

Aus dem Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung
der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Cornelius Borck

**Hubert Feiereis
und die Geschichte der Psychosomatik
in Lübeck**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von

Edith-Angela Hansen
aus Schweinfurt

Lübeck 2018

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Cornelius Borck
2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. phil. Hans-Jürgen Rumpf

Tag der mündlichen Prüfung: 18.12.2018

zum Druck genehmigt. Lübeck, den 18.12.2018

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Inhalt

1. Einleitung	5
1.1 Hubert Feiereis und seine Rolle in der Entwicklung der Psychosomatik in Lübeck....	5
1.2 Methodik.....	9
2. Die Psychosomatik im Kontext des 20. Jahrhunderts	13
2.1 Die beiden Pole der Psychosomatik	13
2.2 Das Feld der psychosomatischen Medizin	16
2.3 Etablierung der Psychosomatik in Deutschland.....	18
2.4 Die Verortungsproblematik der Psychosomatik	23
3. Hubert Feiereis	26
3.1 Familiärer Hintergrund, Studium, Begegnung mit Curtius und Beginn der ärztlichen Tätigkeit in Lübeck	26
3.2 Feiereis klinische Praxis	36
3.3 Feiereis Konzept der Psychosomatik	43
3.4 Lehre, Psychosomatische Forschung und Veröffentlichungen	45
3.5 Kontakte und außeruniversitäre Tätigkeiten.....	54
3.6 Feiereis Ausscheiden aus der Universität, der Aufbau der Curtius-Klinik und sein Lebensende.....	59
4. Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie	64
4.1 Therapeutische Praxis und Patienten.....	64
4.2. Die Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.....	80
4.3. Die Behandlung der Essstörungen	89
4.4. Der weitere Werdegang der Klinik seit dem Ausscheiden Feiereis	93
5. Reflexion über die Psychosomatik Feiereis im Kontext der Gegenwart.....	101
6. Zusammenfassung.....	113
7.Literaturverzeichnis	114
8. Anhang.....	126
8.1 Bibliographie Feiereis.....	126

8.2. Interviewverzeichnis	139
8.3 Interviewleitfaden	140
8.4 Anschauungsmaterial.....	142
8.5. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	148
9. Danksagungen.....	149
10. Lebenslauf	150

1. Einleitung

1.1 Hubert Feiereis und seine Rolle in der Entwicklung der Psychosomatik in Lübeck

Im Jahr 2018 mag kaum einem Mediziner¹, der an der Universität zu Lübeck studiert oder tätig ist, die überregionale Bedeutung der ehemaligen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie oder die Person Hubert Feiereis bekannt sein. Ebenso ist die Theorie, die sich hinter der einstmalig so bekannten Psychosomatik Lübecks verbirgt, in Vergessenheit geraten und wurde bislang keiner Orts untersucht. Angesichts der heutigen Tendenz der Humanmedizin in Richtung Technisierung, stellt sich somit die Frage, wie es zu den Veränderungen, die die heutige Psychosomatik bedingen, kam und wie genau an der ehemaligen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie behandelt wurde. In meiner Dissertationsarbeit möchte ich die Geschichte der Psychosomatik in Lübeck rekonstruieren und die Frage nach der Rolle des ehemaligen Klinikdirektors Hubert Feiereis, der von 1972 bis 1992 die Klinik leitete, beantworten. Methodische Grundlage meiner Arbeit bilden leitfadengestützte Interviews mit Zeitzeugen nach dem Verfahren der oral history. Ein Abriss des Faches Psychosomatik und die Frage nach seiner Verortung sowie eine Rekonstruktion der Praxis innerhalb der Klinik in Lübeck bilden dabei den thematischen Schwerpunkt.

Die derzeit praktizierte Psychosomatik in Deutschland blickt auf eine junge Vergangenheit zurück: Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelte sie sich aus der Psychoanalyse sowie der Inneren Medizin. Aus der Psychoanalyse entstand dabei die psychogenetische Strömung innerhalb der Psychosomatik. Daneben ging die holistische Psychosomatik aus der internistisch-integrativen Strömung hervor.

Ausgehend von diesen beiden Traditionslinien der Psychosomatik wurde die weitere Entwicklung des Faches von verschiedenen Ereignissen geprägt. Etabliert

¹ Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

war Psychotherapie und Psychosomatik in der ambulanten und stationären Versorgung Deutschlands bereits seit Jahrzehnten, bevor mit der ärztlichen Approbationsordnung 1970, die seinerzeit die Bestallungsordnung ablöste, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu einem eigenständigen Fach innerhalb des Fächerkataloges des Studienganges Humanmedizin wurde. Infolgedessen wurden schrittweise Universitätsabteilungen gegründet. Daneben zählen die drei ersten Novellierungen der Musterweiterbildungsordnung zu den weiteren Entwicklungsschritten des Faches. Paul L. Janssen (geb. 1937) und Herbert Menzel (geb. 1948) bezeichneten jedoch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages im Mai 1992 zur Weiterbildung im psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Bereich als die Wende der ärztlichen Psychotherapie und Psychosomatik: Der „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ wurde eingeführt (Janssen und Menzel 2012: 107). Dieser wurde elf Jahre später, auf dem Ärztetag 2003, in den „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ unbenannt. Für die Entstehung des eigenständigen Gebietes war zum einen förderlich, dass die Bedeutung der Psychotherapie für die Gesundheitsversorgung der Bürger anerkannt und in den ärztlichen Gremien des Ärztetages ausführlich diskutiert worden war. Zum anderen gab es in der ehemaligen DDR im Gegensatz dazu bereits den „Facharzt für Psychotherapie“, den die Kollegen der neuen Bundesländer nach der Wende in ähnlicher Weise weiterführen wollten und dies auf dem Ärztetag vertraten.

Bis zur Gegenwart hat sich das Konzept der Psychosomatik seitdem auf die bio-psycho-sozialen Bereiche des Krankseins eingegrenzt und dabei von der Behandlung mittels an verschiedenen Schulen orientierter Psychotherapie, wie z.B. die an Sigmund Freud angelehnte Schule, abgewandt und sich den störungsorientierten Psychotherapieansätzen angenähert. Der Schwerpunkt liegt dabei, gemäß der Gebietsdefinition, in der psychotherapeutischen Behandlung psychosomatisch Kranker und somatopsychischer Erkrankungen. Nach der aktuellen Weiterbildungsordnung ist ein in der Psychosomatik tätiger Arzt während seiner Weiterbildung fünf Jahre ganztätig tätig, nämlich drei Jahre innerhalb der psychosomatischen Medizin, ein Jahr in der Psychiatrie und ein weiteres Jahr in der Inneren Medizin, bevor er die Facharztprüfung ablegen darf.

2012 bezeichneten Paul J. Janssen und Herbert Menzel die Psychosomatik an sich als Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben auf der einen Seite und als eine Spezialdisziplin auf der anderen Seite (Janssen und Menzel 2012: 107). Daraus ergab sich ein dreiteiliges Versorgungskonzept der psychosomatischen Medizin: Erstens die psychosomatische Grundversorgung, zweitens die fachgebundene Psychotherapie des somatisch tätigen Arztes und drittens das eigenständige Fach mit der Gebietsbezeichnung Psychosomatik und Psychotherapie. Unter psychosomatischer Grundversorgung versteht man die Versorgung durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, der die Patienten in ihrer Grundversorgung psychosomatisch behandelt. Unter fachgebundener Psychosomatik des somatisch tätigen Arztes lässt sich als Beispiel ein Gynäkologe heranziehen, der die Zusammenhänge zwischen somatischen und psychischen Anteilen einer Erkrankung zu verknüpfen versteht. Zuletzt sind die in den Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie oder ambulant praktizierenden Fachärzte zu nennen, die beispielsweise auf Essstörungen oder affektive Erkrankungen spezialisiert sind.

Im Folgenden soll der Blick von der deutschlandweiten Entstehung und Etablierung des Faches bis zur Gegenwart, zu der Entwicklung des Faches in der Hansestadt Lübeck gehen. So zählte Lübeck einst neben Ulm, Heidelberg und Berlin zu den wichtigsten Entwicklungsorten der Psychosomatik Deutschlands. War das Fach Psychosomatik vielerorts als Disziplin innerhalb der Psychiatrie angesiedelt, so war es am Standort Lübeck im Gegensatz dazu ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Unter Prof. Hubert Feiereis` Leitung gewann die Lübecker Psychosomatik sogar über deutsche Grenzen hinaus große Bedeutung. Insbesondere bei der Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn², welche seinerzeit noch als psychosomatische Krankheit deklariert wurde) verzeichnete Feiereis große Behandlungserfolge.

² Durch den Mediziner Burrill B. Crohn werden in New York 1932 die klinischen Details einer schubweise verlaufenden, granulomatösen chronisch entzündlichen Darmerkrankung beschrieben. Später soll diese Erkrankung seinen Namen erhalten. Eine der ersten Schilderungen aus dem Jahr 1761 stammt von Giovanni Battista Morgagni (Schuchart 2017: 52).

Hubert Feiereis wurde am 26. Januar 1925 in Glogau in Niederschlesien geboren und leitete von 1974 bis 1992 als Direktor die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Lübeck. Die heutige Universität zu Lübeck ist entstanden aus dem städtischen Krankenhaus Ost, welches von 1946 – 1961 durch Friedrich Curtius, als internistischen Chefarzt, geleitet wurde. Lehrer und Schüler verhalfen der anfangs am Städtischen Krankenhaus Ost und späteren Akademie betriebenen Inneren Medizin zu einer weiteren Dimension: psychische Aspekte wurden bei der internistischen Patientenbehandlung berücksichtigt.

Somit kann der Standort Lübeck als Beispiel der deutschlandweiten Entwicklung dieses Fachgebietes herangezogen werden. Da sich Hubert Feiereis` Schaffensperiode in Lübeck mit der Etablierungsphase der Psychosomatik in Westdeutschland überschneidet, soll die Frage beantwortet werden, welche Rolle er bei dieser Entwicklung spielte und wie er diese beeinflusste. Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie hatte in diesem Kontext eine besondere Bedeutung, die Rekonstruktion der Praxis an der Klinik unter Feiereis steht daher im Mittelpunkt der vorliegenden Dissertation.

1.2 Methodik

Um diese Praxis und Feiereis' Aktivitätsfeld zu rekonstruieren, wurden verschiedene Methoden gezielt verwendet: 1. oral history, 2. die Auswertung von Dokumenten aus dem Nachlass Feiereis' und 3. Feldbeobachtungen.

Fundament der vorliegenden medizinhistorischen Arbeit bildeten leitfadengestützte qualitative Interviews mit Zeitzeugen, welche Antworten auf die entscheidenden folgenden Fragestellungen gaben:³ 1. Die Rolle von Prof. Feiereis in der Entwicklung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 2. seinen Einfluss auf die Etablierung der Psychosomatik in Norddeutschland und 3. seinen deutschlandweiten Einfluss. Diese hermeneutische Methode der oral history diente zur Produktion und Bearbeitung mündlicher Quellen.

Daneben standen Dokumente aus dem Nachlass Feiereis' als wichtige Quelle für das Forschungsvorhaben zur Verfügung. Aufzeichnungen, Korrespondenzen, Veröffentlichungen, Patienten-Briefe sowie von Feiereis gesammelte und selbst publizierte Forschungsberichte konnten im Vorfeld aus dem Kellerarchiv des Haus 8 gesichert werden. Darüber hinaus lagen dort mehrere unveröffentlichte, von Feiereis verfasste Schriften vor sowie eine umfangreiche Sammlung an Dias von Werken der Kunsttherapie. Diese stammen aus den Therapieangeboten der ehemaligen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, wie z. B. Gemälde oder Tonplastiken, von denen einige zur Veranschaulichung in die Arbeit aufgenommen wurden.

Als dritte Datenquelle wurde auf eigene Feldbeobachtungen zurückgegriffen. Diese Beobachtungen und Erfahrungen, welche während des Arbeitens im Zuge von Famulaturen, Praktischem Jahr und als Weiterbildungsassistentin auf psychiatrischen, internistischen und psychosomatischen Stationen bzw. Arztpraxen in Norddeutschland gesammelt wurden, flossen als erläuternde Hintergrundinformationen, in Form von Feldnotizen, in die Erstellung der Interviews sowie als Unterstützung bei deren Auswertung mit ein.

³ Für die Durchführung der 6 Interviews mit insgesamt 8 Interviewpartnern, wurde ein Antrag bei der Ethikkommission der Universität zu Lübeck gestellt. Nach Prüfung durch die Kommissionsmitglieder in der Sitzung vom 09. April 2013, wurden keine Bedenken geäußert.

Als semistrukturierte Interviews bezeichnet man nach Flick (2012) leitfadengestützte Interviews, in denen bestimmte Themenkomplexe explizit angesprochen werden, sich jedoch neue Punkte aus dem Interview ergeben können. Damit wird das Ziel verfolgt, dem Interviewpartner trotz Strukturvorgabe so viel Spielraum wie möglich zu geben, um ihre individuelle Sichtweise zu entfalten (Flick 2012: 225). Zunächst wurde zur Leitfadenerstellung ein Fragenkatalog entwickelt, welcher sich an verschiedenen Themenkomplexen orientierte. Das Interview wurde dazu in vier große Teile gegliedert. Anfangs wurden allgemeine Fragen zur Ausbildung der Interviewpartner, deren Berührungspunkte mit der Psychosomatik und zur Entwicklung des Faches gestellt. Im zweiten und dritten Teil folgten Fragen zu den Personen Hubert Feiereis und Friedrich Curtius und im vierten Teil schließlich zur Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Die Reihenfolge der Themengebiete wurde dabei nach Bedarf angepasst und verändert, wobei insgesamt die gleichen Themenkomplexe in den verschiedenen Interviews behandelt wurden, um bei der Auswertung Vergleiche zu ziehen und Resultate finden zu können: Da eine Person und daneben eine Klinik ins Zentrum des Interesses stand, wurden in den Interviews vorwiegend sogenannte biographische Fragen bearbeitet. Daneben sollte die Entwicklung des Faches Psychosomatik in Lübeck, als auch die Entwicklung dieses Faches im Kontext der deutschlandweiten Entwicklung erforscht werden. Dies warf Fragen zu Wandel, Routinen und Situationen im Alltag, sowie Fragen zu gesellschaftlichen und biographisch relevanten Problemen auf. Da die vorliegende Forschungsarbeit folglich verschiedene Bereiche untersucht, mussten verschiedene qualitative Methoden der Datensammlung durch das gesprochene Wort gefunden, angewandt und miteinander kombiniert werden. Ich wählte dazu folgende Methoden der Interviewführung: Das problemzentrierte und das narrativ-episodische Interview. Nach Flick nutzt der Interviewer zur Annäherung an gesellschaftlich oder biographisch relevante Probleme das problemzentrierte Interview (Flick 2012: 210). Die darin erhobenen biographischen Daten thematisieren jeweils ein bestimmtes Problem, im vorliegenden Fall die Rolle von Feiereis während der Etablierung der Psychosomatik als akademische Disziplin. Bei einem solchen problemzentrierten Interview handelt es sich um ein Interview, das sich auf ein aus „Fragen und

Erzählenreizen“ bestehenden Leitfaden stützt (Flick 2012: 210). Das narrativ-episodische Interview wurde daneben als ergänzende Erhebungsmethode genutzt, da sich während der Erzählungen ganz von selbst neue Gesichtspunkte ergeben, die für die Arbeit von großer Bedeutung sind. Diese Art von Interview gliedert sich in verschiedene Phasen: Im narrativen Interview wird der Informant [zunächst] gebeten, die Geschichte eines Gegenstandsbereiches, an der der Interviewte teilgenommen hat, in einer Stegreiferzählung darzustellen (Herrmanns 1995: 183). Die Eingangsfrage sollte dabei breit und spezifisch gestellt werden. Im vorliegenden Fall wurden die ehemaligen Kollegen von Feiereis dazu aufgefordert, von der Routine auf Station, den Visitengängen oder Veränderungen während ihrer Beschäftigungszeit in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie zu berichten. Im Anschluss wurden im Nachfrageteil offen gebliebene Fragen geklärt. Mit Hilfe der Kombination der aufgezeigten Erhebungsmethoden konnte gezielt auf die Fragen meiner Forschungsarbeit eingegangen werden.

Als erster Schritt der Durchführung der Interviews ist die Wahl der Interviewpartner notwendig. Bei den acht Interviewpartnern handelt es sich um ehemalige Ärzte, eine Schwester der Lübecker Klinik, einem innerhalb der Universitäts-Psychiatrie tätig gewesenen Kollegen, sowie dem heutigen Nachfolger von Feiereis. Das Ziel war es, einen umfassenden Blick auf Feiereis und die Klinik zu gewinnen. So fanden Treffen mit Interviewpartnern statt, die zum einen die Perspektive aus der Klinik heraus schildern konnten (ehemalige Assistenzärzte und Stationsärzte, sowie die Stationsärztin und Ehefrau des direkten Nachfolgers von Feiereis und eine ehemalige Krankenschwester des Haus 8). Zum anderen wurde die Perspektive auf die Klinik - von außen - durch das Interview mit dem ehemaligen Leiter der Psychiatrie in Lübeck (als Kollege innerhalb der Universität) abgedeckt. Zuletzt erfolgte der Rückblick aus der gegenwärtigen Perspektive vom heutigen Direktor der Kliniken für Psychiatrie und für Psychosomatik und Psychotherapie.

Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung in Lübeck und in der Curtius-Klinik in Bad Malente sowie in Gebäuden des Universitätsklinikums zu Lübeck statt. Es erfolgten sechs Interviews, wobei zwei der Interviews in einer Gruppe mit je zwei Interviewpartnern stattfanden. Alle Befragungen wurden jeweils auf einem Voice Recorder aufgenommen. Aus der Quelle von insgesamt 8 Stunden und 2 Minuten

Gesprächsmaterial lagen im Folgenden insgesamt 138 Seiten 1:1 transkribierte Interviews vor.

Aus diesen Daten erfolgte im Anschluss die Auswertung nach etablierten Methoden der Qualitativen Inhaltsanalyse (Silverman 2005; Mayring 1991; Flick 2012) Bei der Analyse der Transkripte wurde auf anerkannte Verfahren der qualitativen Forschungsmethoden zurückgegriffen und eine systematische und theoriegeleitete Vorgehensweise angewandt. Zur Analyse der Interviews als auch der Feldnotizen wurde vorwiegend auf das Ablaufmodell nach Philipp Mayring zurückgegriffen (Mayring 1991: 210). Die Auswertung zielte darauf ab, im Vergleich der Interviews gemeinsame Wissensbestände herauszuarbeiten, wobei sich die Interpretation dabei an thematischen Gemeinsamkeiten orientierte.

Die persönlichen Daten der befragten Personen und die Daten aus den eigenen Feldstudien wurden streng vertraulich behandelt und nur studienrelevante Angaben für die Erstellung der Arbeit verwendet. Die Daten wurden nicht an Dritte weitergegeben.

2. Die Psychosomatik im Kontext des 20. Jahrhunderts

2.1 Die beiden Pole der Psychosomatik

Ab den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts erhält die Psyche innerhalb der Medizin mehr Aufmerksamkeit und die Psychosomatik entsteht als Gegenbewegung zur radikalen naturwissenschaftlichen Umstrukturierung der Medizin in Deutschland (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 3).⁴ Davon ausgehend wächst die weitere Entwicklung der Psychosomatik aus zwei verschiedenen Wurzeln und ist wie folgt geprägt worden: Auf der einen Seite von einer holistischen, auf der anderen Seite von einer psychogenetischen Wurzel (Lipowski 1984:153). Im Folgenden sollen die beiden Pole der Psychosomatik definiert und voneinander abgegrenzt werden:

Die psychogenetische Wurzel leitet sich von den Ansätzen der Psychoanalyse ab, nach deren Definition „innere, seelische Konflikte“ durch körperliche Erkrankungen zum Ausdruck kommen. Sigmund Freud (1856-1939) legt dabei mit seinen Theorien zum Konversionsmodell, welche eine körperliche Krankheit als Ausdruck seelischer Konflikte deklariert, einen Grundstein für psychosomatisches Denken. So erklärt Freud beispielsweise sogenannte „hysterische“ Symptome, wie etwa psychogene Anfälle oder Lähmungen, mit unbewussten seelischen Konflikten.

(...) man konnte (...) nicht übersehen, dass die psychischen Phänomene in hohem Grad von körperlichen Einflüssen abhängig sind und ihrerseits die stärksten Wirkungen auf somatische Prozesse üben. (Freud 1940: 21)

Auch wenn Freud einen Zusammenhang zwischen psychischen Phänomenen und somatische Prozesse sieht, befasst sich Freud, auf sein Gesamtwerk bezogen, jedoch nur wenig oder indirekt mit psychosomatischen Krankheiten. Franz Alexander (1891-1964) hingegen formuliert einige Jahre später wichtige Ansätze der psychogenetischen Psychosomatik. 1950 verfasst er die „Heiligen Chicago 7“, eine Aufreihung von somatischen Krankheiten, bei denen unbewusste Konflikte

⁴ Sven O. Hoffmann, Sprecher der Konferenz der ltd. Fachvertreter für psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1991.

als ursächlich beschrieben wurden (Alexander 1962: 20). Als „Holy 7“ bezeichnete er einen Katalog, zu denen folgende Krankheiten zählten: 1. Ulcus duodeni 2. Asthma bronchiale 3. Rheumatoide Arthritis 4. Neurodermitis 5. Essentielle Hypertonie 6. Hyperthyreose 7. Colitis Ulcerosa.

