück, dass sie selber so bewusst und selbstbestimmt die Entscheidung für die OP getroffen hat. Es gibt auch Studien von Jeanne Achterberg dazu, im Bereich der Onkologie oder für die Behandlung von Verbrennungsopfern.

Mühlhauser: Ich würde dem widersprechen wollen. Sie arbeiten mit der Frau, damit sie diese Indikation annimmt. Ich würde sagen, die Frage ist, ob diese OP überhaupt indiziert ist. Selbst wenn es eine Indikation dafür gäbe, müssen wir den Frauen die Möglichkeit geben, zu verstehen, ob sie dieses oder jenes machen wollen oder nicht. Selbst wenn es einen gewissen Nutzen gibt, gibt es immer auch Schaden durch solche Eingriffe. Wir müssen den Menschen auch die Möglichkeit geben, Nein zu sagen.

Ewald: Ich würde gerne auf einen anderen Aspekt Ihres Vortrages eingehen. Bei Herrn Bleuler wurde die Indikation von Pharmakotherapien angesprochen. Die Verordnung von Psychopharmaka ergänzend zur Psychotherapie ist für uns in der Klinik Alltag. Wir arbeiten in der Klinik neben den psychotherapeutischen Konzepten auch mit der Verordnung von Medikamenten, die z.B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen über Behandlungsleitlinien auch vorgegeben sind. Wir machen hier immer wieder die Erfahrung, dass beispielsweise die Verordnung von Antidepressiva nur eingebettet in eine von Vertrauen geprägte Therapeuten- bzw. ÄrztInnen/PatientInnen-Beziehung Wirkung entfalten. Wenn ich in der Psychotherapie feststelle, dass Psychotherapie alleine nicht hilft, kann ich die Patientin mit ins Boot holen und sie motivieren einer Pharmakotherapie zuzustimmen und so vielleicht eine weitere Verbesserung der Symptomatik erreichen. Das ist für mich ein wichtiger Aspekt bei der Verordnung von Medikamenten. Wir können nicht einfach etwas in jemanden „reinschütten“. Das hilft nicht, es wirkt nur, wenn ich die Menschen einbinde.

Mühlhauser: Ich würde das gerne noch einmal klarstellen wollen, dass es nicht nur um Pharmakotherapien geht, sondern auch um psychotherapeutische oder physiotherapeutische oder ernährungsbezogene Therapien oder was auch immer. Das ist jetzt nicht mein Fachgebiet, aber ich habe vor ein paar Jahren die Literatur zu diesen posttraumatischen Störungen recherchiert. Zum damaligen Zeitpunkt gab es mehrere randomisierte, kontrollierte Studien zu den entsprechenden Behandlungen. Das Ergebnis: Den Menschen ging es mit bestimmten Verfahren eher schlechter, zum Beispiel nach Unfällen. Ich will nur sagen, auch die nicht pharmakologischen Behandlungen müssen auf den Prüfstand, um die besten Verfahren zu ermitteln.

Ewald: Ich stimme Ihnen zu. Allerdings ging es dabei um Primärintervention nach traumatischen Ereignissen. Man dachte, diese Menschen müssten sofort einer therapeutischen Behandlung unterzogen werden. Das hat sich als kontraproduktiv erwiesen. Es ist besser nach einer traumatischen Erfahrung erst einmal dem Selbstheilungsprozess seinen Raum zu lassen. Studien haben auch ergeben, dass sich viele Traumasymptome spontan mit der Zeit auflösen. Ich möchte aber nochmals auf einen anderen Aspekt aufmerksam machen. Wir machen in unserer Klinik eine poststationäre psychologische Diagnostik. Die Frage ist: Was wird genau gemessen und wodurch verändert sich die subjektive Lebensqualität in der Behandlung? Wir messen zum Beispiel „Achtsamkeit“. Es ist eher außergewöhnlich, dass dieser Parameter in anderen psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken erfasst wird. Durch unsere Behandlung wird überwiegend eine Verbesserung der Achtsamkeit erreicht, überwiegend reduzieren sich auch Depressionswerte und Dissoziationswerte – manchmal steigen sie aber auch an, was ein Ausdruck sein kann, dass PatientInnen durch erhöhte Achtsamkeit für sich selbst ihre Symptombelastung stärker wahrnehmen. Die Kritik an unserem Behandlungskonzept ist, dass die eigentlichen posttraumatischen Symptome bei uns nicht bei allen PatientInnen signifikant rückläufig sind. Das ist eine rege Diskussion in den Fachkreisen. Da wir durch unser Behandlungskonzept häufig die dissoziativen Symptome reduzieren, die ja als Verarbeitungsmechanismus der posttraumatischen Belastungsstörung bekannt sind und in der Alltagsbewältigung viele Probleme machen, ändert sich trotz weiter bestehenden posttraumatischen Symptomen häufig die subjektive Lebensqualität. Es gibt auch PatientInnen, die nicht von dem Behandlungskonzept profitieren. Aber ein Großteil verlässt die Behandlung und sagt, mir geht es besser, obwohl ich immer noch posttraumatische Symptome habe. Aber ich kann damit besser umgehen und sie besser einordnen.