Den Gegenpol zu der psychogenetischen Sichtweise bildet die holistische Psychosomatik. Einen wesentlichen Impuls erhielt der holistische Ansatz durch das Berücksichtigen des subjektiven Erlebens des kranken Menschen. Viktor von Weizsäcker (1886-1957), der als einer der Väter der modernen klinischen Psychosomatik bezeichnet wird, forderte die Erforschung des Menschen und die Besinnung auf das Menschliche in der Medizin. In einer Krankheit sieht er eine Weise des Menschseins in seinen humanen, sozialen und ethischen Grundlagen. Somit sind diese Grundlagen auch für die Genesung der Krankheit wichtig (Drees 1980: 1). In Deutschland sind es in erster Linie Internisten wie Thure von Uexküll (1908-2004) gewesen, die diese holistische Sichtweise auf die Psychosomatik vertreten haben. Sie hielten es bei der Behandlung ihrer Patienten für notwendig, der Psyche mehr Aufmerksamkeit zu schenken und, um *Humanmedizin* überhaupt erst betreiben zu können, psychosoziale Aspekte der Krankheitsverläufe stärker zu berücksichtigen (Bergmann 2002: 506). Im ersten amerikanischen Lehrbuch der Psychosomatik, welches 1941 von Edward Weiss und Oliver Spurgeon English veröffentlicht worden ist, wird holistische Psychosomatik wie folgt definiert:

The relatively new concept of psychosomatics is an approach to medicine, which is as old as the healing art. It is not a speciality, but a call to pay as much attention to the mental without neglecting the bodily; the role of psychosocial factors in the etiology, pathogenesis, course and prognosis should be considered as seriously as the role of physical, chemical and microbiological ones (Weiss und English 1941: 15).

Weiss und English haben die Genese von Krankheiten innerhalb der holistischen Psychosomatik also multifaktoriell erklärt und ebenfalls psychosoziale Faktoren als einen der Gründe der Entstehung ergänzt (Wallace und Gach 2010: 488).

Bis zur Gegenwart haben sich die beiden aufgezeigten Traditionslinien der Psychosomatik jedoch aufgelöst. Dies war nach Henningsen auch notwendig, um

eine geeinte Strategie gegenüber dem Rest der Medizin entwickeln zu können, da in der Vergangenheit häufig gegenseitige Entwertungen der beiden Pole des Faches stattfanden (Henningens 2013: Vorwort).

2.2 Das Feld der psychosomatischen Medizin

Wie in der Einleitung dargestellt, siedelt sich die Psychosomatik innerhalb der Medizin zwischen den Disziplinen der psychiatrischen Erkrankungen und der körperlichen Erkrankungen an. Diese Verortung ist ferner geprägt von den zuvor genannten Polen der Psychosomatik, dem holistischen und dem psychogenetischen. Psychosomatische Medizin befasst sich demnach zum einen mit den Störungsbildern sogenannter somatoformer Erkrankungen, worunter man körperliche Beschwerden versteht, die nicht oder nicht vollständig auf organische Erkrankungen zurückzuführen sind. Zum anderen bezieht sie sich auf körperliche Erkrankungen, die eine zusätzliche Beteiligung seelischer Faktoren aufweisen und weiter auf körperlich erlebte Symptome, die im Zusammenhang mit Angsterkrankungen, Trauma-Folge-Erkrankungen sowie reaktiv-depressiven Störungsbildern stehen. Doch welche allgemeingültige Definition für „Psychosomatik“ lässt sich anhand der Verortung finden? Auch Thure von Uexküll verglich 1973 die psychosomatische Medizin mit dem „Fliegenden Holländer“: „Alle sprechen von ihm, keiner hat ihn gesehen – alle wissen was psychosomatische Medizin ist, aber alle stellen sich darunter etwas anderes vor!“ (Uexküll 1973: 1386). Ein Blick auf die heutige Praxis der Psychosomatik mag weiterhelfen: Auf den Internetseiten des BPM (Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschland e.V.) wird der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2014 als der Facharzt für die Wechselwirkungen von organmedizinischen und psychischen Erkrankungen definiert. Er steht für die Kooperation der verschiedenen Fachgebiete in der Versorgung der großen Gruppe von chronisch und psychisch kranken Patienten. Die Psychosomatik beschäftigt sich also anscheinend mit ungreifbaren Dingen, die zwischen Körper und Seele wirken und sich gegenseitig beeinflussen. Für den Patienten wie für den Wissenschaftler ist es deshalb schwierig, dieses Phänomen zu erfassen. Bislang ist die gegenseitige Beeinflussung schwer nachvollziehbar oder gar messbar. Dennoch sind die Auswirkungen fast jedem geläufig: schweißige Hände in nervenaufreibenden Situationen, Bauchschmerzen vor großen Prüfungen oder Rückenschmerzen im stressigen Berufsleben.

In der Gegenwart schließt die psychosomatische Medizin, neben den biologischen und psychischen, auch die soziale Komponente ein, womit der Begriff Psychosomatik dem der biopsychosozialen Medizin weicht. Soziale Faktoren, wie zum Beispiel Familienverhältnisse, Beziehungen oder der Arbeitsplatz, haben demnach einen großen Stellenwert innerhalb der Pathogenese, d. h. der Entstehung und Entwicklung einer Krankheit, wie auch innerhalb der Therapie der psychosomatischen Erkrankungen. Somit kann die psychosomatische Grundversorgung, laut Bergmann, als eine Krankheitsbehandlung im Sinne einer psychosozialen Basistherapie bei psychischen, funktionellen und psychosomatischen Erkrankungen und Behinderungen durch primär somatisch orientierte Ärzte aller Fachrichtungen verstanden werden. Diese soll mittels verbaler, introspektionsfördernder Interventionen und suggestiven Techniken zu Symptomverbesserungen und Einsichten in die pathogen-somatisch-psychischen Zusammenhänge und persönlichen Konflikte führen (Bergmann 2002: 508).

In der klinischen Versorgung lebt Psychosomatik nach wie vor im Spannungsfeld, einerseits Grundhaltung für alle Ärzte und Heilberufler zu sein, andererseits aber Spezialdisziplin im Sinne einer psychotherapeutischen Medizin (Henningsen 2005: 29-32).

Zusammenfassend und die Worte von Henningsen aufnehmend wird „die Psychosomatik“ nicht einer einzelnen Definition gerecht, denn sie ist Fachdisziplin und Grundhaltung zugleich. Sobald ein Arzt neben den körperlichen Symptomen seines Patienten auch das psychische Befinden und zudem die soziale Situation in seine Behandlung miteinschließt, wird die Psychosomatik vielmehr zu einer Betrachtungsweise innerhalb der Medizin, als ein eigenes Fach oder eine Subdisziplin.

2.3 Etablierung der Psychosomatik in Deutschland

(...)Kranke [wandten sich] unter Berufung auf ihre Erschöpfung, ihr Herzjagen, ihre Schweißausbrüche etc. vorwiegend an Internisten. Es war die hohe Zeit der Diagnose „vegetative Dystonie“. Selbstkritische und menschenkennende Internisten motivierten solche Kranke gegen erheblichen Widerstand, einen Psychiater aufzusuchen. Diese Patienten kamen wie ein Bumerang zurück, der psychiatrische Konsiliarbericht lautete sinngemäß: „Kein Anhalt für eine Psychose“ (Hontschik 2012: 9).

Bernd Hontschik blickt 2012 auf die Anfänge der Psychosomatik zurück und betont, wie schwierig es für Patienten mit psychosomatischen Symptomen war, diese Symptome als solche zu verstehen und zu akzeptieren, um dann den richtigen ärztlichen Ansprechpartner zu finden. Ausgehend von den im vorangegangenen Kapitel dargestellten Wurzeln der deutschen Psychosomatik, wurde Psychosomatik an Kliniken vorwiegend durch internistisch tätige Ärzte begründet: Unter denjenigen Ärzten, die zur Gründung von ersten psychosomatischen Stationen anregten und durch ihre Ideen und Forschungen den Weg für eine Etablierung einer akademischen Behandlungsweise ebneten, befinden sich Ludolf Krehl (1861-1937), Gustav von Bergmann (1878-1955) und Thure von Uexküll (1908-2004). Ludolf Krehl war 1907-1930 Leiter der medizinischen Klinik in Heidelberg. Er führt erste psychopathologische Experimente mittels Hypnose durch und prägte die Psychosomatik durch philosophisch-anthropologische Ansätze. Der Internist Gustav von Bergmann hingegen setzte durch den Begriff der „funktionellen Pathogenese“ an der Charité Berlin Impulse. Daneben prägte dessen Schüler Thure von Uexküll den Begriff der „integrativen Psychosomatik“. Er forderte Psychosomatik nicht als Fachdisziplin, sondern als integrativen Bestandteil jedes medizinischen Faches zu sehen. Die Bezeichnung „psychosomatische Stationen“ innerhalb von Kliniken, wählten die Internisten aus Rücksicht auf die Psychiater und um Spannungen zu vermeiden, da diese ebenfalls psychotherapeutisch tätig sind.

Doch der Weg von der Etablierung psychosomatischer Stationen bis hin zur Institutionalisierung dieser neuen Sichtweise auf die Medizin, ist im Kontext der

naturwissenschaftlichen Orientierung der Zeit schwierig. Die erste psychotherapeutische Klinik wird im Sanatorium Schloss Tegel in Berlin durch Ernst Simmel am 01.04.1927 eröffnet. Dies gilt als Ausgangsort der Entwicklung stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung in Deutschland (Henningsen 2013: 62). Nach dem zweiten Weltkrieg vollzieht sich die weitere Entwicklung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen, zu Beginn ebenfalls außerhalb der Universitäten, jedoch breit über Deutschland verteilt: In Berlin entsteht durch Werner Kemper und Harald Schultzenhencke 1946 das „Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen“. Im gleichen Jahr erwächst - an dieser Stelle besonders hervorzuheben - in Lübeck durch Friedrich Curtius im Städtischen Krankenhaus Ost und heutigem Universitätsklinikum eine internistische Klinik mit einem zunehmend psychosomatisch-psychotherapeutischen Schwerpunkt. Zwei Jahre später, 1948, entsteht in Berlin die „Klinik für psychogene Störungen“ durch Heinz Wiegmann. Es folgt 1949 das Landeskrankenhaus Rasemühle bei Göttingen (heute: Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn) und 1950 in Hamburg eine Privatklinik für die stationäre Behandlung von psychosomatisch-psychoneurotischen Kranken unter Arthur Jores (1901-1982). An den Universitäten erscheinen 1949 in der medizinischen Poliklinik München eine psychosomatische Ambulanz (Walter Seitz, Johannes Cremerius) und 1950 Bettenstationen in Heidelberg (Viktor von Weizsäcker, Alexander Mitscherlich), dann 1957 in Freiburg (Ludwig Heilmeyer, Günter Clauser, Ferdinand Enke), 1962 in Giessen (Horst-Eberhard Richter) und 1965 in Mainz (Dietrich Langen). Nachdem die psychosomatische Medizin auch stärker an den späteren Universitätsstandorten Deutschlands verbreitet ist, muss sich die Ausbildung des behandelnden Personals der Entwicklung von Stationen anschließen. Allerdings sind die Weiterbildungsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich an den Kliniken und den Universitäten in der Mitte des 19. Jahrhunderts sehr schwach ausgeprägt. Demgegenüber steht ein zunehmender und immer weiter wachsender Bedarf an Psychotherapeuten, denn das allgemeine Interesse an Psychotherapie wächst.

Das Bewusstsein für die Notwendigkeit vollzieht sich innerhalb der gesamten Medizin. Es herrscht eine „Unzufriedenheit mit der geringen Berücksichtigung psychosozialer Faktoren in der gesamten Medizin“ und so beauftragt die Deutsche

Forschungsgemeinschaft eine Gruppe von Wissenschaftlern eine „Denkschrift zur ärztlichen Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin“ auszuarbeiten: Brocher, Cremerius, Dührssen, von Eiff, Görres, Häfner, Heiss, Heyer, Jores, Mitscherlich, Richter, Schäfer, Schultz, Seitz, Thomä, von Uexküll, Volk und Wellek verfassen diese 1964 (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 9). Ziel ist es, den medizinischen Fakultäten einen Anlass zu geben, die damalige Situation zu überdenken und Weiterbildungsmöglichkeiten an den Universitäten auszubauen. 1968, vier Jahre später, legt der Wissenschaftsrat eine weitere Empfehlung für die Verortung psychosomatischer Medizin an den deutschen Universitätskliniken vor und schlägt das Prinzip der dezentralisierten Zentralisation vor: Hierin empfiehlt er neben der Einrichtung einer zentralen psychosomatischen Institution mit Betten und Ambulanz, Schwerpunkte in der Inneren Medizin und der Psychiatrie, sowie Konsiliar- und Liaison-Dienste für andere Fächer (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 8).

Einen Wendepunkt in der Geschichte des Faches Psychosomatik markiert ihre Institutionalisierung mit der ärztlichen Approbationsordnung 1970 (Linnen 2007: 9).⁵ Unter anderem werden die Fächer medizinische Psychologie und medizinische Soziologie in die Vorklinik und daneben ein Praktikum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den klinischen Teil des Medizinstudiums als obligatorische Veranstaltung eingeführt. Dieser Erlass der Approbationsordnung von 1970 durch die Bundesregierung hat eine große Wirkung auf das Fach Psychosomatik. So existieren 1990 an 18 von damals 22 medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland und Berlins Abteilungen mit der Bezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“. Kritikpunkt des Wissenschaftsrates bleibt jedoch die karge wissenschaftliche Forschung.

⁵ Die 1939 von der nationalsozialistischen Regierung eingeführte Bestallungsordnung sollte, aufgrund der Unausgewogenheit von theoretischer und praktischer Ausbildung, durch die Approbationsordnung abgelöst werden. Die Einführung der Approbationsordnung von 1970 führt zu einigen Änderungen. Zum einen wird ein größerer Schwerpunkt auf bed-side-teaching gelegt, die Zeiten der praktischen Ausbildung verlängert, sowie ein neues Prüfungsverfahren aus den USA eingeführt (Multiple-Choice-Fragen), die Einrichtung von Landesprüfungsämtern und dem „Zentralen Prüfungsinstitut (heutiges IMPP Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen). Daneben werden „Gegenstandskataloge“ erarbeitet und folgende Fächer in das Studium zur gesamtheitlichen und sozialen Ausrichtung eingeführt: Medizinische Soziologie, Psychologie, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Psychosomatik und Psychotherapie.

Nachdem 1987 zusätzlich die psychosomatische Grundversorgung fest in die ambulante und stationäre Krankenversorgung eingebunden wurde, was bedeutet, dass beispielsweise Fachärzte für Allgemeinmedizin ebenfalls einen Weiterbildungsnachweis über psychosomatische Versorgung vorweisen müssen, stieg laut kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit der Qualifikation der psychosomatischen Grundversorgung erheblich.

Als ein weiteres Etappenziel der Psychosomatik sei die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin 1992 genannt, welcher 2003 in den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt wurde. Somit konnten sich ärztliche Kollegen im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit und unter Beibehaltung der ärztlichen Grundkompetenz psychotherapeutisch qualifizieren (Henningsen 2013: Vorwort). Ende 1998 waren 2149 Ärzte im ambulanten Bereich psychosomatisch tätig, im Jahr 2012 wurden vom BPM 4.600 Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit über 3.000 niedergelassenen Ärzten gezählt, d.h. 1.600 im stationären Bereich (Janssen und Menzel 2012: 115) und 66.000 Fachärzte für Allgemeinmedizin mit der Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung. Die Bedeutung der Einführung des Facharztes spiegelt sich darüber hinaus auch in den Statistiken zur Patientenversorgung wieder. So gab es 1993 ca. 13.500 Betten im Bereich der stationären Psychosomatik, davon 72% im Bereich medizinische Rehabilitation und 28% in der Regelversorgung, wohingegen es 1999 ca. 16.500 Betten gab, davon 70% im Bereich der medizinischen Rehabilitation und 30% in der Regelversorgung, davon 3% im universitären Bereich und ca. 3000 bis 4000 Psychotherapiebetten in psychiatrischen Kliniken (Schepank, Koch, Schulz 1994: 220-229).

Diese Zahlen verdeutlichen in erster Linie das Wachstum von 13.500 auf 16.500 psychosomatischen Betten in Deutschland, deren Behandlung durch die steigende Anzahl von Fachärzten zu erklären ist. Eindrucksvoll erscheint hierbei, dass 2/3 der behandelten Patienten im Rehabilitationsbereich versorgt werden. Nach Janssen und Menzel ist diese Entwicklung einmalig in Europa und der Welt (Janssen und Menzel 2012: 117). Weiter sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Deutschland 2009 in 163 Fachabteilungen von Akutkrankenhäusern 6.481 Betten und 746 tagesklinische Plätze, sowie 142

Kliniken für Psychosomatische Rehabilitation mit 13.371 Betten gezählt worden. Diese Zahlen sprechen ebenfalls für das unübersehbare Phänomen: der Hauptteil der psychosomatischen Behandlung findet im Rehabilitationsbereich statt. Diese Entwicklung findet sich in keinem anderen Land der Welt und stellt eine Eigentümlichkeit der deutschen psychosomatischen Krankenhausbehandlung dar. Zurückzuführen ist dies auf die Einrichtung von zahlreichen außeruniversitären psychotherapeutischen Kliniken im Laufe der 60er und 70er Jahre. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten haben deren Entstehung initiiert und konnten die entsprechenden Kostenträger für die Behandlungsmöglichkeiten gewinnen. So stehen diese Kliniken im Dienst der Tertiärprävention und Rehabilitation, mit den Rentenversicherungen als Kostenträgern und stellen das schwerwiegendere Gegengewicht zur Universitäts-psychosomatik dar (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 28).

2.4 Die Verortungsproblematik der Psychosomatik

In Deutschland fand die Etablierung der Psychotherapie an deutschen Hochschulen im Vergleich zu Ländern wie Schweiz, USA oder Holland etwa 20 Jahre später statt. In den deutschen Psychiatrien nahm die Psychotherapie außerdem später als in den psychosomatischen Kliniken und Abteilungen einen festen Platz ein. Doch ganz abgesehen von zeitlichen Begebenheiten, übernahm die Therapieform „Psychotherapie“ eine herausragende Rolle in den Fächern Psychosomatik und Psychiatrie: sie stellt zum einen das Verbindende und zum anderen den Reibungspunkt zwischen den Fächern dar. Im Folgenden möchte ich die deutschlandweiten Entwicklungen innerhalb der genannten Fächer beschreiben und anhand der Eigenheiten am Standort Lübeck fassbar machen.

Die beschriebene Etablierung der Psychotherapie als Therapieform in Deutschland setzt zunächst ein Ausbildungsangebot für Ärzte und Psychologen voraus. Insbesondere für angehende Ärzte gab es ursprünglich nur wenige Weiterbildungsstätten. Ehemalige Assistenzärzte der Klinik für Psychosomatik in Lübeck erinnern sich beispielhaft an ihre Tätigkeit in den 70er Jahren zurück, bei der sie bereits erste Erfahrungen mit dieser Therapieform machten und zwar ohne Vorbildung an entsprechenden Instituten, direkt am Patientenbett nach dem Motto „Learning by doing“ (Langner und Lawrenz 2013: 215). Der ehemalige Klinikdirektor der Psychiatrie, Prof. H. Dilling⁶, der zur gleichen Zeit wie Feiereis an der Universität Lübeck tätig gewesen war, erinnert sich in seinem Interview an die Einführung der wissenschaftlichen Psychotherapie an der Klinik für Psychiatrie zurück: In Lübeck wird durch Prof. C. Reimer ein Curriculum eingeführt, in dem die Assistenzärzte innerhalb von zwei Jahren die an Freud angelehnte, das heißt tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie-Zusatzbezeichnung erwerben können.⁷ An der Klinik für Psychosomatik in Lübeck ist diese Therapieform ebenso

⁶ Prof. em. Dr. Horst Dilling, leitete von 1978 bis 1999 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Lübeck.

⁷ Prof. Reimer wechselte 1980 nach seiner Facharztanerkennung in Psychiatrie, mit den Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ und als Lehranalytiker (DGPT) von Eppendorf an die Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck. Als leitender Oberarzt und stellvertretender

Fundament der Therapieformen. Beide Disziplinen, Psychosomatik und Psychiatrie, wollen diese Therapieform für sich festlegen – Reibungen sind laut Zeitzeugen nicht vermeidbar gewesen. Die einmal wöchentlich stattfindende „Kasuistik“, d. h. Fallbesprechung, in der die Psychiater und Psychosomatiker und außerdem Neurologen und ein klinischer Psychologe zusammenkommen, stellt die einzige Zusammenarbeit zwischen den Kollegen der unterschiedlichen Kliniken dar, die exakt die gleiche Therapieform durchführen (Dilling 2013: 92). Doch nicht nur an der Universität zu Lübeck gilt die Psychotherapie als Zündstoff der beiden unterschiedlichen Fachdisziplinen, deutschlandweit kommt es zu Abgrenzungsschwierigkeiten. Nachdem im Jahr 1992 der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie entstanden war, gilt Psychotherapie ebenso offiziell für die Psychiater wie für die Psychosomatiker als etablierte und standardisierte Therapieform. Der langjährige Disput, welcher um den jeweiligen Anspruch der Therapieform kreiste, wird mitunter offen ausgetragen. Somit soll die Umbenennung des „Facharztes für psychotherapeutische Medizin“ zum „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ im Jahr 2003 nicht nur dem Fach Psychosomatik, sondern auch dem Fach Psychiatrie gerecht werden. Doch nicht nur die Psychotherapie als Verbindungs- und Reibungspunkt zwischen den Disziplinen Psychosomatik und Psychiatrie erschwert die Identitätsfindung des Faches Psychosomatik. Auch die Verortung der Psychosomatik im Kontext der Gesamtmedizin und seine Selbstbehauptung neben der Psychiatrie stellt das Fach immer wieder vor eine Probe. So wird in Lübeck 2008 die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie aus der Inneren Medizin ausgegliedert und anschließend drei Jahre kommissarisch, dann als eine der fünf Kliniken der Psychiatrie geführt, die das Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, eine Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, in Lübeck bilden. Die einst internistische Psychosomatik Lübecks wird schließlich Teil der Psychiatrie. Diese Veränderung stellt aus heutiger Sicht einen rein formellen Wandel dar. Im Kontext der einstigen Aversionen zwischen den beiden Institutionen Psychosomatik und Psychiatrie ist es jedoch eher ein höchst

Klinikdirektor war er u.a. als Supervisor im damaligen Haus 52 der Psychiatrie in Lübeck tätig und trat so auch in den Kontakt mit den Ärzten der Klinik für Psychosomatik.

emotionales Wagnis für die betroffenen und aus der Inneren Medizin stammenden Psychosomatiker. Verglichen mit den anderen medizinischen Fakultäten der deutschen Universitäten ist die Eingliederung einer ehemaligen internistischen Psychosomatik in die Psychiatrie eine Ausnahme. Die Überzahl der 26 psychosomatischen Stationen an den 35 deutschen Universitäten sind eigenständige bzw. unabhängige Kliniken. Diese sind entweder integriert in die Innere Medizin, wie an der Universität Heidelberg (Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik) oder an der Universität Tübingen (Abteilung VI: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Oder sie bilden ein eigenes Zentrum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wie an der Universität Regensburg oder eine interdisziplinäre Einrichtung zwischen dem Arbeitsbereich Psychosomatik der Medizinischen Klinik und Poliklinik II und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg.⁸

Bis zur Gegenwart hat sich die Abgrenzungsproblematik unter den Psychiatern und Psychosomatikern, aber auch den psychologischen Psychotherapeuten in Sachen Therapieform nicht vollständig aufgelöst. Vor allem scheint es heute jedoch der Patient zu sein, der sich innerhalb der Vielzahl von Möglichkeiten nach unbekanntem Kriterien für einen der Therapeuten entscheiden muss: Fachärzte für Allgemeinmedizin mit psychosomatischer Grundversorgung, Fachärzte für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und psychologische Psychotherapeuten. Hierbei ist die Psychotherapie-Orientierung, d.h. tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch oder systemisch, noch gar nicht angeschnitten und stellt ein weiteres Entscheidungskriterium für den Patienten dar.

⁸ Siehe dazu „Universitätskliniken und Lehrstühle- Eine Liste der Universitätskliniken und Lehrstühle mit dem Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“, in der die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V., auf seiner Homepage 26 der 32 deutschen Universitäten nennt, welche eine Abteilung oder Station für Psychosomatik und Psychotherapie zählt. <https://www.dgpm.de/de/wissenschaft-forschung/unikliniken-und-lehrstuehle/> letzter Zugriff: 14.03.2018.

3. Hubert Feiereis

3.1 Familiärer Hintergrund, Studium, Begegnung mit Curtius und Beginn der ärztlichen Tätigkeit in Lübeck

Hubert Feiereis wurde am 26. Januar 1925 in Glogau in Niederschlesien als Sohn eines Verwaltungsbeamten geboren und wuchs zusammen mit seiner Schwester, späterer Äbtissin, und seinem Bruder Konrad (1931-2012), späterer katholischer Priester, Theologe und Professor der Philosophie, auf (Hauke 2011: 1).⁹ Informationen zur Mutter liegen keine vor. Familientreffpunkt war ein Haus in Bamberg in Oberfranken. Nach erfolgreich absolviertem Abitur begann Feiereis sein Medizinstudium in Breslau. Er studierte im Anschluss außerdem in Straßburg und Tübingen und wurde am 15.06.1951 in Erlangen zum Arzt approbiert. Auf Abbildung 1 erkennt man Prof. Hubert Feiereis viele Jahre später vor dem Haus 8 der Universitätsklinik Lübeck.



Abbildung 1 Herr Prof. Feiereis, 1992, aus dem Nachlass

⁹ Konrad Feiereis wird am 14. Januar 1931 geboren. Priesterweihe am 1. August 1954 in Neuzelle. Promotion zum Doktor der Theologie 1965 in Münster. Professor für Philosophie am Philosophisch-Theologisches Studium 1968 in Erfurt. 28. Februar 2011 ernannt zum päpstlichen Ehrenprälaten. Er verstirbt am 15. Juli 2012.

Der Weg zur Psychosomatik und zur Hansestadt Lübeck bahnte sich während der Kriegsjahre an: Während des zweiten Weltkrieges, lernte Feiereis auf einem Lazarettschiff den damaligen Marine-Arzt und späteren Chefarzt der Lübecker psychosomatischen Klinik Friedrich Curtius kennen. Curtius behandelte auf den verschiedenen Stationen des Schiffes in erster Linie internistisch Erkrankte, wie z.B. Soldaten mit Infektionskrankheiten, wie Typhus. Curtius übte nach Angaben von Zeitzeugen eine enorme Wirkung auf den Medizinstudenten Feiereis aus, der sich im zweiten vorklinischen Semester befand. An der Seite von Curtius verstand Feiereis patientennah, wie dieser psychosomatische Medizin praktizierte. Das Erkennen psychischer Persönlichkeitsmerkmale und die Diagnostik sekundärer psychischer Befunde waren für Curtius bei der Behandlung von schwerkranken Typhuspatienten genauso selbstverständlich gewesen, wie fundierte somatische Kenntnisse und deren diagnostische und therapeutische Anwendung (Feiereis 1992 (1): 2). Um Feiereis und seine praktizierte Psychosomatik heute verstehen zu können, möchte ich daher sein Vorbild Curtius im Folgenden kurz vorstellen .

Der am 02.10.1886 im Elsass geborene Friedrich Curtius, Sohn von Friedrich Curtius (1851-1933) und Louise Gräfin von Erlach-Hindelbank (1857-1919) studierte Medizin in Heidelberg und promovierte 1922. Nach seiner Facharztausbildung an der Klinik für Innere Medizin an der Universität Bonn, arbeitete er von 1928-1929 am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin. 1930 habilitierte sich Curtius in Bonn für Innere Medizin. In den folgenden Jahren arbeitete er als Privatdozent in Heidelberg unter Ludolf Krehl, war ab 1935 als außerplanmäßiger Professor an der I. Medizinischen Universitätsklinik der Charité in Berlin. Dort arbeitete er unter Richard Siebeck (1883-1965) als internistischer Chefarzt und an der Seite des Pathologen Robert Rössle (1876-1956) und dem Psychotherapeuten Harald Schultz-Hencke (1892-1953), der die sogenannte Neo-Psychoanalyse in Berlin begründete. Curtius war daneben als Richter am Erbgesundheitsgericht und als Gutachter für das Reichssippenamt und das Reichsgesundheitsamt tätig. Des Weiteren war er ab 1940 Herausgeber der Zeitschrift für menschliche Vererbungs- und Konstitutionslehre. In den letzten Jahren des zweiten Weltkrieges wurde Curtius als Marine-Arzt einberufen. Nach Kriegsende wurde Curtius Chefarzt in

der Medizinischen Klinik des „neuen“ Krankenhauses Ost in Lübeck. Die ehemalige, von 1909 bis 1912 erbaute, Heilanstalt Strecknitz, wurde 1937 im Zuge der Machtergreifung der Nationalsozialisten in Deutschland aufgelöst, nachdem bis 1941 zahlreiche Patienten durch das NS-Regime verschleppt worden waren (Grieve 2012: 1). Aufgrund der in den Nachkriegsjahren sprunghaften Bevölkerungszunahme im Raum Lübeck, wurde neben dem damaligen Städtischen Krankenhaus Süd (heute Sana-Kliniken Lübeck) nämlich eine weitere medizinische Einrichtung notwendig. Curtius arbeitete dann einige Jahre später, nach erneuter Unabhängigkeit des „Städtischen Krankenhaus Ost“ als internistischer Chefarzt (Feiereis 1992 (1): 2). Da er mit gleichzeitigem Blick auf die Psyche der internistisch erkrankten Patienten arbeitete, gilt er damit als der Begründer der „internistischen Psychosomatik“ Lübecks (Feiereis, Zeitpunkt unbek.).¹⁰ Denn Curtius kritisierte den unikausalen Erklärungsversuch von (psychosomatischen) Krankheiten folgendermaßen:

Kaum scheint nämlich der unikausale Standpunkt (...) überwunden, so taucht er aufs Neue in der sog[enannten] Psychosomatik auf, d. h. man behauptet wiederum, daß ein exogener Schaden die Hauptursache vieler Krankheiten sei, und vernachlässigt völlig den Anteil anderer wesentlicher, exogener Faktoren an dem Reaktionsprodukt, insbesondere aber auch dessen, was der Erkrankende selber anlagemäßig mitbringt. So werden wir (...) dahingehend belehrt, daß die Konstitution einen ziemlich unveränderlichen und für die Gestaltung des Individuums (also auch seine Krankheiten Ref.) belanglosen Faktor darstelle, sie könne deshalb im Gegensatz zu Umwelteinwirkungen meist vernachlässigt werden. So will man neuerdings Ulcusleiden, Obstipation, essentielle Hypertension, Bronchialasthma, Migräne usw. als rein oder überwiegend psychogene Erkrankungen auffassen (Curtius 1959: 68).

¹⁰ Vergleiche Interview zwischen Feiereis und der Focus MHL, dessen Zeitpunkt sich aus dem im Schreibmaschine verfassten Dokument nicht erfassen lässt, (der Titel „Das Interview mit Professor Dr. med. Hubert Feiereis Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Lübeck“ sowie das Erwähnen des Todesjahres von Curtius, lassen auf den Zeitraum zwischen 1975 und 1985 schließen).

Curtius nennt hier beispielsweise eine genetisch bedingte Prädisposition als weiteren Grund für bestimmte damals als psychosomatisch bezeichnete Erkrankungen. Aus der Überzeugung also, dass die Entstehung somatischer wie psychosomatischer Erkrankungen komplexe Hintergründe haben, leitete sich seine Behandlungsform als Leiter der damaligen Medizinischen Klinik des städtischen Krankenhauses Ost ab. So führte er bereits Anfang der 50er Jahre die Entspannungs- und Psychotherapie neben der gängigen medikamentösen Behandlung der Patienten mit einer Colitis Ulcerosa ein. Er therapierte beispielsweise Colitis-Patienten mittels Hypnose (Langner und Lawrenz 2013: 387).¹¹ Psychosomatik war zusammenfassend seit den Beginnen der Universitätsmedizin Anfang der 50er Jahre Teil der Medizin in Lübeck (Jantschek 1992: Vorwort). Daneben forschte Curtius an zahlreichen anderen Erkrankungen, die auch später in der Klinik für Psychosomatik unter Feiereis behandelt wurden, wie zum Beispiel Asthma Bronchiale.¹² Trotz allem war Curtius ein internistisch tätiger Arzt, der seinen Tätigkeiten und Publikationen zufolge die Notwendigkeit gesehen hatte, die vorhandenen Therapieansätze durch eine Dimension zu erweitern: Curtius schenkte der Psyche seiner Patienten Aufmerksamkeit und erkannte so Zusammenhänge zwischen Erkrankungen des Körpers und des Geistes, sowie zwischen der Genesung von Krankheiten und dem Befinden des Psychischen.

Feiereis wurde demnach ab Beginn seiner Tätigkeit als Assistenzarzt, wenn nicht sogar bereits als Student, von dieser speziellen Herangehensweise an die Medizin geprägt. Der weitreichende Einfluss der Überzeugungen seines Mentors ist rückblickend unübersehbar. Doch nicht nur die Dogmen, auch das Patientenkollektiv und die Therapieformen der Klinik wurden von Feiereis

¹¹ Ein Zeitzeuge berichtete, dass die von Curtius eingeführten Entspannungstherapien für die Colitis-Patienten und die Erfolge, die damit einhergingen, einen großen Eindruck bei dem jungen Herrn Feiereis hinterließen. Ebenso die Hypnose-Techniken, mit denen Curtius die schwer kranken Colitis-Patienten therapierte.

¹² So veröffentlichte Curtius beispielsweise 1962 im Springer-Verlag „Die Colitis ulcerosa und ihre konservative Behandlung“, 1965 „Moderne Asthmabehandlung: Atemschulung, Entspannung, Psychotherapie“.

übernommen und als späterer Klinikdirektor fortgeführt und kontinuierlich erweitert. In Feiereis' Augen ist Curtius gemeinsam mit von Weizsäcker der Wegbereiter der Psychosomatik innerhalb der Inneren Medizin in Deutschland (Feiereis o.J. (1): 1).¹³

[Curtius] war ein Schüler Krehls und Siebecks und zusammen mit V. v. Weizsäcker Wegbereiter der Psychosomatik innerhalb der Inneren Medizin in Deutschland. Curtius und später auch A. Jores in Hamburg und Th. v. Uexküll in Gießen und Ulm haben die wissenschaftlichen Grundlagen der psychosomatischen Medizin vertieft und erweitert und im klinischen Alltag bei vielen Krankheiten das postuliert und praktiziert, was man heute „Ganzheitsmedizin“ nennt (Feiereis o. J. :2).

Feiereis beschreibt Curtius in einem Nachruf als einen Verfechter der Medizin, der die Devise an Platons Charmides voranstellte: es sei ein Fehler, „den Leib ohne die Seele“ zu behandeln. Feiereis lebte in seiner jahrzehntelangen Tätigkeit als Arzt ebenfalls nach dieser Überzeugung und verfolgte das gleiche Ziel wie Curtius, nämlich den kranken Menschen an sich nicht aus den Augen zu verlieren. So spiegelt sich ein Großteil seines Verständnisses der Psychosomatik in den Schriften von Feiereis:

Nicht eine orthodoxe, monoman vertretene Methode, sondern die auf den einzelnen Menschen, d. h. eine individuell abgestimmte körperliche und psychische Diagnostik und Therapie ist jeweils das Entscheidende, um die innerseelische Dynamik und die Persönlichkeitsentwicklung eines Patienten zu erkennen und hier wiederum die Zusammenhänge mit dem Krankheitsprozess (Feiereis 1992 (1): 3).

Doch nicht alle Überzeugungen Curtius wurden von Feiereis unkritisch aufgenommen oder weiterentwickelt. Im Gegensatz zu Curtius, war Feiereis nicht von der Mitwirkung einer „prämorbidem Persönlichkeitsstruktur“ an der

¹³ Schreibmaschinenverfasstes Dokument aus dem Nachlass Feiereis, mit dem Titel „Das Interview“, Focus MHL, Zeitpunkt unbekannt.

Krankheitsentstehung überzeugt. Im Kapitel „Individualität und Krankheitsentstehung“ des Buches Individuum und Krankheit – Grundzüge einer Individualpathologie wird ein Unterschied der Entstehungstheorien von psychosomatischen Krankheiten nach Curtius und Feiereis deutlich:

Die Mitwirkung der prämorbidem Persönlichkeit erschöpft sich jedoch keineswegs in der Entstehung funktioneller und psychogener Krankheiten. Vielmehr sind zweifellos in dem konstellativen Bedingungskomplex, der die Voraussetzung zur Entstehung organischer Krankheiten bildet, diese Faktoren oft mitbeteiligt. Freilich ist es viel schwieriger, wissenschaftlich gesicherte Erfahrungen zu gewinnen, als manche Vertreter der sog. „Psychosomatik“ glauben, für die es kaum eine Krankheit gibt, von der Tuberkulose bis zur Schizophrenie, vom Magengeschwür bis zum Krebs, die nicht „lebensgeschichtlich“ auf irgendwelche seelischen Konflikte zurückgeführt wird. Diesen unkritischen Übertreibungen zum Trotz darf aber an diesen Fragen auch nicht einseitig vorbeigegangen werden. Ich hatte z. B. selbst wiederholt den Eindruck, daß schwere seelische Entmutigung eine hochgradige Resistenzlosigkeit gegenüber Infektionskrankheiten bedingt. (...) Auch E. Braun (1935) spricht davon, daß psychogene Reaktionen nicht so selten auch „einen Zustand vitaler Widerstandsschwäche, einen „Status minoris resistentiae“, hervorrufen, der körperlichen wie seelischen Schädigungen und Krankheitsbereitschaften Vorschub leistet“. (...) Kein Arzt, auch nicht der eingefleischteste „Naturwissenschaftler“ kann an der so oft verlaufs- ja sogar lebensentscheidenden Rolle der Persönlichkeit für die Krankheitsgestaltung bzw. das Krankheitserlebnis vorbeigehen, d. h. mit anderen Worten der Rolle von Charakter, Begabung und persönlicher Erfahrung bei dem subjektiven Krankheitserlebnis und seinen objektiven Auswirkungen in das individuelle Krankheitsbild. Diese Auswirkungen beginnen bei der Symptomatologie, gestalten weiterhin den Krankheitsverlauf und sind teils hierdurch – mittels unmittelbarer, somatischkausaler Zusammenhänge, teils im finalen Bereich bewußter Lebensgestaltung von größter Bedeutung für die Prägung des individuellen Krankheitsbildes. Schließlich ist es wiederum

die Persönlichkeit, welche darüber entscheidet, ob der Mensch eine schwere, unheilbare Krankheit bzw. einen größeren Defektzustand als Schicksal auf sich nimmt oder, sich und seiner Familie zur Last, seine Tage in Hader oder Rentenkampf verbringt (Curtius 1959: 250).

Curtius befürwortet hier eindeutig den Einfluss einer prämorbidem Persönlichkeit. Doch wie kam Feiereis nach seinem Medizinstudium zu Curtius? In einem Brief vom 16. Januar 1951, adressiert an Herrn cand. med. Hubert Feiereis¹⁴ in Erlangen-Bruck, erkundigte sich Curtius, ob dieser eine Hilfsassistentenstelle an der Medizinischen Klinik in Lübeck übernehmen wolle. Aus dem mit Schreibmaschine verfassten Brief wird deutlich, dass Curtius bereits am 24.12.1950 einen Brief an Feiereis gesendet hatte. Curtius bat um eine umgehende Mitteilung, da er wegen der vielen Nachfragen „klar sehen“ müsse.¹⁵ Feiereis willigte ein und begann zweieinhalb Monate nach seiner Promotion in Erlangen, am 15.06.1951, seine Facharztausbildung unter Curtius. Nach 5 Jahren Assistenzarztzeit legte Feiereis am 01.09.1956 die Facharztprüfung für Innere Medizin ab. Am 01.02.1960 wurde er zum Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin des damaligen Krankenhauses Ost ernannt. Curtius schied ein Jahr später, 1961, mit Erreichen der Altersgrenze als Städtischer Chefarzt aus und Prof. Dr. A. Kleinschmidt wurde als Direktor der Medizinischen Klinik II berufen. Feiereis betonte nach der Pensionierung von Curtius mit seinem Nachfolger Kleinschmidt Glück gehabt zu haben, da dieser in seiner liberalen Haltung die Fortsetzung der Tradition der Klinik ermöglichte (Feiereis 1992 (1): 8).¹⁶ Curtius verstarb am 13.03.1975 in Weilheim in Oberbayern.

¹⁴ cand.med. (candidatus medicinae) betitelt den Medizinstudenten nach dem Absolvieren der 1. Ärztlichen Prüfung

¹⁵ Aufgrund der Anrede „Lieber Herr Feiereis!“, und statt des Namens hinter dem Grußwort „Mit freundlichen Grüßen, Ihr...“ ein oval ausgeschnittenes Foto seines Gesichtes lässt vermuten, dass das Verhältnis zwischen den Herren ein nahestehendes war.

¹⁶ Kleinschmidt, späterer Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Medizinischen Akademie Lübeck von 1963 – 1980 und Dekan der MAL von 1968-1989, bestätigt in einem Geleitwort eines Werkes von Feiereis dessen Vermutung, dass es sich bei den Ursachen des Krankheitsbildes der Colitis Ulcerosa „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ um einen multifaktoriellen Prozess handle (Feiereis 1970: Geleitwort). Kleinschmidt

Unter Kleinschmidt entwickelte sich in den folgenden Jahren die psychosomatisch geprägte Medizinische Klinik II in Richtung „wesentlicher internistischer Teilgebiete“: Kardiologie, Nephrologie und Angiologie (Wagner und Fehm 2004: 253). In den folgenden Jahren fanden jedoch Veränderungen und Entwicklungen des Krankenhauses statt. Im November 1960 beantragte der Senat der Hansestadt Lübeck bei der Landesregierung in Kiel die Errichtung einer medizinischen Akademie zu Lübeck. So kam es, dass am 03.11.1964 die Christian-Alberts-Universität zu Kiel die Lübecker Krankenhäuser Süd und Ost, zusammen Medizinische Akademie zu Lübeck (MAL), als zweite medizinische Fakultät in Schleswig-Holstein übernahm. Bereits einen Tag später begann für das erste klinische Semester der Vorlesungsbetrieb. Feiereis habilitierte sich 1967 mit einer Arbeit zu dem Thema „Langzeitkatamnesen und Verlaufsbeobachtungen bei 139 Kolitispatienten“. Mit einem Schreiben vom 12.02.1970 wurde ihm durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein das Führen der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ anerkannt (Jantschek und Wilke 2013: 435). Neben der laut den Interviewpartnern damals üblichen mehrmonatigen psychotherapeutischen Ausbildung erlernte Feiereis außerdem die Hypnosetherapie (Jantschek und Wilke 2013: 429). Zu welchem Zeitpunkt und an welchem Ort die einzelnen Ausbildungen stattfanden, ist nicht mehr nachvollziehbar. Fest steht, dass er mit Wirkung zum 01.08.1970 als Privatdozent zum Leitenden Oberarzt der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Lübeck ernannt wurde. Ab dem 16.12.1971 war er zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie ermächtigt und am 01.07.1972 wurde er zum außerplanmäßigen Professor berufen.