Gutzmann: Ich würde gerne noch den Aspekt der Ökonomisierung ansprechen. Frau Hertle hat heute Morgen die Messversessenheit in der Medizin aufgezeigt. All diese Zahlen sollen immer wahr sein, sie werden in Leitlinien gegossen und diese Leitlinien werden an der Basis umgesetzt – nicht immer zum Vergnügen der

KlientInnen. Die finanziellen Ressourcen werden nach diesen objektiven Daten zugeteilt. Das Interpersonale, das Therapeutische, gerät dabei ins Hintertreffen. Das spricht nicht gegen Zahlen. Ein erkrankter Mensch, der in einem Konflikt steht und sich entscheiden muss, braucht – das ist auch ethisch unabdingbar – sichere Daten. Aber er braucht zumindest auch mehr Zeit und mehr Empathie, um das „share decision making“, das gemeinsame Entscheiden mit den Therapeutinnen umsetzen zu können. Dem erwähnten Artikel im Deutschen Ärzteblatt war zu entnehmen, dass ganz viele Ärzte sich darauf überhaupt nicht mehr einlassen wollen, aus zeitökonomischen Gründen und damit der finanziellen Vergütung. Es gibt in der Medizin die Tendenz, sich weiter zu „ent-interpersonalisieren“.

Koppe: Ich habe kein Konzept, wie sich die Patientinnenkompetenz, dieses „innerliche Standing“ gesellschaftlich und gesundheitspolitisch besser befördern lässt. Dafür bedarf es Raum und Zeit. In der Gesundheitsbildung in den Schulen, aber auch in den gynäkologischen Praxen müsste die Frage „Wofür will ich gesund werden?“ viel mehr Platz bekommen – finanziell abgesichert und auch über veränderte Abrechnungsweisen. Das ist eine wichtige Triebkraft für die Patientinnen. Das gilt auch für Trauerprozesse, für sexuelle Gewalterfahrungen, für Abtreibungen, all das hängt doch mit Erkrankungen zusammen. Es gibt auf kommunaler Ebene einige Projekte, die eine andere Kultur schaffen könnten. Dafür braucht man aber Geld.

Diskussion mit dem Publikum

Teilnehmerin: Es gibt Zahlen, es gibt gut gemachte Studien, es gibt immer mehr Anbieter und Marktnischen, zum Beispiel für bestimmte Hormontherapien. Ist es wirklich möglich, so etwas wie eine Heilkunst durchzusetzen, die diesen Namen verdient. Schon die Forschung ist sehr marktförmig. Gerade im pharmakologischen Bereich sind Standards eher eine Seltenheit. Es gibt in unserem ökonomischen System viel zu viele Interessen, um die Idee einer objektiven Erfassung der Wirkung einer Handlung zu verwirklichen. Einfach gesprochen: Die Pharmaindustrie interessiert sich nicht dafür zu heilen, sondern ihre Medikamente verkaufen zu können.