Im Mai 1973 wurde durch das Hochschulgesetz die MAL schließlich von der Kieler Universität losgelöst und zu einer eigenständigen medizinischen Hochschule (MHL). Hochschulintern wurden die 2. Medizinische Klinik aufgelöst und die Abteilungen Kardiologie, Psychosomatik und Angiologie und Geriatrie zu selbstständigen Kliniken umgeformt. Psychosomatik, als ehemals

bezeichnete die Krankheit weiter eine psycho-somatische oder somato-psychische Erkrankung, bei der Persönlichkeitsstruktur und Umweltbedingungen bedeutungsvoll seien und „mitunter eine akut auslösende Noxe erkennbar werde“. Eine konkrete und definitive Haltung Kleinschmidts lässt sich aus heutiger Sicht nicht erkennen, sicherlich auch darin begründet, dass der damalige Forschungsstand noch nicht so weit fortgeschritten war, um eindeutige Aussagen treffen zu können.

jahrzehntelanges Hauptgebiet der zweiten Medizinischen Klinik, wurde in der Folge ab dem 28.06.1974 als selbstständige „Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“ von Feiereis als Direktor geleitet, wie auf der Abbildung 3, einem Schild vor dem Hintereingang des Haus 8, zu erkennen ist.



Abbildung 2 Schild vor dem Haus 8, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass

Zeitzeugen berichten von dem Idealismus mit dem Feiereis in den Anfangsjahren der Universitätsklinik den Aufbau mit großem persönlichem Einsatz, wie auch mit privaten finanziellen Mitteln, unterstützte. So wurde beispielsweise eine Psychologen-Stelle durch Herrn Feiereis privat finanziert (Jantschek und Wilke 2013: 178, Müller 2013: 87). In der Medizinischen Hochschule Lübeck bildete nun die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie zusammen mit der Klinik für Innere Medizin, der Klinik für Nephrologie und Hämodialyse, der Klinik für Angiologie und Geriatrie, der Klinik für Kardiologie und der Poliklinik für Innere Medizin das Zentrum für Innere Medizin, das zusammen mit 6 weiteren Zentren das Klinikum bildete.¹⁷ Konkret bedeutete dies für die Ärzte innerhalb des

¹⁷ Siehe Satzung für das Klinikum der Medizinischen Hochschule Lübeck, 15. Mai 1979, Abschnitt V, §10, (4).

Zentrums Innere Medizin, dass sie ebenso Bereitschaftsdienste innerhalb der Klinik für Psychosomatik hatten, ebenso wie Ärzte der Klinik für Psychosomatik auch Dienste innerhalb der anderen Kliniken, d.h. zentrums- und nicht klinikbezogene Bereitschaftsdienste, absolvierten. Die Psychosomatik war damit in die Tätigkeit und Ausbildung der allgemein internistisch tätigen Ärzte des Krankenhauses integriert. Biographische Anamnesen beispielsweise, heute eine Besonderheit der Psychosomatik, sind eine Selbstverständlichkeit in der damaligen gesamten inneren Medizin (Langner und Lawrenz 2013: 220).

3.2 Feiereis klinische Praxis

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist für Feiereis das Fundament einer tragfähigen Beziehung zwischen denselben. Feiereis verfasst in seiner Tätigkeit als Klinikdirektor nicht nur Lehrbücher zur Psychosomatik und Publikationen seiner Forschung, sondern auch Bücher und Aufsätze, adressiert an ärztliche Kollegen aller Fachbereiche. Diese will er darin darauf aufmerksam machen, ihr Verhalten gegenüber den Patienten zu reflektieren und zu schulen (Feiereis und Saller 2012). Er fordert beispielsweise bereits für das Erstgespräch, dieses ohne Zeitdruck zu führen.

Das Sprechen in der medizinischen Praxis ist die Voraussetzung für den Kontakt zwischen Arzt und Patient. Die heilsame oder aber unheilsame Wirkung („Nebenwirkung“) des Gesprächs wird in der ständigen Präsenz des Gedankens offenbar, daß der Mensch als einziges Lebewesen diese einzigartige Möglichkeit besitzt, sich mit dem Instrument der Sprache nicht nur zu verständigen, sondern gerade und besonders auch in Krankheit und Not mit Hilfe des Gespräches zu helfen und sich helfen zu lassen. Nur hierdurch unterscheiden sich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten beim Menschen gegenüber anderen Geschöpfen. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist aber in die Institution Medizin eingelassen und durch sie bestimmt; es ist eines der – zumindest für den Patienten – bedeutungsvollsten Momente in der Behandlung des Kranken. Im Gespräch werden nicht nur Informationen transportiert, die sowohl der Arzt für seine Arbeit wie der Patient für das Verständnis seiner Krankheit und für die Behandlung benötigt, sondern es sind in ihm auch Strukturen wirksam, die dem individuellen Zugang häufig entgehen (Feiereis und Saller 1992: 109).

Nach Steinles Untersuchungen von 2011 (Steinle 2011: 66) nimmt im Arbeitsalltag ihrer untersuchten psychosomatischen Stationen die Kommunikation bis zu zwei Drittel des Tages ein. Zum Untersuchungszeitpunkt stellt Psychosomatik das Fach mit dem höchsten Anteil an Kommunikation im ärztlichen Beruf dar und macht es

damit einzigartig im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen. Somit sind Feiereis Untersuchungen zu Arzt-Patienten-Gesprächen rückblickend ein bedeutender Aspekt und seine Forderungen angemessen. Auch v. Weizsäcker rechnet dem Gespräch zwischen Arzt und Patienten an sich die wichtige Rolle in deren Beziehung zu. „Im Krankensaal der Klinik gibt es ferner kein ordentliches Gespräch mit dem Kranken; die Kurve regiert die Stunde. Im Gespräch steckt aber das Subjekt, die Seele der Sache...“ (Weizsäcker 1941: 21). Feiereis Forderung nach größerer Aufmerksamkeit auf das Gespräch mit dem Patienten ist also nicht nur persönlicher Geschmack, sondern ein beständiger Anspruch innerhalb der psychosomatischen Patientenversorgung.

Doch Feiereis beginnt, seine Kollegen zu ermahnen und ihnen Fehler zu unterstellen, konkret, dass es bei vielen schon um das Wissen der Herkunft des Wortes Diagnostik mangle: „dia-gignoskein“ heiße „genau erkennen“ und dürfe nicht auf das Körperliche beschränkt bleiben. Feiereis verlangt bereits im kleinsten Begegnungsmoment – dem Gespräch zwischen Arzt und Patient – eine besondere Haltung des Arztes. Und diese darf nicht auf die Behandlung in psychosomatischen Kliniken oder Praxen beschränkt bleiben, sondern muss sich auf alle Bereiche der Medizin erstrecken.

Feiereis beschreibt in diesem Zusammenhang nicht nur detailliert, wie die Kommunikation zwischen Arzt und Patient glücken könnte, sondern auch, wie er sich den idealen Arzt vorstellt und wie eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung im Allgemeinen für ihn aussieht. In Feiereis Augen habe sich das Leben des Menschen im Laufe des 20. Jahrhunderts immer weiter differenziert und damit verkompliziert. Besonders die Beziehungen der Menschen zu- und untereinander seien Zeuge dafür - im Speziellen auch das Verhältnis zwischen Arzt und seinen Patienten. Feiereis und Saller beschreiben den früher als selbstverständlich gesehenen Expertenstatus des Arztes gegenüber dem hilfeschuchenden Patienten, der sich inzwischen zu einer gleichgewichtigen Beziehung zweier Menschen zueinander verwandelt habe, die im Dialog über Diagnostik, Diagnose und Therapie stehen (Feiereis, Saller 1993: Geleitwort). Die Wichtigkeit der Patienten-Arzt-Beziehung ist demnach darin begründet, dass sie über den Therapieerfolg entscheiden kann. Nach Feiereis soll der Patient zu allererst Vertrauen gewinnen und sich verstanden fühlen - nur so kann Hand in Hand eine Erkrankung

erfolgreich behandelt werden. So kann man beispielsweise bei essgestörten Patienten während der stationären Behandlung erreichen, dass sie die verordnete Nahrung nicht verschwinden lassen oder horten. Feiereis warnt wiederholt davor, nicht die Krankheit, sondern den Kranken zu betrachten und dabei sowohl die Informationen zur Lebensentwicklung und -gestaltung, als auch körperliche, geistige und psychische Strukturmerkmale, sowie das soziokulturelle Umfeld, die „familiäre und berufliche Gegenwart“, zu beachten.

Dessen ungeachtet oder auch aufgrund des Mangels an psychotherapeutischer Ausbildung in den Nachkriegsjahren werde laut Feiereis vielen Patienten nicht richtig geholfen: Die vielen Fälle in der hausärztlichen Praxis, bei denen sich so oft kein eindeutiges Krankheitsbild erkennen lasse und kein morphologisches Substrat auffindbar sei, seien häufig somatisierte oder funktionalisierte, „interpsychische oder exogen-interpersonelle Konflikte“ und Grund für die körperbezogene Symptomatik. Womit Feiereis auch in der Gegenwart noch recht behält: Laut S3 Leitlinie zu Funktionellen Störungen des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) und der Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) liegt 2012 der Anteil von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschlands Hausarztpraxen bei 20 Prozent (Schaefer et al. 2012: 803).

Feiereis richtet weiter an einen behandelnden Arzt den Anspruch, den Körper-Geist-Dualismus, das Entweder- Oder-Denken, (nach dem entweder Psyche oder Körper betroffen ist) zu übergehen und den Blick auf den Patienten weit zu halten. Diesen mehrdimensionalen Ansatz der Behandlung beansprucht Feiereis für die ambulante Behandlung in Hausarztpraxen, wie auch für die stationäre Behandlung der Patienten in der Klinik. Diese kann jedoch nur dann wirksam sein, wenn eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten gewährleistet ist und die Koordination konstant von einem Arzt durchgeführt wird, der über die notwendigen internistischen, aber auch psychotherapeutischen Voraussetzungen und Erfahrungen verfügt. Gegen eine Aufteilung in „einen Arzt für die Seele“ und „einen Arzt für den Darm“ spricht sich Feiereis daher explizit aus. Der Arzt hat die Aufgabe, wichtige Persönlichkeitsmerkmale und Konflikte zu untersuchen und diese mit in die Behandlung einzubeziehen. Ebenso muss er „auslösende Faktoren seelischer und sozialer Art erkennen“ und von den Folgen der Krankheit

abgrenzen. So muss der Arzt immer den direkten und stets verfügbaren Bezug für den Patienten bilden, ebenso wie zu allen anderen an der Therapie Mitwirkenden, wie Krankenschwester, Diätassistentin oder Krankengymnastin.

Ob und wann z. B. eine endoskopische oder radiologische Untersuchung erfolgt oder eine Änderung der medikamentösen Therapie, bespricht ebenfalls der Arzt mit dem Patienten, der ihn am besten kennt; ebenso wird das Ergebnis von Untersuchungen oder Kontrollbefunden möglichst durch ein und denselben Arzt mitgeteilt (Feiereis o.J. (2): 3).

Die genannten Ausführungen und Forderungen Feiereis' nach einer individuellen Therapie des einzelnen Menschen gelten für ihn selbst als strenge und eiserne Regeln. Zwar soll der Patient in Feiereis Augen als Individuum betrachtet und nicht wie ein Zahnrad der Klinikmaschinerie behandelt werden, jedoch läuft der Arzt selbst Gefahr, beim Erfüllen der Forderungen, selbst zu einer Maschine zu werden. Denn zusammenfassend entwarf Feiereis den idealen Arzt, der nicht nur ständig und allzeit seine Patienten versorgt, sondern auch über alle Befunde aus den anderen medizinischen Bereichen informiert ist, um als direkter Ansprechpartner für den Patienten in sämtlichen Fragen aufzutreten. Um eine Therapie des individuellen Patienten durchzuführen, ein Programm abgestimmt auf alle biopsychosozialen Bereiche des Einzelnen, ist somit eine sehr intensive und zeitlich sehr zeitaufwendige Patientenversorgung notwendig. Feiereis selbst wurde in das Leben seiner Patienten als ein fester Bestandteil integriert. Zeitzeugen berichten, dass Feiereis auch nicht versuchte, nach erfolgter Behandlung die von den Patienten gewünschte Fortführung der Beziehung zu unterbinden. Er war stattdessen der Meinung, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung niemals auflöse, „weil die (...) inneren Muster die man ausgetauscht hatte, bestehen bleiben und so muss die Beziehung auch nicht äußerlich enden.“ So ist es nicht verwunderlich, dass ihn jedes Jahr viele Weihnachtskarten erreichten, die er alle beantwortete, auch noch Jahre nach einer Behandlung (Jantschek und Wilke 2013: 742).

Der Beruf des Arztes wurde für Feiereis zu seiner Berufung und so entwickelte er aus seinen beinahe irrationalen Überzeugungen ein völlig selbstloses Arzt Bild und daraus letztendlich den Antrieb für sein eigenes Handeln.

Wie genau setzt Feiereis nun in seiner Zeit als Klinikdirektor die beschriebene ärztliche Rolle um und wie spiegelt sich dies in den Therapien der Patienten wider? In den Interviews mit Zeitzeugen und Schülern von Feiereis wird mehrheitlich die tiefenpsychologische Ausrichtung der Klinik hervorgehoben. Jedoch ging aus den Veröffentlichungen von Feiereis hervor, dass er eine kombinierte Therapie des individuellen Patienten betont, ohne dabei auf ein bestimmtes Konzept festgelegt zu sein. Unter einer kombinierten Therapie versteht man eine „kombinierte Entspannungs- und Psychotherapie“, abgestimmt auf die individuelle Struktur des Patienten und auf Form und Schwere der Krankheit.

Eine Störung der psychophysischen Ausgewogenheit von Spannung und Entspannung gehört zum Wesen der psychosomatischen Krankheiten (Feiereis 1984 (1): 8).

Auf dieser Erkenntnis beruhen die beiden Behandlungsformen „Kombinierte Entspannungstherapie“ und „Psychotherapie“, die Feiereis in seiner Klinik anwendete. Somit bildete eine Kombination aus tiefenpsychologisch orientierter Einzeltherapie, Familientherapie, themenzentrierter Gruppentherapie, autogenem Training, Tiefenentspannung und Musiktherapie die psychotherapeutischen Grundsäulen der Klinik in Lübeck. Daneben und aufs Engste damit verbunden sah Feiereis die therapeutischen Verfahren der Krankengymnastinnen-Gruppe mit Einzelbehandlungen, Atemtherapie, spezieller entspannender Gruppentherapie und „konzentrativer Bewegungstherapie“. Weiter betrachtete Feiereis die Beschäftigungsinterventionen und werktherapeutischen Interventionen, wie z. B. maltherapeutische Gruppen, Aufbaukeramik und Gestaltungstherapie, als unentbehrlich. Somit lässt sich zusammenfassend sagen, dass neben tiefenpsychologischen Therapien, wie der „verbalen tiefenpsychologisch fundierten

konfliktzentrierten Einzeltherapie“, auch verhaltenstherapeutische Hilfe angeboten wurde. Im Namen der Klinik spricht Feiereis in einem Interview des Focus MUL:

Wir haben uns noch nie an eine dogmatisch vertretene einseitige Psychotherapieform gebunden gefühlt, sondern meinen, dass die „stützende“ Gesprächs-Psychotherapie und verhaltenstherapeutische Hilfe in einer integrierten Klinik für viele der Patienten ebenso notwendig sind wie für andere Patienten die psychoanalytische Aufarbeitung bisher unbewusster Konflikte (Feiereis o.J.(1): 7).¹⁸

Feiereis lehnte also die absolute Überzeugung von einer bestimmten Schule ab. Er betonte vielmehr, dass ein breit angelegtes Therapiekonzept den Weg zu einer individuellen Kombinationstherapie ebnete, welche für ihn am aussichtsreichsten für ein positives Langzeitergebnis erschien (Feiereis 1989 (1): 120).

Feiereis Aussagen bezüglich einer patientenzentrierten Medizin werden damit glaubhaft. Allein die Überzeugung der besten Therapieform für den individuellen Patienten sei der richtige Weg. Kritisch betrachtet stellt sich hier jedoch die Frage, ob sich Feiereis nicht festlegen konnte oder wollte. In einem Sonderdruck zur Psychotherapie des Morbus Crohn fordert er beispielsweise eine sorgfältige Indikation zur tiefenpsychologischen Psychotherapie, welche erst dann erwogen werden kann, sobald der Entzündungsprozess beherrscht sei und genügende körperliche Stabilität vorliege. Wenige Zeilen zuvor beschreibt Feiereis die Einzeltherapie und Tiefenentspannung, in der sich der Patient seinem Bedürfnis nach Regression überlassen kann, um dadurch abdominale Beschwerden während der Akutbehandlung zu beeinflussen (Feiereis 1984 (2): 409). Der Begriff „Regression“ stellt per se den Zusammenhang zur Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse her (Hildebrandt, Dornblüth, Pschyrembel 1994: 1309).¹⁹ Das heißt also, dass Feiereis einerseits vorsichtig war, eine tiefenpsychologisch

¹⁸ Schreibmaschinenverfasstes Dokument aus dem Nachlass Feiereis, mit dem Titel „Das Interview“, Focus MHL, Zeitpunkt unbekannt.

¹⁹ „Regression (lat. regressio – die Rückkehr) psychoanalytischer Abwehrmechanismus mit Zurücknehmen reifer und differenzierter psychischer Verhaltensweisen auf frühkindliche oder entwicklungsgeschichtliche ältere Stufen zur Entlastung von einer als unerträglich empfundenen Situation.“

ausgerichtete Psychotherapie zu praktizieren, andererseits jedoch Elemente der Tiefenpsychologie als Grundpfeiler seines Therapieangebotes versteht. Wählt er also bewusst ein allgemein gehaltenes Therapiekonzept, das auf jeden Patienten individuell zugeschnitten sei, oder war er nicht in der Lage, eine explizite Position einzunehmen? Diese Frage wird im nächsten Kapitel beantwortet.

3.3 Feiereis Konzept der Psychosomatik

Feiereis positionierte sich von Anfang an zwischen den beiden Polen der Psychosomatik: In keinerlei Schriften oder Veröffentlichungen von Feiereis lässt sich eine Überzeugung zur psychogenetischen Wurzel finden. Nichtsdestotrotz zählen die unter seiner Klinikdirektion behandelten Krankheiten eindeutig zu den einst als psychogenetisch definierten „Holy 7“. Auf der anderen Seite kann man Feiereis ebenso wenig eindeutig der rein holistischen Ansichtsweise der Psychosomatik zuordnen. Doch tendenziell machen die holistischen Ansätze den Großteil des Grundverständnisses seiner internistischen Psychosomatik aus. In seiner Habilitationsschrift von 1967 zum Thema „Langzeitkatamnesen und Verlaufsbeobachtungen bei 139 Kolitispatienten“ grenzt sich Feiereis von seinen Kollegen und deren strikten Meinungen ab. Feiereis war im Gegensatz zu seinem Kollegen Jores (1901-1980)²⁰ in Hamburg beispielsweise nicht von einem rein holistischen Grundverständnis der psychosomatischen Krankheit Colitis Ulcerosa überzeugt (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 7). In seiner Arbeit, die zahlreiche histologische Schnitte und Gutachten beinhaltet, gibt er einen „pluriradikulären Entstehungsgrund“ anstatt ein rein auf innerpsychische Belastungen zurückzuführenden Grund für die Erkrankung an (Henning 1966: 2). So wird während Feiereis Schaffensperiode neben psychopathologischen und gängigen internistischen Untersuchungen auch Antikörper-Diagnostik, beispielsweise bei der Morbus Crohn Diagnostik, durchgeführt. Zusammenfassend lässt sich Feiereis weder einer grundsätzlich holistischen noch einer grundsätzlich psychogenetischen Wurzel der Psychosomatik zuordnen.

Dies ist sehr bedeutsam und erklärt einerseits sein Verständnis von psychosomatischen Erkrankungen und andererseits das in Kapitel 3.2. beschriebene breit angelegte Therapiekonzept. Sowohl internistisch-psychosoziale als auch psychotherapeutische Diagnostik und Therapie waren für ihn gleichbedeutend. Überlieferte Arztbriefe aus Feiereis Schaffenszeit belegen,

²⁰ Der Mediziner Arthur Theodor Jores wurde 1950 Rektor der Universität Hamburg und gliederte im gleichen Jahr aus der Universitätsklinik für Innere Medizin eine Privatklinik für stationäre Behandlung von psychosomatisch-psychoneurotisch Kranken ab.

dass somatische Diagnostik einen enorm hohen Stellenwert einnahm. Es handelte sich rein formal um internistische Arztbriefe mit einem zusätzlichen Augenmerk auf soziale und familiäre Umstände. So fanden sich ausführliche Befunde zu bildgebenden Verfahren, wie Röntgen oder Sonographie, genauso wie Laborbefunde. Diese wurden durch einen ausführlichen Bericht über psychopathologische Befunde und psychotherapeutische Behandlungen ergänzt. Dieser spezielle Aufbau war für eine psychosomatische Klinik alles andere als üblich. Beim Blick auf Gesamtdeutschland, sind Lübeck und Heidelberg (mit Curtius und Feiereis in Lübeck und Krehl, Siebeck, von Weizsäcker und Christian in Heidelberg) mit ihren internistisch-psychosomatischen Kliniken zahlenmäßig geringe Varianten der deutschen psychosomatischen Klinikformen. Hier wurden nach der beschriebenen „deutschen Tradition psychosomatisch orientierter Internisten“ internistische und psychotherapeutische Behandlungen integriert durchgeführt (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 29). Diese Tatsache verleiht dem Standort Lübeck seine herausragende Rolle.

3.4 Lehre, Psychosomatische Forschung und Veröffentlichungen

Mit der Aufnahme des Faches „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in den Fächerkatalog der Approbationsordnung 1970 wird die Lehre Teil von Feiereis akademischen Verpflichtungen. Im Folgenden soll untersucht werden, wie Feiereis seinem Lehrauftrag nachkommt und sowohl den Studenten, als auch den Weiterbildungsassistenten Psychosomatik näherbringt. Im nächsten Abschnitt dieses Kapitels wird ein Fokus auf die Forschung an der Klinik und die Publikationen der Forschungsergebnisse geprüft werden.

Im Praktikum für psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird den Studenten das Konzept einer integrierten Psychosomatik erklärt. 3 Studenten aus dem dritten Studienjahr erheben die biographische Anamnese eines nicht vorbehandelten, psychosomatisch kranken Patienten und führen ein psychodynamisch ausgerichtetes Interview. Dem folgend werden die Ergebnisse der Untersuchung in einer größeren Gruppe besprochen und Phänomene, wie z. B. „Übertragung und Gegenübertragung, Familiendynamik, sozialmedizinische und reaktive psychische Faktoren“, dargelegt. Feiereis strebt an, dass der Student in diesen Kursen erfährt, wie notwendig die Einbeziehung des Subjekts in die Medizin ist, da er darin eine wichtige Aufgabe für die Zukunft der Studenten sieht. Darüber hinaus führen die Studenten bei noch nicht vorbehandelten Patienten das Anamnesegespräch. Dies entspricht der damals gängigen Methode des „Learning by doing“, von denen auch die ehemaligen Assistenzärzte der Klinik berichteten. Doch die Lehre ist nicht nur auf Studenten begrenzt. Ehemalige Weiterbildungsassistenten erinnern sich an Visiten von Feiereis zurück und an seine Freude, den damaligen Assistenten, aber genauso auch den Oberärzten, neues Wissen beizubringen bzw. Wissenslücken aufzuzeigen.

L: Auch uns zeigte er unsere Grenzen auf! Er nahm beispielsweise häufig eine umfassende Patientenakte und dann fragte er bestimmt genau das, was wir nicht wussten und dann nahm er einen dran: „Gucken Sie doch mal da!“ Ja, er war schon gefürchtet!

Law: Ja, also es hat ihm schon eine gewisse Freude bereitet, zu zeigen, was wir nicht wussten oder noch nicht wissen konnten, doch nicht etwa, um uns abwerten zu wollen, sondern eher im Sinne von: Komm da ist doch noch was, ihr habt euch noch nicht genug bemüht!

L: Aber man konnte unheimlich viel Innere Medizin lernen und auch an Umgang mit den Patienten, da hat er mich zumindest enorm geprägt. Ein stets respektvoller Umgang und das genaue Zuhören. Wie teilt der Patient, etwas mit, d.h. nicht nur den Fakt, sondern auch wie. Da war Feiereis sehr genau.

Law: Er untersuchte auch während der Visite die Patienten, dann wurde irgendwas geschildert und da passte etwas nicht, dann hat er vor der Visitenmannschaft untersucht.

L: Die meiste Zeit hat er dann auch etwas gefunden, was wir übersehen hatten.

Law: Also, da war er sich dann nicht zu schade, und das war dann im Sinne des Patienten (Langner und Lawrenz 2013: 31).²¹

Es wird hier deutlich, dass Feiereis sich darum bemühte eine sehr genaue Diagnostik durchzuführen. Die ehemaligen Kollegen fühlen sich durch die Genauigkeit jedoch in erster Linie motiviert, was auf eine ausgesprochen ausgereifte Mitarbeiterführung schließen lässt. Gleichzeitig gilt der Klinikdirektor als Vorbild im Umgang mit den Patienten und bezüglich seiner Fähigkeit, diesen genau zuzuhören.

Doch welche Patienten wurden zu diesem Zeitpunkt konkret behandelt und wo lagen die Forschungspunkte? Etwa 10 Jahre nachdem Feiereis die Direktion der Klinik übernommen hatte, sind folgende Krankheiten als klinisch-praktischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt etabliert:²²

1. Colitis ulcerosa und Enteritis granulomatosa Crohn

²¹ Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

²² S. 5. Forschungsbericht, Focus MUL „Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität zu Lübeck. der den Zeitraum 1.6.1982- 31.5.1984 dokumentiert.

2. Anorexia nervosa und Bulimie
3. Asthma bronchiale
4. Habituelle Cephalgien und Migräne
5. Funktionelle Herz-Kreislaferkrankungen, Hypertonie und Hypotonie
6. Habituelle Obstipation, Colon irritabile
7. Neurotische Entwicklungen in Verbindung mit organischen Krankheiten (Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, chronifizierte Wirbelsäulenerkrankungen)
8. Psychisch mitbedingte Erkrankungen der Bewegungsorgane bei ungenügendem organischem Substrat.

Die Forschungsansätze der Krankheiten schließen dabei Untersuchungen der Ätiologie, Pathogenese, Psychodynamik, Wirkung der psychotherapeutischen Verfahren und der kombinierten Entspannungs- und Psychotherapie sowie Prognose von Colitis ulcerosa, M. Crohn, Anorexia nervosa, Bulimie, Asthma bronchiale, funktioneller Herz-Kreislaufkrankheiten und der schweren chronifizierten Organkrankheiten ein. Nach einer Analyse der Forschungsarbeiten wird deutlich, dass Feiereis' Schwerpunkt die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind. So finden neben zahlreichen Katamnesestudien, in der Feiereis die Erfolge der Klinik evaluiert, verschiedenste Zusammenarbeiten mit Kollegen aus der MUL und anderen deutschen Kliniken statt, beispielsweise mit Prof. Michael Otte der Inneren Medizin (Lübeck) bei Arbeiten zu Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa. Zusammenarbeit in der Forschung besteht außerdem mit der Klinik für Psychiatrie, der Klinik für Orthopädie oder mit der Klinik für Neuropädiatrie und Klinik für Pädiatrie der MUL. In Kooperation mit der Uniklinik Heidelberg forschen Feiereis et al. zum Thema „Familienuntersuchungen bei Patienten mit Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen“. Eine besondere Rolle innerhalb der Forschung an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie nimmt die im November 1987 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie (BMFT) geförderte multizentrische Studie mit dem Titel "Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn" ein, wobei die Gesamtzuwendung für dieses Projekt 2,7 Millionen DM beträgt (Feiereis et al. 1995: 3). Mit Feiereis als Projektleiter wird von 1989 bis 1992 die Wirksamkeit

psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn erforscht.²³ Hauptfragestellungen dieser Studie sind erstens, ob psychotherapeutische Verfahren additiv zur somatischen Standardtherapie einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf des Morbus Crohn haben, und zweitens, der psychosoziale Zustand der Patienten nach einem Jahr erfolgter Therapie.²⁴ Im Abschlussbericht der Studie wird der voraussichtliche Nutzen der Studie als sehr groß eingeschätzt:

(...) im somatischen Hauptergebnis [war] eine Tendenz in Richtung günstigerer Verläufe bei Patienten mit zusätzlicher Psychotherapie festzustellen. Deutlich wurde auch, daß der Morbus Crohn eine Erkrankung mit sehr großer Variabilität im Verlauf ist, so daß diese beschriebene Tendenz durchaus ermutigt, in dieser Richtung weiter zu forschen. So wird von großem Interesse sein, wie sich Psychotherapieeffekte bei besonders zur Psychotherapie motivierten Patienten, die in dieser Studie ausgeschlossen wurden, bemerkbar machen. Weiter anschließende Studien sollten untersuchen, für welche Untergruppen Psychotherapie besonders indiziert ist. Es ist anzunehmen, daß für die Gesamtgruppe der

²³ Dabei werden von 529 Morbus Crohn Patienten in den Jahren von 1989 bis 1991/1992 Basisdokumente angelegt, von denen 122 randomisiert werden. Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität zu Lübeck plant diese Studie gemeinsam mit vier anderen Zentren. An der Seite von Oberarzt Günther Jantschek, F. Balck, Jörg von Wietersheim und J. Buß-Ortmann in Lübeck wird Feiereis von den folgenden Abteilungen unterstützt: Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie unter Prof. Studt und Medizinische Klinik unter Prof. Riecken des Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin, Zentrum für psychosomatische Medizin unter Prof. Michael Wirsching und PD Peter Möhring und Medizinische Poliklinik unter Prof. Michael Klör der Justus-Liebig-Universität Gießen, der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie unter Prof. Wirsching und der Abteilung Innere Medizin II unter PD Jens Rasenack der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und dem Zentrum für methodische Betreuung von Therapiestudien (ZMBT) Heidelberg unter Maria Pritsch.

²⁴ Dazu wird eine Gruppe von Patienten mit rein somatischer, d.h. medikamentöser Therapie, mit einer Gruppe, die zusätzlich psychotherapeutisch behandelt wird, verglichen. Über zwei Jahre werden Daten der Patienten zum somatischen Krankheitsverlauf (u.a. mit Hilfe des CDAI Crohn's disease activity index) und zu psychosozialen Fragen (u.a. mit Hilfe des Beck-Depressions-Inventar BDI, State-Trait Angstinventar STAI-G X2, Psychischer und Sozialkommunikativer Befund PSKB und Fragebogen zur Lebenszufriedenheit LEZU) gesammelt. Psychosoziale Hauptfragestellungen zielen dabei zum einen auf die Bereiche Depressivität und Angst, sowie Effekte der Psychotherapie auf die Lebensqualität der Morbus Crohn-Patienten und den psychischen- und sozialkommunikativen Befund (PSKB) ab.

Crohn-Patienten Psychotherapie nicht unbedingt notwendig, für Untergruppen aber sehr wirksam und indiziert ist.

Eine Fortsetzung dieser Multicenter Studie erfolgte durch Herrn Günther Jantschek in Zusammenarbeit mit Kollegen aus Norwegen (A. A. Mikocka Walus 2006).²⁵ Diese große Multicenter Studie zum Ende der Amtszeit von Feiereis stellt eins der größten Forschungsprojekte an dieser Klinik dar, rückte jedoch eher allgemeine Fragestellungen in den Fokus. Insgesamt wird die Forschung an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie unter Feiereis jedoch als überraschend begrenztes Spektrum wahrgenommen. Im Laufe der 20 Jahren Arbeit fanden viele Arbeiten zu den ohnehin seit Beginn der Klinikzeit als Schwerpunkt festgesetzte chronisch entzündlichen Darmerkrankungen statt, jedoch ist hierbei kaum eine Spezifizierung zu erkennen.

Bezugnehmend auf die Forschungsergebnisse zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, verfasste Feiereis in Thure von Uexkülls Standardwerk zur Psychosomatik „Lehrbuch der psychosomatischen Medizin“, erschienen im Verlag Urban & Schwarzenberg, ab 1984, 3. Auflage, das Kapitel zur Colitis Ulcerosa. Thure von Uexküll gilt als Wegbereiter der Psychosomatik in Deutschland und Hubert Feiereis fester Platz in dem Buch zu den CED spiegelt wieder, welchen Stellenwert Feiereis in Deutschland einnahm. Das Kapitel zu den CED wurde nach seinem Tod von Dr. Günther Jantschek übernommen, welcher auf der Abb. 4 zu erkennen ist (Jantschek und Wilke 2013: 342).

²⁵ Die Frage nach den Zusammenhängen und Beeinflussbarkeit von Psyche und dem Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ist auch heute aktuell. 2006 veröffentlichte Antonia A Mikocka-Walus eine Arbeit zu dem Thema: Antidepressants and inflammatory bowel disease: a systematic review. In ihrer Arbeit untersuchte sie alle relevanten Papers der elektronischen Databases nach 1990. Von den 106 Artikeln, die untersucht wurden, wurden 12 nach den inclusion Kriterien untersucht, allerdings mit dem Ergebnis, dass es nicht möglich ist den Einfluss von Antidepressiva auf den Verlauf von CED zu beurteilen.



Abbildung 3 Herr Dr. Jantschek und Herr Prof. Feiereis vor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie 1992, aus dem Nachlass

Neben zeitgenössischer Standardliteratur, dokumentiert Feiereis regelmäßig im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt seine Untersuchungen. So veröffentlichte er beispielsweise 1979 zu den Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen er hervorhebt, dass psychosomatische Aspekte in Kuren weitgehend unberücksichtigt bleiben. „Die Welt“ veröffentlicht in dem Artikel „Lübecker Test: Beim Kuren bleibt die Seele

auf der Strecke“ im Februar 1979 ebenfalls diese Beobachtungen und Feiereis appelliert über diesen öffentlichen Weg vor allem an seine Kolleginnen und Kollegen, die in Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, aber auch für alle anderen Diagnosen und Therapien. Ein „Entweder-oder-Standpunkt“, d.h. ein entweder psychisch oder somatisch krank, sei „fehl am Platze“, eine Trennung zwischen einseitiger psychotherapeutischer Behandlung und anderen Maßnahmen solle beendet werden. Feiereis versucht mit allen Mitteln, seine Überzeugungen bezüglich der Psychosomatik zu streuen. Dabei sollen nach Feiereis nicht nur seine Kollegen, sondern auch der Patient selbst ein Bewusstsein und Verständnis für die Zusammenhänge von seinem Körper und seinem Geist entwickeln.

Feiereis ist außerdem Herausgeber der Zeitschriften „internistische praxis“ und „tägliche praxis“ - beide rein internistische Zeitschriften im Marseille Verlag. In diesen wird in jeder Ausgabe eine Kasuistik eines psychosomatischen Falles veröffentlicht. Neben den bereits erwähnten Veröffentlichungen sei an dieser Stelle auf die „Bibliographie Publikationen Feiereis“ im Anhang hingewiesen, in der weitere Veröffentlichungen von Hubert Feiereis aufgelistet sind.

Feiereis betreut daneben Dissertationen, wobei die erste betreute Arbeit eine rein somatische Arbeit zum Thema Herzwandaneurysmen war. In der Direktionszeit von Feiereis wird eine einzige Habilitationsschrift verfasst; von Herrn Dr. Günther Jantschek. Die Tatsache, dass nur diese eine Habilitation in Feiereis Amtszeit als Direktor der Klinik erfolgt, gibt Rückschlüsse auf die Forschungslage der Klinik. Auch Feiereis Habilitation selbst stellt mehr eine Sammlung von Verlaufskontrollen von Colitis Patienten dar, ohne einen experimentellen Ansatz, wenn auch in großem Umfang (Jantschek und Wilke 2013: 539). Das gesamte Konzept der Feiereis-Psychosomatik zielt damit nicht auf das Belegen evidenzbasierter Medizin ab, sondern auf die bestmögliche Behandlung für den einzelnen Patienten. Dieses Konzept erscheint aus heutiger Sicht altmodisch und wirft die Frage auf, ob ein Zusammenhang zu Feiereis eigener Historie liegt. Die Assistenzarztzeit an einer Klinik zu verbringen, die erst Jahrzehnte später zur einer Hochschule wird, prägt möglicherweise auch das Arbeiten in späteren Jahren: Könnte das vielmehr patientenorientierte als wissenschaftsbasierte Arbeiten hierin einen ihrer Ursprünge haben? Eine Stellungnahme des Wissenschaftsrates zum weiteren Ausbau der Hochschulklinika in Schleswig-

Holstein von 1987 ist den Interviewpartnern besonders in Erinnerung geblieben, da für sie darin das erste Mal ein offizieller Warnschuss an die Lübecker Psychosomatik enthalten ist. Die Forschungslage im Bereich Psychosomatik wird bemängelt und der damalige Vorgesetzte Scriba hatte auch bereits Mahnungen ausgesprochen (Jantschek und Wilke 2013: 514). Feiereis und Kollegen versuchen weiterhin sich auf den Patienten zu konzentrieren und die Forschung dementsprechend patientenorientiert und lebensgeschichtlich orientiert zu gestalten:

W: Das lag einfach daran, weil in den psychosomatischen Abteilungen sehr viel behandelt wurde, sehr viele Analysen durchgeführt wurden und es wurde sehr spät angefangen, dies zu evaluieren. Sodass also der Anteil der evidenzbasierten Medizin gering war. Es gab keine validen Forschungsergebnisse aus den Psychotherapie Kliniken. Aus dieser Klinik noch am meisten, wir hatten ja unsere Patienten, konnten deren Schicksal verfolgen, sowohl das Körperliche als auch das Psychische.

J: Man muss bei Feiereis auch kritisch anmerken: Das war einfach auch nicht so sein Interesse! Also er war ja ein ganz stark patientenorientierter Mensch, sein Anliegen war die patientenorientierte Forschung, lebensgeschichtlich orientierte Forschung, da lag auch seine Stärke, immer in einem bio-psycho-sozialen Kontext.²⁶

Auch wenn Feiereis selbst während seiner Assistenzarztzeit nicht an einer Universitätsklinik gelernt hatte und dadurch nicht mit der verbundenen Forschung konfrontiert gewesen war, wird von ihm später als Klinikdirektor einer Universitätsklinik selbstverständlich gefordert, wissenschaftsbasierte Forschung durchzuführen. Es fehlt allerdings während seiner Leitungsjahre an umfangreicheren Forschungsergebnissen, die im Gegensatz dazu von anderen Fächern und Kliniken der Universität Lübeck geliefert werden. Diese Tatsache spiegelt sich rückblickend in den Veröffentlichungen Feiereis zu den behandelten Erkrankungen innerhalb der Klinik wieder. Diesen sind, unabhängig ihres Wertes und ihrer Qualität, stets ein nahezu identischer Aufbau und Stil gemeinsam: Eine

²⁶ Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

oder mehrere Fallbeispiele werden genutzt, um dem Leser anschaulich die jeweiligen Themen nahezubringen. Auch wenn innerhalb der Kasuistiken zahlreiche Zitate von Fachkollegen eine weitreichende Lektüre des Verfassers belegen, kristallisiert sich jedoch immer wieder sein Interesse daran heraus, seine Kollegen in Kliniken und Praxen auf alltägliche Tätigkeiten und Pflichten eines Arztes hinzuweisen und deren Selbstreflexion zu fördern, wie etwa in seinem Buch „3 heiÙe Eisen“, erschienen 1992 im Marseille Verlag. Hier kritisiert er gemeinsam mit Reinhard Saller u. a. Abläufe in der Medizin und widmet einem Großteil des Buches erneut der Arzt-Patienten-Beziehung und der für ihn wichtigen sprechenden Kommunikation (Feiereis und Saller 1992: 18).

3.5 Kontakte und außeruniversitäre Tätigkeiten

Feiereis Wirkungsbereich beschränkt sich gewiss nicht allein auf den dargestellten Klinikalltag. Am Beispiel der norddeutschen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie (NGaT) möchte ich beginnen, Feiereis außeruniversitäre Tätigkeiten hervorzuheben.

Die NGaT wird 1968 von Herrn Prof. Dr. Erich Anton Christian Opitz (1911 – 1969), außerplanmäßiger Professor für Psychiatrie und Neurologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, in Schleswig gegründet. Da in Schleswig, wie in allen Krankenhäusern Deutschlands, Abteilungen für Psychotherapie immer notwendiger werden, jedoch Fachpersonal kaum existent ist, bemüht sich Opitz als Initiator und ehemaliger Chefarzt der Psychotherapeutischen Abteilung am Landeskrankenhaus Schleswig-Stadtfeld einen Kreis von qualifizierten Mitarbeitern um sich herum aufzubauen. So tagt in Flensburg in der Folge regelmäßig eine Gruppe um Opitz, in der die Norddeutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie gegründet wird. Sie soll einen Ort der Weiterbildung und des Austausches bilden. So tagt die NGaT in den ersten Gründungsjahren alle vier Wochen als Seminar in Husum (Betzendahl 2002: 1). Ab 1972 nehmen auch vermehrt Ärzte an den Treffen teil und es entstehen die ersten Balint-Gruppen Norddeutschlands.

Bereits im Juni 1973, als Feiereis einen ersten Vortrag bei der norddeutschen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie hält, wird ihm der Vorsitz in der Gesellschaft angeboten. Da jedoch im gleichen Jahr die Lübecker Akademie von der Kieler Universität losgelöst und zur selbstständigen medizinischen Hochschule Lübeck MHL ausgebaut wird, ist Feiereis zu diesem Zeitpunkt mit dem Ausbau der neuen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie ausgelastet und kann den Vorsitz in der Gesellschaft nicht übernehmen. Als zweiter Vorstand leistet Feiereis dennoch einen Beitrag bei der Gestaltung der Vereinigung und etabliert beispielsweise regelmäßige Literaturarbeiten in Gruppen als festen Teil der Seminartagungen. Des Weiteren hält Feiereis Vorträge zu aktuellen psychosomatischen Themen. Auch namhafte andere Psychosomatiker wie Jores, Molinski, Freiburger, Borelli, Donath und Dr. Wittich tragen Beiträge bei den Veranstaltungen des NGaT vor. Die Gesellschaft entwickelt sich innerhalb

Schleswig-Holsteins zu einer wichtigen Weiterbildungs- und Ausbildungsstätte für Psychotherapie.