Mühlhauser: Wir haben viele Probleme in unserem Gesundheitssystem und wir haben viele Probleme in unserem Wissenschaftssystem. Was immer deutlicher wird, es gibt sehr viel, das wir unter dem Begriff „Wissenschaftsmüll“ zusammenfassen können. Es gibt diesen „Wissenschaftsmüll“ in der klinischen Medizin. Viele schlechte Studien und Daten, die man überhaupt nicht benutzen kann. Diesen Müll gibt es vermutlich in noch viel größerem Ausmaß in der Grundlagenforschung. Das gilt für die Pharmazie ebenso wie für die Psychologie. Wir wissen heute auch, dass sich viele psychologische Studien nicht reproduzieren lassen, das gilt auch für tierexperimentelle Studien, die dennoch in führenden Zeitschriften publiziert werden. Wir werden das Thema „Wissenschaftsmüll“ weiter im Auge behalten und vielleicht zum Hauptthema unseres nächsten Treffens zur evidenzbasierten Medizin machen. Da ließe sich viel Geld einsparen. Man kann nicht sagen, die und die haben diese Situation verschuldet. Das ist ein gesamtgesellschaftliches Phänomen. Wenn eine Heilmethode wirksam ist, dann sollte sie finanziert werden. Wenn jemand meint, seine Methode würde zu Unrecht nicht vergütet, dann sage ich: Her bitte mit den Daten. Die Wirksamkeit kann überprüft werden.

Teilnehmerin: Das soll jetzt keine Kritik an der evidenzbasierten Medizin sein, aber sie ist eine bestimmte Wissensform: Das was messbar ist, das ist auch da. Was mit dem Wissen der Medizin, vom Menschen in der Moderne verloren geht, ist das Beharren darauf, dass es etwas gibt, das uns im Konzept von Heilung und auch begrifflich unverfügbar ist, womit wir aber doch rechnen müssen. Wir sollten nicht dem Umkehrschluss verfallen, was wir nicht messen können, existiert nicht.

Teilnehmerin: Was Sie zur evidenzbasierten Medizin sagen, das ist völlig richtig. Wir sollten dahinter nicht zurückgehen. Aber in den Therapieformen, in der Heilung, gibt es auch Dimensionen, die nicht messbar sind. Wir sollten dieses Spannungsverhältnis nicht auflösen.

Mühlhauser: Sie sagen, bestimmte Therapieformen entziehen sich der Messbarkeit. Ich würde sagen, auch die vorgestellten Konzepte lassen sich mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin wunderbar evaluieren. Ich bin wie gesagt gar nicht sicher, ob es sich bei meinem Beispiel um Übertherapie, um einen Kunstfehler oder vielleicht um Genesung trotz Intervention handelt.

Teilnehmerin: Können wir das nicht weiterdenken ohne zu polarisieren. Mit ein bisschen Ehrgeiz könnte man doch genauer herausfinden, woher die inneren Bilder kommen, ebenso, welche Bedeutung die Empathie hat. All das ist ja keine Blackbox, die immer eine Blackbox bleiben muss.

Teilnehmerin: Die *Methode Wildwuchs* wird gerade an der medizinischen Hochschule Hannover untersucht. Und nochmal: Wenn ich wunderbare evidenzbasierte Studien habe, muss ich dennoch eine innere Bereitschaft, ein inneres Wissen, eine Überzeugung, Selbstvertrauen entwickeln, um mich entscheiden zu können. Wir sagen nicht: Hysterektomie, die Frau ist einverstanden und alles ist gut. Gut untersuchte Behandlungsmethoden sind wichtig. Aber dass ein Mensch damit leben kann und sich nicht als eine Art Opfer operieren lässt, sich mit bestimmten oder gewohnten Auffassungen zu seiner Sexualität – in diesem Fall ohne Gebärmutter – auseinandersetzen kann, dazu bedarf es mehr.

Gutzmann: Die uns zur Verfügung stehende Zeit war knapp bemessen, um das Thema „Heilkunst heute“ fundiert betrachten zu können und auch noch Raum für die Diskussion zu haben. Es bleibt ein „work in progress“ und ist vielleicht ein Impuls für eine ganze Tagung zu diesem Thema.

Ich bedanke mich bei den Podiumsteilnehmerinnen. Ihre Ausführungen haben gut darlegen können, dass sie alle ein unabdingbar notwendiger Teil dieses komplexen Geschehens zwischen Gesundheit und Krankheit sind.

Sowohl die Stärkung der innerpersonalen Kräfte und Selbstgewissheit in einer Patientin, als auch die personale Beziehung und Zuwendung (shared decision) sowie die wissenschaftlich belegte Datenlage haben gleichwichtige Anteile am Heilen. Die „Kunst“ beruht wohlmöglich darin, zu erfassen, was wann im Vordergrund stehen soll für ein gedeihliches Ergebnis.