Wir verstehen uns, wie dargestellt, als eine Gemeinschaft von Ärzten in der Hauptsache, die durch Balint-Arbeit sich um ein besseres Verstehen und Umgehenkönnen mit der seelischen Not ihrer Patienten bemühen in Gemeinsamkeit mit solchen, die mehr oder weniger ausschließlich psychotherapeutisch arbeiten, mit denen sie gemeinsam sich fortbilden. Dabei bedeutet es für die einen erste Kenntnisnahme, für die anderen Kontrolle und Erweiterung ihres früher erworbenen Wissensbestandes (Betzendahl 2002: 6).

1978 wird Feiereis erster Vorsitzender der Gesellschaft. Da die Etablierung der Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie einen Spiegel und gleichzeitig ein Zeugnis für die Entwicklung der Psychotherapie in Schleswig-Holstein darstellt, wird Feiereis zu einer wichtigen Schlüsselfigur in diesem Prozess. Die NGaT stellt neben der Universität und deren Hochschul-Psychosomatik eine weitere Institution dar, mit der Feiereis die Weiterentwicklung der Psychosomatik innerhalb Norddeutschlands und deren Institutionalisierung durch Verbreitung des psychosomatischen Wissens prägt. Auch Zeitzeugen berichten, dass es der Wunsch Feiereis war, dieses Wissen stets integrativ an Psychologen, Ärzte aus verschiedenen Fachbereichen, aber auch an kirchliche Mitglieder²⁷ weiterzugeben und einen Raum zur Weiterbildung zu schaffen.

L: Feiereis hat auch eine lange Zeit die norddeutsche Gesellschaft für Tiefenpsychologie NGaT geleitet. Diese Gesellschaft war nach seinem Geist und seiner Vorstellung. Die Struktur ist bis heute so geblieben: dass Niedergelassene, Allgemeinmediziner, Gynäkologen sich getroffen haben und Balintgruppen gemacht haben, auch Nicht-mediziner, der Hauptpastor aus St. Marien, aus Sachsen, auch Richter waren dabei und konnten sich

²⁷ Zu Feiereis Zeiten war der Pastor Herr Richter aus der St. Marien-Kirche ein aktives Mitglied innerhalb der NGaT.

austauschen. Und was auch geblieben ist, die NGaT, die auch bis heute noch in der Curtius Klinik tagt, hat von Anfang an, integrativ gearbeitet. Das war auch die Idee von Feiereis: aus verschiedenen Fachbereichen zusammen zu kommen und integrativ zu sein und sich nicht so abzukapseln (Langner und Lawrenz 2013: 416).²⁸

Die NGaT stellt eine bis heute aktive Instanz und Ort der Begegnung und Weiterbildung innerhalb der Psychosomatik Norddeutschlands dar. Sie repräsentiert somit eine Frucht der historischen Entwicklung aus den Etablierungsjahren der Psychosomatik, die auch im Jahr 2018 mit monatlich stattfindenden Vorträgen in der Curtius-Klinik in Bad Malente-Gremsmühlen auf eine 50-jährige Geschichte zurückblicken kann.

Um daneben die universitären Weiterbildungsmöglichkeiten zu erweitern, tauschte sich Feiereis nach Ermutigung durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein gemeinsam mit Kollegen aus Bremen, Hamburg und Niedersachsen sowie mit Initiatoren der Lindauer Psychotherapiewochen²⁹ aus. Unterstützt von Vertretern der Hansestadt Lübeck und des Hansischen Verlagskontors entstehen in dieser Runde 1971 die ersten Norddeutschen Psychotherapietage. Im fünften Jahr der Lübecker Psychotherapie Tage, im Jahr 1975, nehmen bereits 500 Teilnehmer an dem Kongress teil. Als Vorstandsmitglied schreibt Feiereis zusammen mit Gerd Iversen (1916-2004) im „Kleinen Rückblick“ der Zwischenbilanz nach 20 Jahren Norddeutsche Psychotherapie-Tage in Lübeck, dass sie nun sicher sein können, dass diese Arbeit ihren Patienten zunehmend zu Gute käme und eine unverzichtbare Alternative zur stummen Medizin gefunden sei (Feiereis und Iversen 1991: 8). Das breite Interesse von Kolleginnen und Kollegen an diesem Fortbildungsangebot, sowie die Tatsache, dass die Psychotherapie-Tage bis heute noch jährlich in Lübeck abgehalten werden, zeugen von dem Interesse und dem Erfolg. Iversen und Feiereis betonen darüber hinaus, dass es von Beginn an den Initiatoren der Norddeutschen Psychotherapietage darum ging, Wissen und Selbsterfahrung sowie Vertrautheit und Empathie zu vermitteln und Technik oder

²⁸ Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

²⁹ Die Lindauer Psychotherapie-Wochen finden in Lindau seit 1950 jährlich im April statt.

Methode dabei zweitrangig sind. So finden vom 30. September bis 4. Oktober 2018 die 47. Psychotherapietage in der Domschule zu Lübeck statt und werden weiterhin im Vorstand von ehemaligen Assistenzärzten innerhalb der Klinik für Psychosomatik bereichert.

Neben der Norddeutschen Gesellschaft für Tiefenpsychologie führt Feiereis außerdem bei Psychotherapie-Seminaren der Akademie der ÄKSH (Ärzttekammer Schleswig-Holstein) in Bad Segeberg Selbsterfahrungs- und Balint-Gruppen, Literatarbeiten in Gruppen, Psychodrama, Gesprächstherapie nach Rogers und katathymes Bilderleben ein. Im Institut für Psychotherapie in Bad Segeberg unterrichtet Feiereis regelmäßig Ärzte in der Weiterbildung mittels Fallvorstellungen am Patienten. So fuhr er laut Zeitzeugen an Wochenenden Patienten aus der Klinik nach Bad Segeberg, um diese bei den Weiterbildungsveranstaltungen im Rahmen der Kasuistik vorzustellen (Jantschek und Wilke 2013: 454). Herr Feiereis ist damit aktiv an dem Austausch und der Verbreitung des „psychosomatischen Wissens“ und psychotherapeutischer Grundlagen in Norddeutschland beteiligt.

Auch außerhalb Lübecks und Norddeutschlands wird Feiereis aufgrund seiner Erfahrung und seinem erlangten Ansehen zu Rate gezogen. Es liegen verschiedene Korrespondenzen zwischen Feiereis und Verantwortlichen von deutschen Kliniken vor, wie beispielsweise der der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart, in der Feiereis zu dem Projekt Integration der Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus Stellung nimmt. (Psychosomatische Abteilung der städtischen Krankenanstalten Esslingen am Neckar). Zwischen 1987 und 1989 steht Feiereis bezüglich der Einrichtung eines psychologischen Dienstes am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart in Briefwechsel mit dem Vorsitzenden des Krankenhauses. Hieraus geht hervor, dass aufgrund seines deutschlandweiten Rufes Feiereis Vorstellungen zu den geplanten psychosomatischen Einrichtungen erfragt wird. Daneben lässt sich aufgrund der Korrespondenzen rekonstruieren, wie sich Feiereis eine psychosomatische Einrichtung personell und vom Tätigkeitsprofil her vorstellt.

Im gleichen Jahr, 1989, wird Feiereis Rat auch von der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Bad Segeberg erbeten. Die Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein und der Bettenbedarf für stationär behandlungs-bedürftige Patienten mit

psychosomatischen, nicht psychiatrischen Erkrankungen in Schleswig-Holstein ist zu diesem Zeitpunkt bereits mehrere Jahre hinweg in öffentlicher Diskussion. Er betitelt dabei die Summe von Betten zur stationären Behandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten in Schleswig-Holstein auf 120-150 und zitiert eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinkrankenhäusern Hamburgs, deren Autoren in Untersuchungen von 1981-1986 feststellen, dass 38,4% der stationären Patienten der Inneren Medizin in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs psychosomatisch erkrankt seien. Inwieweit Feiereis in seiner Stellungnahme Einfluss auf den im November 1989 durch das Sozialministerium korrigierten Krankenhausbedarfsplan hat, ist jedoch unklar (o. A. 1989: 1).³⁰

Feiereis steht außerdem im ständigen Kontakt mit Prof. Dr. P. Hahn, dem ehemaligen ärztlichen Direktor der Abteilung Innere Medizin II (Schwerpunkt: Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin) im Zentrum für Innere Medizin der Universität Heidelberg und Nachfolger von Viktor von Weizsäcker.

³⁰ Im November 1989 wurde durch den Sozialminister Günther Jansen der im Juni 1989 geplante Abbau von Betten in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern von 524 auf 442 herunterkorrigiert. Die Krankenkassen hatten zuvor einen Abbau von etwa 1200 Betten der damaligen 14 365 Betten gefordert. In diesem Zusammenhang war der ehemalige Rektor der Universitätsklinik Lübeck, Prof. Peter Scriba, von seinem Amt zurückgetreten.

3.6 Feiereis Ausscheiden aus der Universität, der Aufbau der Curtius-Klinik und sein Lebensende

Es vergeht eine weitere Dekade in der Hochschulhistorie, bis im schleswig-holsteinischen Landtag am 24.04.1985 in Folge des umfangreichen Ausbaus und der Aufnahme des vorklinischen Abschnitts in den Hochschulbetrieb entschieden wird, die seit 1973 Medizinische Hochschule Lübeck (MHL) in Medizinische Universität zu Lübeck (MUL) umzubenennen. Nach der Emeritierung von Feiereis am 31.03.1992 wird zum 01.04.1992 der langjährige Oberarzt und Privat-Dozent Dr. Günter Jantschek der geschäftsführende Leiter und Prof. Dr. Horst Lorenz Fehm kommissarischer Direktor der Klinik für Innere Medizin.³¹ In den folgenden Jahren wird die Klinik für Psychosomatik wieder zu einer Abteilung innerhalb der Medizinischen Klinik.

Zum Zeitpunkt von Feiereis Emeritierung gehört die Klinik für Psychosomatik zu den beiden einzigen in Gesamtdeutschland, die als größere psychosomatische Kliniken bezeichnet werden (Hoffmann, Schepank, Speidel 1991: 33). Diese Bezeichnung erfolgt anhand der Bettenzahl von über 40 Betten. Die zweite psychosomatische Klinik mit dieser Anzahl an Betten ist die Universität Heidelberg/ Mannheim. An den übrigen damaligen 15 Universitäten Deutschlands, welche eine psychosomatische Abteilung / Klinik innehaben, schwankt die Zahl zwischen 8 und 30 Betten.

Ein genauerer Blick in die Belegungsstatistiken des Klinikums der Medizinischen Hochschule Lübeck in den Jahren 1979 bis 1991 ermöglicht eine detaillierte Betrachtung der Situation auf den einzelnen Stationen während der Direktion von Feiereis. Im Jahr 1979 wird ein Ausnutzungsgrad von 146,6% erreicht, wozu im Forschungsbericht notiert steht: „Zusätzliche Betten, Patienten auf Tragen und ständig 10-12 Patienten in der Klinik für Innere Medizin“. Bei einer Planbetten-Anzahl von 27 ergäbe ein Ausnutzungsgrad von 146,6% eine tatsächliche Betten-Anzahl von 39,5, worin die zusätzlichen Patienten, die in der Klinik für Innere Medizin psychosomatisch versorgt werden, noch nicht mitgerechnet worden sind.

³¹ Prof. Fehm folgte 1990, als Nachfolger von Prof. Scriba, auf den Lehrstuhl und als Direktor für die Innere Medizin.

Mit diesem Grad liegt die Klinik für Psychosomatik nicht nur über dem des Zentrums für Innere Medizin, sondern über allen genannten Kliniken an der medizinischen Hochschule. Einen genaueren Blick auf die Belegungsstatistiken der Klinik bietet Tabelle 1:

Jahr	Ausnutzungsgrad in Prozent	Verweildauer in Tagen	Einweisungsgebiete	Ambulante Patienten
1978	141	*	*	1200
1979	146,6	*	*	1200
1980	145,8	*	*	*
1981	119,1	*	*	*
1982	117,3	25,2	*	1161
1983	118,2	23,6	50% aus HL, 16% aus Bundesländern außerhalb Schleswig- Holsteins	1161
1984	114,9	26,6	*	*
1985	116,3	26,6	*	*
1986	119,6	29,1	20% aus HL 45% aus S-H, 35% aus restlichen Bundesländern	1100
1987	119,3	29,1	*	1300
1988	116,7	*	*	1600
1989	115,9	*	11% aus HL, 49% aus S-H, 40% aus HH und restlichen Bundesländern	1800
1990	115,9	*	*	*
1991	108,1	36,6	15% aus HL, 45,3% aus S-H, 39,6% aus den restlichen Bundesländern	*

Tabelle Belegungsstatistiken der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, zusammengetragen aus den Forschungsberichten. Mit * markiert: keine Angaben in den jeweiligen Forschungsberichten

Mit Blick auf die damalige Nachbarklinik in Kiel lässt sich die Situation noch besser verdeutlichen. Unter Professor Speidel besteht in Kiel eine rein psychoanalytische Psychosomatik mit einer Bettenanzahl von sechs Betten und Belegungsdauern von jeweils mehreren Monaten. Die rein psychoanalytische Psychosomatik erfordert demnach einen Mehraufwand an Zeit zur Versorgung von weniger Patienten. Das Zentrum Innere Medizin in Lübeck besteht aus der Klinik Innere Medizin, Angiologie und Geriatrie, Kardiologie und Psychosomatik und verfügt 1983 über 110 Planbetten mit einem durchschnittlichen Ausnutzungsgrad von 99,1%. Die Klinik für Psychosomatik mit ihren 27 Planbetten im Jahr 1983 gehört zu den kleinsten Kliniken, hatte jedoch mit 23,6 Tagen die längste Verweildauer innerhalb des Zentrums für Innere Medizin, bei einem Ausnutzungsgrad von 118,2%. Die Ausgliederung und einhergehende Selbstständigkeit aus der 2. Medizinischen Klinik im Jahr 1974 ist demzufolge nur vorübergehend (Jantschek und Wilke 2013: 285).

Parallel zu den Tätigkeiten in der Klinik für Psychosomatik wird Feiereis von Lübecker Patienten konsultiert; „ihm wurde ein bekannter Ruf in Lübeck nachgesagt“ (Jantschek und Wilke 2013: 71). Feiereis wird außerdem beim Aufbau verschiedener psychosomatischer Abteilungen und Kliniken langjährig um Beratung gebeten. Er konzipiert allerdings nicht nur Häuser und Abteilungen in der Ferne, sondern auch eine Klinik im nahegelegenen Bad Malente. 1991 wird in dem 50km von Lübeck entfernten Kurort eine psychosomatische Fachklinik eröffnet. Feiereis entwirft das Konzept für diese Klinik, die auch auf andere Weise eng an die Lübecker Universität gekoppelt ist. So wird der ehemalige Oberarzt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck, Herr Dr. Wilke, Chefarzt dieser neuen Klinik. Außerdem werden weitere ehemalige Ärzte und Schwestern aus Lübeck dort beschäftigt. Feiereis unterstützt den Aufbau der Klinik und den Bewilligungs- und Genehmigungsvorgang bei der Landesregierung, hält sich jedoch aus Führung und Verwaltung zurück. Die Namensgebung der Klinik lässt erneut direkte Rückschlüsse auf die Prägung von Feiereis ziehen: Friedrich Curtius, der erste internistische Chef am Krankenhaus Ost und Feiereis ehemaliger Vorgesetzter, wird Namensgeber der psychosomatischen Klinik. Wilke bemüht sich nach eigenen Angaben, das von Feiereis in Lübeck begründete

Konzept einer internistischen Psychosomatik fortzusetzen. Die Curtius-Klinik habe dafür in größerem Maßstab alle Voraussetzungen geboten und man könne die Klinik in Malente als fortgeführtes Erbe betrachten.

W: Feiereis hat das Konzept der Klinik geschrieben, jedoch hat er von vornerein gesagt, ich will da nicht mehr tätig werden. Er ist dann ab und zu zu Vorträgen gekommen, hat aber keine offizielle Funktion da gehabt. Das wollte er auch nicht. Und das habe ich dann gemacht. Aber wir standen in engem Austausch und ich habe mich da sehr unterstützt gefühlt. Insofern geht vieles, was Feiereis begonnen hat, da weiter (Jantschek und Wilke 2013: 1077).³²

Auch nach der Ruhestandsetzung von Wilke folgt ihm ein weiterer Kollege aus der Lübecker Tradition als Nachfolger in der Direktion der Curtius-Klinik, Herr Dr. Kurt Langner. Seit 2015 leitet Frau Dr. med. Silke Kleinschmidt die Klinik als Chefärztin, mit dem Konzept der integrativen Therapie mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt. Den Geist von Haus 8 habe man bei der Klinik-Gründung 1991 mit nach Bad Malente genommen, so der ehemalige Chefarzt. Auch Patienten habe es aufgrund des guten Rufes von Herrn Feiereis von Anfang an gegeben, die Klinik hätte nie ein leeres Bett gesehen (Jantschek und Wilke 2013: 1067). Ein Unterschied zwischen der Curtius-Klinik und dem Haus 8 sind die Möglichkeiten der internistischen Diagnostik und Therapie. Patienten mit schweren Verlaufsformen der Colitis Ulcerosa beispielsweise können nicht in der Curtius-Klinik behandelt werden. Doch dieser Unterschied gleicht sich in den Anfangsjahren durch eine enge Zusammenarbeit mit dem Haus 8 in Lübeck aus. In Bad Malente ist das tiefenpsychologische Grundprinzip, das von Feiereis übernommen wird, auch heute noch existent. Im Rehabilitations-Bereich gibt es verhaltenstherapeutische Gruppenangebote, die auch von den Rentenversicherungen eingefordert werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in den Entspannungsverfahren bei körperlich Kranken, der körperzentrierten Therapie mit kreativen Anteilen wie Musik und auch Gestalttherapie (Jantschek und Wilke 2013: 1206).

³² Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

Nach seiner Emeritierung praktiziert Feiereis weiter. In der Praxis seines ehemaligen Doktoranten und Assistenten wird er ab 1996 bis zu seinem Lebensende von Patienten konsultiert. Im April 1997 beantragt Feiereis bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein die Zuerkennung der Bezeichnung „Facharzt für psychotherapeutische Medizin“, die 1992 nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages in Köln in der Weiterbildungsordnung festgelegt worden war. Nachdem am 16. Oktober 1996 in der neuen Weiterbildungsordnung zusätzlich festgelegt wurde, dass die Facharztanerkennung mit einer mündlichen Prüfung verbunden wird, fordert die Ärztekammer Schleswig-Holstein Feiereis 1997 um die Zusendung des Antrages für eine mündliche Prüfung auf. Eine solche mündliche Prüfung legt der bereits 73-jährige, seit über 40 Jahren tätige Arzt und ehemalige Klinikdirektor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie nicht ab.

Am 04.06.1998 verstirbt Feiereis in Aigues-Mortes während einer Reise in Südfrankreich an den Folgen seiner Erkrankungen Morbus Boeck und der seit den Kriegsjahren bestehenden Tuberkulose. Die ihm nahegestandenen Zeitzeugen betonen die Bedeutung des Todeszeitpunktes und -ortes. Der bis zum Lebensende tätige Arzt und aus einem stark christlich geprägten Elternhaus stammende Forscher verstirbt in seinem Urlaub in Aigues-Mortes; von hier aus segelte Ludwig der Heilige zum Sechsten und Siebten Kreuzzug ab (Langner und Lawrenz 2013: 77).

Zu Feiereis Privatleben, einer Partnerschaft, Ehe oder Familiengründung liegen keine Informationen vor. Für die Belange der ehemaligen Assistenten und Kollegen in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, sowie für Forschung und Arbeit in der Klinik, habe sich Feiereis jedoch stets übermäßig und wie für eine Familie eingesetzt, so Zeitzeugen.

4. Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

4.1 Therapeutische Praxis und Patienten

Der klinische und praktische Alltag einer rein somatischen Medizin beschränkt sich in Feiereis Augen auf die somatische Diagnostik sowie auf körperorientierte Therapien. Psychodynamische und psychosoziale Prozesse werden dabei ausgeblendet und häufig erst nach langer, erfolgloser Behandlung einer ungeklärten Erkrankung ätiologisch in Betracht gezogen. Um den langen Weg der Diagnostik und den Leidensweg eines Patienten mit nicht eindeutigen Beschwerden an somatischen und psychosomatischen Institutionen zu verkürzen, empfiehlt Feiereis daher, möglichst frühzeitig, und zwar im Stadium jeglicher Erstdiagnostik, der Wechselwirkungen körperlicher und psychodynamisch-psychosozialer Faktoren von Krankheiten Aufmerksamkeit zu schenken (Feiereis 1989 (2): 373). Auf dieser Empfehlung aufbauend wird an der internistischen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie daher eine besondere Art von Diagnostik und Therapie etabliert und praktiziert. Ausgehend und beruhend auf Feiereis Verständnis von Psychosomatik wird in folgender Ausführung das Augenmerk auf das konkrete Procedere innerhalb der Klinik und der praktischen Umsetzung und dem Ablauf in Diagnostik, Therapie sowie dem Setting auf der Station gelegt:



Abbildung 4 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass

Die Woche in der in Abb. 4 abgebildeten Klinik beginnt auf der Station am Montagmorgen um 08:00 Uhr mit der Visite. Für Feiereis startet der Arbeitstag jedoch bereits früher: Nach einem Frühstück im Schwesternwohnheim um 06:00 Uhr beginnt Feiereis um 06:30 Uhr mit dem sogenannten „frühen Patienten“ (Jantschek und Wilke 2013: 869, Müller 2013: 55). Die Zeitzeugen erinnern sich für den weiteren Tagesablauf an vormittägliche Aufnahmen, Diagnostik, sowie Punktionen und Organisatorisches und am Nachmittag an Einzeltherapien und Gruppen. Am Abend finden Supervisionen und Gruppentherapien statt, durchschnittlich bis etwa 20:00 Uhr. Auch ambulante Patienten nehmen in der Klinik an Gruppentherapien teil. Der Dienstagabend ist für die Balint-Gruppe reserviert, der Mittwochnachmittag für eine interdisziplinäre Kasuistik gemeinsam mit den ärztlichen Kollegen der Klinik für Psychiatrie. In den zweimal wöchentlich stattfindenden „großen Visiten“ wird sich für jeden Patienten mehr Zeit genommen als in den üblichen Visiten. Es sei daher keine Seltenheit, wenn diese 30 bis 45 Minuten pro Patient dauerten (Langner und Lawrenz 2013: 392).

Die Arbeit während der Woche ist in der Klinik somit klar strukturiert. Die Sonntage verbringt Feiereis ebenfalls in der Klinik: In den Kellerräumlichkeiten des Hauses 8 treffe man ihn dann an einem Schreibtisch an, an dem er Forschung, Veröffentlichungen etc. bearbeitet.

Zusammenfassend erinnern sich die Zeitzeugen und ehemaligen Mitarbeiter an eine Arbeit in einem produktiven Miteinander. Diese ist besonders und bis heute geprägt von vielen gemeinsame Reflexionen über die behandelten Patienten durch beispielsweise Supervisionen (Jantschek und Wilke 2013: 906).

Trotz langer Arbeitstage von morgens 8 Uhr bis abends 20 Uhr sei die Arbeitsmotivation sehr hoch gewesen. Dies ist zurückzuführen auf die Möglichkeiten „zwischendurch mal zu verschlafen“, einer geringeren Dokumentationsverpflichtung im Vergleich zu heutigen Standards und der Freiheit die Dinge zu tun, die Mitarbeiter für die einzelnen Patienten für sinnvoll halten. Die Ärzte waren nach eigenen Aussagen durch diese selbstbestimmte Art der Arbeit in der Lage, sich zu entfalten (Jantschek und Wilke 2013: 888). Eine ehemalige Pflegeschülerin des Hauses 8 erinnert sich zurück an die Nachmittage auf Station, bei denen es zum Dienstwechsel üblich war, sich mit einem Kaffee und Kuchen für einige Minuten zusammzusetzen und sich gemeinsam mit Feiereis und / oder

den Oberärzten auszutauschen. Hier hat das Stationspersonal die Gelegenheit, sich zu den Krankheiten und Therapien Fragen auszutauschen (Müller 2013: 124). Auf diese Weise konnte im Haus 8 ein Umfeld mit vergleichsweise familiären Strukturen entstehen, in dem etwa 30 - 40 junge wie alte Patienten behandelt werden. Diese sind integriert in eine Rahmenstruktur, gebildet aus Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten und Psychologen. Dieses positive Klima wird therapeutisch genutzt und bietet als Mikrokosmos eine gute Ausgangssituation für die Genesung der Patienten (Jantschek und Wilke 2013: 1190). Auch Feiereis selbst betont als Voraussetzung für die angebotenen Therapien das Vorhandensein einer Atmosphäre der Geborgenheit und des Vertrauens. In seinen Augen ist das Team das tragende Element der Behandlung (Feiereis 1992 (1): 5). Beispielsweise wird das Bild der familiären Struktur dadurch ergänzt, dass die Schwestern für die essgestörten Patienten auf Station das Mittagessen täglich eigenständig und frisch zubereiten (Langner und Lawrenz 2013: 404). Insofern nimmt das gesamte Team der Klinik eine sehr wichtige Rolle ein und trägt dazu bei, dass das Konzept von Feiereis in dieser Form funktionieren kann (Langner und Lawrenz 2013: 112, Müller 2013: 68). Dies schafft er durch enorme Mitarbeiter-Motivation und imponiert daher rückblickend mit guten Führungsqualitäten.

W: Als ich zum Beispiel anfing, mich mit Imagination zu beschäftigen, war das noch ein theoretischer Ausgangspunkt. Wir wussten, die Patienten konnten nicht richtig verbalisieren, sie redeten nicht über Gefühle. Und dann hat er mich da hingeschickt, „fahren Sie mal dahin“ sagte er und dann gefiel mir das und dann hab ich das ausgebaut und da hat er mir völlig freie Hand gelassen. Ich konnte ihn zwar jederzeit um Rat fragen, aber er erwartete auch, dass man die Dinge in die Hand nahm. Also er nahm einen nicht an die Hand - überhaupt nicht, sondern gab einem dann ein paar Möglichkeiten und erwartete dann das man diesen Raum ausfüllte. Da ließ er sehr viel zu! Denn er war ja auch Methoden-tolerant. Ich hab dann ja auch Kliniken kennengelernt, da hat der Chef das gemacht und dann mussten das alle genauso machen. So war Feiereis eben gar nicht, jeder konnte seinen individuellen Weg finden (Jantschek und Wilke 2013: 916).³³

³³ Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

So hält Feiereis nicht nur für die Patienten individuelle Therapiekonzepte, sondern auch für die Mitarbeiter in der Klinik individuelle Aufgaben bereit und erkennt jeder Person ihre Wichtigkeit an. Bei den von Feiereis jährlich durchgeführten Weihnachtsfeiern in der Schiffergesellschaft in Lübeck wird beispielsweise jeder einzelne Mitarbeiter der Klinik eingeladen und beschenkt, von der Pflegeschülerin über die Putzkräfte bis zu den Oberärzten. Er war nach Angaben der ehemaligen Mitarbeiter in der Lage gewesen, die Möglichkeiten seiner Kollegen feinsinnig einzuschätzen und diese zu fördern, ohne jegliche Aufdringlichkeit. Er lasse den Assistenten genug Raum und Freiheiten für eigene Ideen und bietet seine Unterstützung bei der Herausarbeitung neuer Techniken. So ist es möglich, ein motiviertes Ärzteteam zusammenzuhalten, in dem auch damals moderne Therapiemethoden Fuß fassen können.

W: Kennzeichnend dieser Station war sicher, dass die internistische Betreuung, zum Beispiel der Colitis-Patienten, dem damaligen internistischen Stand der Wissenschaft entsprach und zugleich und additiv eine Psychotherapie angeboten hat, die aber supportiv gefärbt war, also unterstützend, ausgerichtet auf Entspannungstherapien, Musiktherapie oder körperzentrierter Arbeit, die woanders erst später gekommen ist, also da waren wir fortschrittlich (Jantschek und Wilke 2013: 59).³⁴

Zeitzeugen berichten weiter von einer gewissen Experimentierfreudigkeit seitens Feiereis (Langner und Lawrenz 2013: 343, Jantschek und Wilke 2013: 61). Dadurch können sich beispielsweise körperzentrierte Musiktherapie oder Tanztherapie zu einem festen Bestandteil in der Klinik und im Therapieprogramm der Patienten etablieren, was an anderen Kliniken erst zu späteren Zeitpunkten eingeführt wird. Gepaart mit der Toleranz und dem Interesse gegenüber neuen Methoden und ohne das Ziel, eigene Vorlieben durchzusetzen, macht er es somit den Mitarbeitern in der Klinik möglich, neue Therapien zu entwickeln oder einzuführen. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist damit vorprogrammiert. Dies begründet sich aber nicht allein durch die Freiheiten, die er ihnen gewährt,

³⁴ Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

sondern auch durch deren Anerkennung. Die Art und Weise, wie er in der Monographie „Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie“ die Arbeit der Krankenschwestern beschreibt, ergänzt Feiereis' Ansichten zu seinem Team: In ihr sieht Feiereis eine Brückenfunktion in dem Therapiekonzept, die durch den häufigen und direkten Kontakt mit dem Patienten eine „unentbehrliche Hilfe“ darstellt. Die Krankenschwester nehme im übertragenen Sinne die Rolle des „guten Objektes“ ein, welche während der Mobilisierung innerer Konflikte eine Stütze für den Patienten darstelle. Feiereis sieht die Erfahrungen der Krankenschwestern mit dem Patienten und ihre Einbeziehung in die klinische Balint-Gruppe auch deshalb als wichtig an, da die Patienten in sie das weibliche, geschwisterliche oder mütterliche Bild projizieren können und so Konflikte mobilisiert werden.³⁵ In der Abbildung 5 ist Feiereis abgebildet während eines Gespräches mit einer Krankenschwester.



Abbildung 5 Herr Prof. Feiereis und Schwester Lilly, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass

³⁵ Michael Balint, Arzt und Psychoanalytiker, (1896 – 1970) entwickelt 1949 mit seiner Frau Enid Balint das Konzept der sogenannten Balintgruppen. 1950 entsteht die erste Gruppe mit praktischen Ärzten als „A Discussion Group Seminar on Psychological Problems in General Practice“. Der Gedanke hinter der meist aus circa 10 Ärzten bestehenden und von einem Supervisor geleiteten Gruppe, dient der Reflexion und dem Eingehen auf die Arzt-Patienten-Beziehung.

Feiereis spricht sich eindeutig gegen eine Medizin basierend auf einen Körper-Geist-Dualismus aus. Die Umsetzung dessen beginnt für ihn daher mit einer individualisierenden und strukturierten „Stufendiagnostik“, welche auf 1. Anamnese, 2. körperliche Untersuchung, 3. Erhebung des psychischen und sozialen Status, 4. physikalischer und chemischer Basisdiagnostik und 5. spezielleren Untersuchungsverfahren beruht (Feiereis 1985: 295). Parallel zu diesen fünf Schritten erfolgt das adäquate diagnostische Gespräch, welches sich aus zwei Teilen zusammensetzt. Zum einen der Erklärung, weshalb der jeweilige diagnostische Teil geschieht, und zum anderen der Information über das Ergebnis und seinen Wert in der Gesamtdiagnostik.

Am Anfang aller Therapie steht das Gespräch. Hierzu gehören Zeit, Einfühlungsvermögen und Ausgewogenheit, um die notwendigen Informationen über erforderliche Untersuchungen und ihre Ergebnisse zu vermitteln und dabei Fehler zu vermeiden, z. B. falsche, unbedachte oder mißverständliche Deutungen zu geben, die den Patienten mit medizinischem Halbwissen anreichern und ihm womöglich schaden, jedenfalls ihm nichts nützen (Feiereis o.J. (2): 4).

Ebenso wie bei der genannten Aufklärung über Untersuchungsplan, -stand und -ergebnis, müssen bei Anamnese und bei der Erfragung des psychischen und sozialen Status folgende Fehler vermieden werden: Zeitmangel, Empathie-defizit und Flüchtigkeit. Auf der anderen Seite dürfen jedoch bei den physikalisch-chemischen-Basisuntersuchungen, wie zum Beispiel einer Blutbild-Diagnostik, ebenso keine Alibidiagnostik, Wiederholungszwang, Überdiagnostik oder Überinterpretation stattfinden. Nach diesem Konzept der Stufendiagnostik nach Feiereis wurden innerhalb der Jahre 1965 – 1985 etwa 15.000 stationäre und 25.000 ambulante Patienten behandelt. Durch eine Kasuistik versuchte Feiereis sein Stufenmodell wie folgt zu erklären:

Als Beispiel der Alibidiagnostik mit mangelhafter kollegialer Kooperation ebenso wie der Überdiagnostik sei eine 23-jährige Philologie Studentin angeführt. Sie kam wegen rezidivierender Durchfälle mit Schleim-, aber

ohne Blutbeimengung im August 1981 stationär zu uns. Sie hatte anamnestisch 5 Jahre vorher eine anorektische Phase, unter der sie von 53kg auf 34 kg abgenommen hatte. Ein Jahr lang bestand eine Amenorrhö. Sie klagte ferner über ein zeitweilig auftretendes Herzjagen und über Extraschläge nach reichlichem Kaffee- und Teegenuß. Bei unserer Untersuchung fand sich kein Hinweis auf einen organischen Darmprozeß, so daß wir in Verbindung mit der Anamnese und den übrigen Befunden ein Colon irritabile annahmen und die Patientin kombiniert entspannungspsychotherapeutisch behandelten. Im EKG bestand eine sehr kurze PQ-Zeit mit angedeuteter Deltakonfiguration der QRS-Gruppe, besonders in Abl. V2 als Hinweis auf ein rudimentäres WPW-Syndrom, mit dem die angegebene Neigung zu anfallsartig auftretendem Herzrasen zusammenhängen könnte. Im Langzeit-EKG fanden sich morgens und nachmittags leichte tachykarde Phasen bis 120/min., gelegentlich supraventrikuläre Extrasystolen. Laborwerte einschließlich Schilddrüsendiagnostik ohne krankhaften Befund.

Die Neigung zu funktionellen und psychischen Gesundheitsstörungen (Magersuchtphase; anfallsweise Herzrasen; Extrasystolie; Colon irritabile) stand in enger Beziehung zu internalisierten Beziehungskonflikten bei narzißtischer Persönlichkeitsstruktur mit hohem Leistungsanspruch und andererseits großen Versagensängsten und Selbstunsicherheit.

Nach zweiwöchigem stationären Aufenthalt wurde die Psychotherapie ambulant fortgesetzt. In deren Verlaufe berichtete uns die Patientin eines Tages, daß sie vom Hausarzt in eine kardiologische Spezialklinik geschickt worden sei. Hier habe man neben Belastungsuntersuchungen und der Wiederholung des Langzeit-EKG das Herz echokardiographisch analysiert und einen klinischen Aufenthalt zur Untersuchung des His-Bündel-EKG und zur programmierten Vorhofstimulation vorgeschlagen. Man habe weiterhin an eine „Einstellung auf ein geeignetes Antiarrhythmikum zur Prophylaxe der paroxysmalen Tachykardie“ gedacht.

Die Patientin kam mit diesem Bescheid verunsichert zu uns, der Hausarzt hätte geäußert, vom EKG verstünden wir nichts. Die kardiologische Klinik ihrerseits gab sich überrascht, daß wir einen Durchschlag ihres Berichtes

erbaten; es sei die Bemerkung gefallen, „glauben die uns nicht?“. Uns gegenüber bemerkte die Patientin kritisch, daß wir mit ihr nicht genau genug über unsere Beurteilung des Herzens gesprochen hätten, sondern uns überwiegend dem Einweisungsgrund, nämlich der Darmsymptomatik und deren Genese sowie Therapie, zugewandt hätten. Auf der Stufe der Basisuntersuchung hatte also das diagnostische Gespräch nicht sorgfältig genug stattgefunden, obwohl Zeit genug dafür gewesen wäre.

Der vorliegende Auszug soll nicht nur als ein Erklärungsmodell für das vorgestellte Stufenmodell dienen, auch wenn er natürlich ein Beispiel für die in der Klinik für Psychosomatik durchgeführte Diagnostik ist, sondern er soll auch die selbstkritische Haltung Feiereis hervorheben.

Ab 1974 ist Feiereis als Klinikdirektor für den Therapiekatalog verantwortlich und so etablieren sich, neben der dargestellten Diagnostik, bis zu seinem Ausscheiden neue Therapieformen oder werden als fester Bestandteil in den Klinikalltag aufgenommen. Die internistische Klinik stellt ein großes Repertoire an Behandlungsmöglichkeiten für die verschiedenen Patienten bereit. Es entwickeln sich im Laufe der Zeit neue Konzepte und die Erfolge werden in Studien evaluiert. Wie beschrieben, lässt Feiereis seinen Assistenten dabei genug Raum und Freiheiten für eigene Ideen und bietet seine Unterstützung bei der Herausarbeitung neuer Techniken an, wie beispielsweise dem katathymen Bilderleben, worauf ich später noch eingehen möchte. In der Klinik definiert Hubert Feiereis die drei Grundsätze des Therapiekonzeptes wie folgt:

1. Auf den Kranken und seine Krankheit individuell abgestimmte Therapiemaßnahmen.
2. Gleichzeitiger Beginn der somatischen Therapie und der Psychotherapie.
3. Modifikation der Behandlung, je nach Indikation und Krankheitsverlauf (Feiereis und Saller 1995: 368).

Aus diesen drei Basispunkten und der Ansiedlung der Psychosomatik in der Inneren Medizin entsteht die „kombinierte psychosomatische Therapie“, die sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

1. Die vom Patienten und Arzt geführten Gespräche, bestehend aus der psychosozialen, biographisch orientierten Anamnese, dem diagnostisch-therapeutischen Gespräch und der tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie
2. Weitere: Gruppenpsychotherapie, Familientherapie, körperorientierte Selbsterfahrung, assoziative Maltherapie und Musiktherapie
3. Körperbezogene Therapieformen: Entspannungstherapie und Krankengymnastische Übungstherapie
4. Gestaltungstherapie (Tonarbeit, Seidenmalerei, Werkarbeit)
5. Ernährungstherapie und medikamentöse Therapie

Nach einer ausführlichen psychosozialen und biographisch orientierten Anamnese (s. oben) steht zu Beginn der Therapie das diagnostisch-therapeutische Gespräch, zur Klärung offener Fragen zur Behandlung (Form, Inhalt und Dauer etc.) und Lösung sozialmedizinischer Schwierigkeiten, wie Unterbrechung der Lehre oder gefährdeter Arbeitsplatz. Da dieses Gespräch in Feiereis Augen bereits für einige Patienten eine Erleichterung bedeutet, wird es als „diagnostisch-therapeutisches“ Gespräch bezeichnet. Besonders wichtig hierbei sei es, eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen, denn nur so können die Patienten für ein therapeutisches Bündnis und nicht für ein „angstbesetztes Wagnis“ gewonnen werden. Dem folgt das Überprüfen der Indikationen für die einzelnen Therapien, was körperliche und psychotherapeutische Verfahren gleichermaßen berücksichtigt und kombiniert. Feiereis betont in seinem Beitrag „Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin: Wege – Irrwege – Widerstände“ die Bedeutung der anschließenden „verbalen tiefenpsychologisch fundierten und konfliktzentrierten Einzeltherapie“ als den wichtigsten Bestandteil im Konzept der Klinik und die wichtigste Therapieform bei psychosomatisch Kranken im Allgemeinen. Dreimal in der Woche finden in der Klinik diese Einzelgespräche statt. Auch wenn der Fokus somit auf der verbalen, tiefenpsychologisch fundierten Einzelbehandlung liegt, ist bemerkenswert, dass Feiereis klinisch-praktisch ebenfalls die aus einer anderen Schule stammende Therapieform der

Verhaltenstherapie praktiziert und in seiner Monographie zu den Essstörungen detailliert beschreibt (Feiereis 1989 (1): 120).^{36 37}

L: (...) im Haus 8 unter Feiereis haben wir als tiefenpsychologisch fundierte Klinik von Anfang an auch Verhaltenstherapeuten eingestellt und in die Therapie integriert, sodass z.B. Borderline Patienten tiefenpsychologisch behandelt wurden und gleichzeitig in der verhaltenstherapeutischen DBT Gruppe waren (Langner und Lawrenz 2013: 298).³⁸

Feiereis ist als Klinikdirektor bezüglich dieser damals modernen Therapieformen tolerant und baut sie von Anfang an in das Therapiekonzept der Klinik mit ein (Langner und Lawrenz 2013: 298). Daneben werden psychosoziale Aspekte ebenfalls von Anfang an in die Therapien einbezogen. Als Beispiel kann ein familiärer Konflikt herangezogen werden, von dem man annimmt, dass er die Chronifizierung der Krankheit negativ beeinflusst. Wird dies in der biographischen Anamnese bestätigt, wird frühzeitig die Familie kontaktiert und in die Therapien einbezogen. Die Möglichkeit der Familientherapie soll dabei Raum zur Verbesserung des familiären Systems bieten (Jantschek und Wilke 2013: 145). Unter der körperorientierten Selbsterfahrung werden „konzentrierte Bewegungstherapie“ und Tanztherapie zusammengefasst. Über diese nonverbale

³⁶ In der Monographie „Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie“ stellt Feiereis detailliert die Praktiken der Verhaltenstherapie bei Essgestörten vor. Dazu zählen, ähnlich wie heute, direkte therapeutische Hilfen: 1. Zunächst Ausschaltung aller Einflüsse von außen (Besuchs-, Brief- und Telefonverbot) 2. Vereinbarung qualitativ und quantitativ verbindlicher Mahlzeiten; „Stimuluseinengung“, operantes Konditionieren mit positiver oder negativer Verstärkung 3. Selbstkontrolle (kognitiv und emotional) von Essen und Erbrechen durch Tagebuch und andere Techniken 4. Kontrolle auslösender Reize 5. Übungen zur differenzierten Wahrnehmung und Aufbau alternativen und sozial erwünschten Verhaltens z. B. Einkauf von Lebensmitteln, gemeinsame Restaurantbesuche. Indirekte therapeutische Möglichkeiten: 1. Selbstsicherheitstraining z. B. Steigerung des Durchsetzungsvermögens und Abbau von Minderwertigkeitsgefühlen 2. Förderung der Kontakte 3. Beschäftigung mit der Identität der Frau 4. Ausschaltung irrationaler Vorstellungen über Nahrungsmittel, Gewicht, Aussehen.

³⁷ Die in der heutigen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck angewandte Form der Therapie der Essstörungen lehnt sich hingegen vollständig an die Verhaltenstherapie an.

³⁸ Der Wortlaut des Interviews wurde geringfügig der Schriftsprache angepasst.

Psychotherapieform sollen Patienten ihr gestörtes Körperbild besser wahrnehmen und korrigieren (Feiereis 1989 (1): 131).³⁹ Daneben soll über die Tanztherapie Heilung über die Bewegung angestoßen werden. Ein- bis zweimal wöchentlich á 60-90 Minuten können die Patienten, frei von technischen Vorschriften und festgelegten tänzerischen Formen, Leib und Seele bzw. Gefühl und Körperlichkeit versuchen zu integrieren. Das Bewegungsverhalten in der Tanztherapie ist in Studien untersucht und die festgestellten Veränderungen des Bewegungsverhaltens sind mit Erfolgskriterien anderer Therapien, wie z. B. der Steigerung des Selbstbewusstseins, als vereinbar beschrieben worden. Damit sollen, laut Feiereis, die körperbezogenen Therapieformen gerade für die zunächst auf das körperliche Symptom eingeeengten Patienten den Zugang für die verbale Psychotherapie öffnen und sie gleichzeitig ergänzen. Außerdem bestehen auch Grenzen der sprachlichen psychotherapeutischen Verfahren und damit die Notwendigkeit, nach anderen Zugängen zu suchen, um Widerstände zu überwinden und die begrenzte psychotherapeutische Zeit bestmöglich auszunutzen (Feiereis 1992 (2): 1).⁴⁰ Neben themenzentrierten Gruppentherapien, wie der Musiktherapie, sollen gestalterische Verfahren wie die Kunsttherapie als weitere Möglichkeit den nonverbalen Zugang zu „innerseelisch Erlebtem“ bieten. Die assoziative Maltherapie etabliert sich an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie als eine Methode, die durch Veranschaulichung von Empfindungen, Stimmungen und Spannungen als wertvoller Bestandteil in die sprachliche Einzeltherapie integriert wird. Auf Abb. 6. lässt sich ein solches Produkt der assoziativen Maltherapie erkennen.

³⁹ Die konzentrierte Bewegungstherapie stellt eine nonverbale, an die psychoanalytische Therapie anlehrende Form von körperorientierter Therapien dar: der Patient soll im Spiel seinen Körper wahrnehmen und mit den Mitpatienten konfrontiert werden, wenn er das möchte. Erfahrungen wie „jedes Spiel ist langweilig“ oder „ich bin ausgeschlossen“ können an frühe Kindheitserlebnisse erinnern und intrapsychische Konflikte aktualisieren, die noch nicht verbalisationsfähig sind.

⁴⁰ Nicht publiziertes, schreibmaschinenverfasstes Transkript mit dem Titel: „Eßstörungen im Bild, Psychodynamik und Konflikte in der assoziativen Maltherapie, Donnerstag, 30.4.1992, Lindau“.

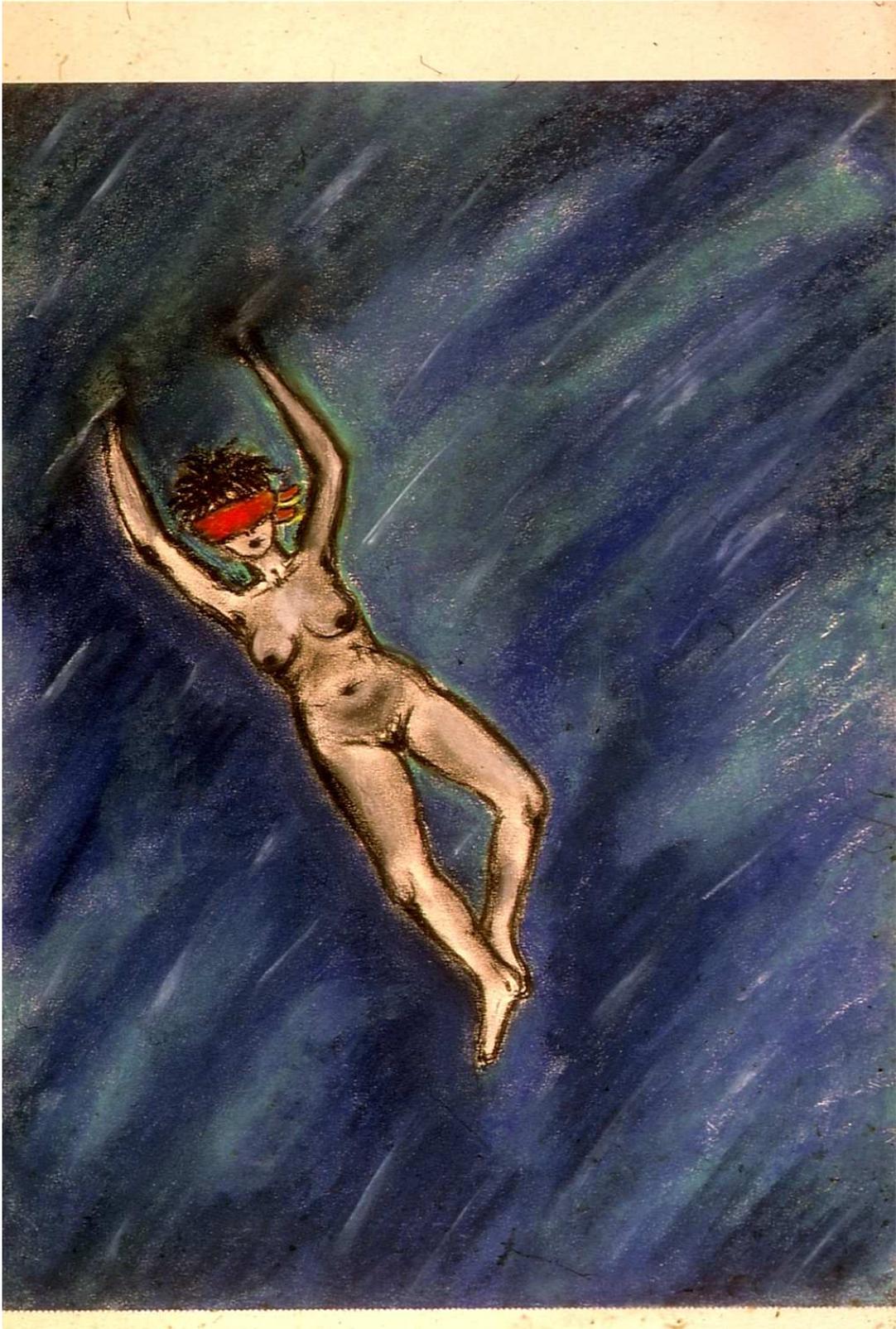


Abbildung 6 Assoziative Maltherapie, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass

Feiereis bezeichnet die Maltherapie als einen unentbehrlichen Bestandteil der kombinierten Therapie der Klinik. Ein- bis zweimal wöchentlich nehmen die

Patienten an offenen, unstrukturierten Malgruppen teil. Hier kommt es weder auf die Malfähigkeiten an, noch auf bestimmte Themen oder Materialien. Es soll gemalt werden, was in den Sinn kommt, ob Gegenständliches oder Abstraktes. So gelingt es Patienten, denen es schwer fiel Empfundenes oder Erlebtes auszusprechen, Stimmungen oder chronifizierte Konflikte wahrzunehmen, diese mit Stift, Pinsel oder Farbe darzustellen und sie so „bewusst“ zu machen. Im zweiten Schritt werden diese Bilder von den Patienten nach dem Malen mit einem Kommentar versehen, der die Gedanken und Assoziationen, sowie augenblickliche Stimmungen und Stimmungsschwankungen oder aber Erinnerungen während des kreativen Prozesses beschreibt. Die Bilder werden im dritten Teil in die Einzeltherapie integriert. Sie stellen in Feiereis Augen ein „therapeutisches Agens von hoher, manchmal auch höchster Qualität“ dar. Neben dem therapeutischen Effekt in der Einzeltherapie ist für viele Patienten auch die Entlastung oder die unerwartete Kreativität ein Erlebnis und hat somit therapeutische Rückwirkung. In folgender Abbildung 7 ist ein Gemälde eines Patienten zu erkennen, welches in der Maltherapie entstanden ist.



Abbildung 7 Gemälde eines Patienten, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass

An der Klinik werden außerdem drei verschiedene Gestaltungstherapieformen angeboten, die alle die Idee verfolgen, die Aufmerksamkeit des Patienten von sich

weg, hin zu einem Objekt zu lenken. Dazu gehören Werktherapie (einmal wöchentlich für 3 Stunden), mit der Gestaltung verschiedener Materialien sowie Seidenmalerei (ebenfalls einmal wöchentlich) als Alternative zur Arbeit mit Ton. Auch hier sollen Empfindungen und Konflikte wortlos zum Ausdruck kommen. Zahlreiche Original-Werke sowie Dias der angefertigten Gemälde oder Ton-Plastiken, wie auf den Abbildungen 8 und 9 beispielhaft zu erkennen, sind bis vor wenigen Jahren in den Kellerräumlichkeiten des Hauses 8 aufbewahrt worden. Sie stellen ein Zeugnis für die integrative kombinierte psychosomatische Therapie unter Feiereis dar.

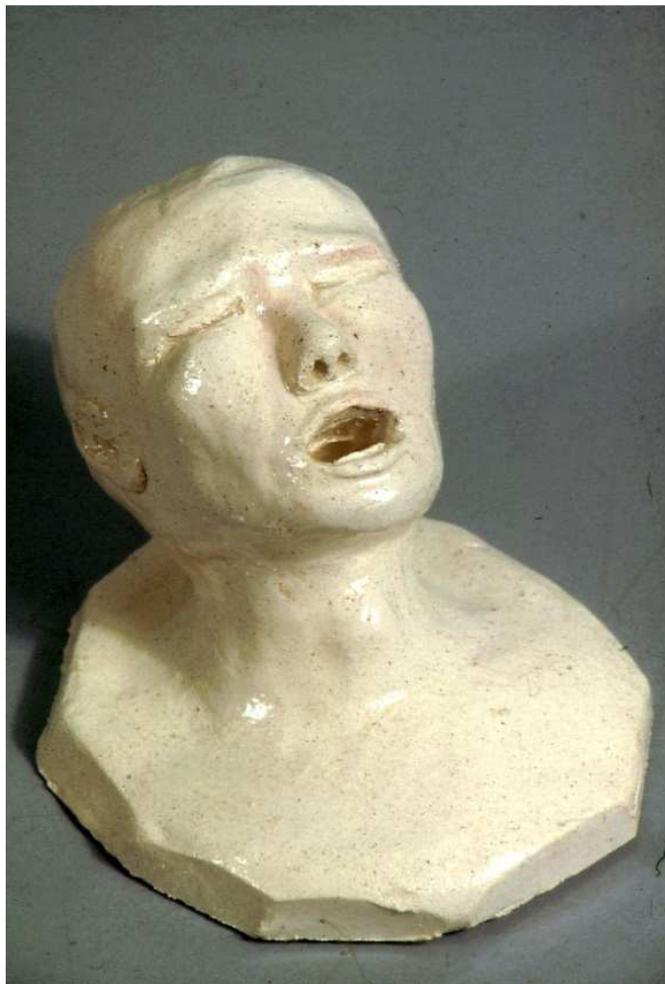


Abbildung 8 Tonplastik eines Patienten, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass



Abbildung 9 Tonplastik, Juli 1988, aus dem Nachlass

Zu den Entspannungstherapien, als Bestandteil der körperbezogenen Therapieformen an der Klinik, zählen das autogene Training, die progressive Muskelrelaxation und die Einzelentspannung. Das autogene Training wird in 10 - 20 großen Patientengruppen für Anfänger und Fortgeschrittene täglich geübt und soll für den Patienten die Funktion haben, eine aktive Einflussnahme auf seinen Körper und dessen Erkrankung zu gewinnen, darüber hinaus die Möglichkeit tiefer Entspannung mit ihren körperlichen und psychischen Auswirkungen zu erfahren und einen therapeutischen Effekt auf die gestörte Funktion und die veränderte morphologische Struktur zu bahnen. Die progressive Muskelrelaxation ist von E. Jacobson entwickelt worden und wird den Patienten an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie täglich angeboten. Auch die physiologischen Veränderungen während des autogenen Trainings und der progressiven Relaxation werden experimentell untersucht, um so objektive Aussagen möglich zu machen (Feiereis 1989 (1): 126).

Ernährungstherapie und medikamentöse Therapie runden die kombinierte psychosomatische Therapie nach dem Konzept von Feiereis in der Klinik ab und sind Teil der standardisierten internistischen Therapie. So werden Patienten im akuten Schub einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung ebenso mit Kortison behandelt, wie eine Anorexie-Patientin bei Motilitätsstörungen des Magen-Darmtraktes symptomatisch nach den üblichen Standards medikamentös behandelt wird.

4.2. Die Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

In einem der vorangegangenen Kapitel zu Forschung und Veröffentlichungen von Feiereis wurden bereits die thematischen Schwerpunkte der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie aufgezeigt. Im Folgenden möchte ich untersuchen, welche Patienten während der Zeit, in der Feiereis an der Klinik tätig ist, behandelt wurden. An erster Stelle sollen die Patienten mit den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn genannt werden. In den Forschungsberichten von 1974 wurde von Enteritis regionalis Crohn oder Enteritis regionalis granulomatosa anstelle der heutigen Bezeichnung der Krankheit „Morbus Crohn“ gesprochen. Auch wenn die gleiche Erkrankung gemeint ist, wird zur damaligen Zeit eine andere Nomenklatur verwendet. Aufgrund der schwerpunktmäßig behandelten chronisch entzündlichen Darmerkrankungen genießt Feiereis einen überregionalen Ruf. Daneben zählen Magersucht, Bulimie, Asthma bronchiale und organoneurotische Erkrankungen zu den Schwerpunkten der Klinik. Abgesehen von ambulanten Patienten, welche zur Untersuchung, Beratung oder Therapie in die Sprechstunde und Poliklinik kommen, ist das Bild auf der damaligen Station geprägt von akut kranken Patienten: Neben Anorexie-Patienten mit einem body mass index kleiner 13, was starkem Untergewicht entspricht, finden sich Patienten im akuten Schub von CED⁴¹, im Zustand nach kürzlich stattgehabter Operation oder nach längerer Zeit unbefriedigend verlaufener konservativer Therapie in stationärer Behandlung. Dies lässt sich durch die Tatsache erklären, dass die psychosomatische Station zu Zeiten Feiereis eine internistische ist und somit über Akutbetten verfügt. In der Gegenwart hingegen sind die in der Psychosomatik in Lübeck behandelten Patienten meist zu Fuß mobil und somit in der Lage, sich frei auf Station und dem Campus zu bewegen, und Patienten in vitalgefährdenden Erkrankungsstadien werden auf der Intensivstation versorgt. Die damalige Behandlung der an den genannten Krankheiten leidenden Patienten ist jedoch nicht auf das Haus 8, die Klinik für Psychosomatik, beschränkt. So liegen auch auf anderen Stationen, wie beispielsweise der damaligen Station 3 (Privatstation), aber auch fach-fremden

⁴¹ Abkürzung für chronisch entzündliche Darmerkrankung, wie z. B. Colitis Ulcerosa oder Morbus Crohn

Stationen wie z. B. Hals-Nasen-Ohren-Abteilungen, Patienten, welche von Feiereis und dessen Team psychosomatisch versorgt werden; die Behandlung ist zum einen internistisch, zum anderen psychotherapeutisch/psychosomatisch. Die Kurven der durch Feiereis psychosomatisch behandelten Patienten sind daran zu erkennen, dass an ihren Akten ein grüner Reiter befestigt ist. Kollegen aus fachfremden Bereichen bezeichneten dies scherzhaft als „die grüne Pest“, so ein Interviewpartner (Langner und Lawrenz 2013: 201).

Ich möchte mich in meiner Betrachtung zunächst genauer auf die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen konzentrieren. Anschließend werde ich die Erkrankung der Essstörungen untersuchen, da es sich dabei um die einzige Erkrankung handelt, die noch in der Gegenwart, schwerpunktmäßig an der „Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“ des ZIP Lübeck behandelt werden.

Auch wenn es sich bei den Erkrankungen Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn um zwei unterschiedliche Leiden handelt, möchte ich, nach einer kurzen Definition und im Kontext der internistisch psychosomatischen Behandlung durch Feiereis, eine einheitliche Darstellung insbesondere hinsichtlich der Diagnostik und Therapie in der Klinik für Psychosomatik durchführen. Auch Feiereis selbst widmete sich selbstverständlich spezifisch der jeweiligen Erkrankung, doch insbesondere das Therapie-Prinzip der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen untersucht er meist einheitlich. Die heutigen Lehrbücher betrachten die beiden Erkrankungen ebenfalls gemeinsam und in differentialdiagnostischem Kontext, da ihnen eine chronische Entzündung der Dickdarmschleimhaut gemeinsam ist.

Bei der Colitis ulcerosa handelt es sich um eine meist in Schüben verlaufende Entzündung der Dickdarmschleimhaut, die sich vom Rektum ausgehend kontinuierlich nach proximal ausdehnt (Reimer et al. 2007: 404). Morbus Crohn (Enteritis regionalis, Ileitis terminalis) hingegen wird als eine unspezifische, granulomatöse, entzündliche Erkrankung v. a. im Bereich der letzten Illeumschlinge definiert. Diese Krankheit kann sich diskontinuierlich auf den gesamten Verdauungstrakt, also auch Magen, Speiseröhre und Mundhöhle ausdehnen (Reimer et al. 2007: 406).

Colitis Ulcerosa ist von Beginn an in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie das Hauptforschungsthema von Feiereis, womit er die Arbeit von Professor Curtius weiterführt:

Die Zusammenhänge bei der Manifestation der Krankheit oder der Auslösung eines Schubes führten dazu, daß Curtius 1933 zum ersten Mal bei einem schwerkranken Patienten mit einer Colitis ulcerosa, in Anbetracht der hoffnungslosen Heilerfolge und des seelischen Verhaltens nach mehrfacher gründlicher Exploration und entsprechender Aufklärung des Patienten mit der Tiefenentspannungsbehandlung begann (Feiereis 1992 (1): 3).

Auf eine für 1933 in Deutschland unüblichen Art und Weise und zwar mittels Hypnose und autogenem Training gelingt Curtius die „Heilung“ bzw. Linderung der Erkrankung eines Patienten (Feiereis 1992 (1): 4). In seiner ersten Veröffentlichung zur Colitis Ulcerosa schildert Curtius die bis dato schwierige Behandlung eines Colitis ulcerosa gravis Patienten. Die Sterblichkeit bei dieser Krankheit beträgt zur damaligen Zeit 50%.

Das Krankheitsbild zeigt zwar offenbar auch unter dem Einfluß der gewöhnlichen klinischen Behandlung deutliche Remissionen, jedoch gelingt es nicht, der Krankheit Herr zu werden, so daß der Patient als zeitlicher Invalide aus der Klinik entlassen werden soll. Durch die Entspannungsbehandlung kommt es in wenigen Wochen zu praktischer Heilung, worauf der Patient berufsfähig entlassen wird. Ein erster, mäßig starker, die Arbeitsfähigkeit jedoch kaum beeinträchtigender Rückfall steht in klarem zeitlichen Zusammenhang mit dem drohenden Entzug der Invalidenrente, so daß die Annahme sehr naheliegt, daß mehr oder weniger unbewußte Tendenzen des Patienten, die Krankheit länger zu konservieren, hier eine pathogenetische Rolle gespielt haben. Diese Vermutung wird bestärkt durch die überraschend schnelle und nachhaltige Reaktion auf die Entspannungstherapie. Im weiteren Verlauf tritt eine

völlige Konsolidierung ein; der Patient ist ununterbrochen arbeitsfähig,
Katamnese über 10 Jahre hinweg. (Feiereis 1992 (1): 4)

Dies mag nur eines der Beispiele für den Therapie-Erfolg sein, den Curtius mit seinen neuen Therapie-Verfahren erzielt. Aus heutiger Sicht lässt sich der Evidenzgrad dieser Studie oder vielmehr des Fallbeispiels nicht vollständig nachvollziehen. Dennoch führt Curtius eine neue Dimension in die Behandlung eines Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung ein. In einem Interview mit Focus MHL nennt Feiereis Curtius den ersten Arzt, der Patienten mit Colitis Ulcerosa neben somatischen auch mit psychotherapeutischen Verfahren behandelt (Feiereis o.J. (1): 5).⁴² In der Tat veröffentlicht Franz Alexander (1891-1964) erst 1950 den Katalog der Holy Seven, zu denen auch die Colitis Ulcerosa zählt. Curtius Therapieerfolge haben zur Folge, dass zunehmend Colitis Ulcerosa- (und später Morbus Crohn-) Kranke in die Klinik überwiesen werden, welche ihre medikamentöse Therapie erweitern und ergänzen wollen. Die Aufzeichnungen zu Patienten mit Colitis Ulcerosa in Lübeck reichen zurück bis 1948. Im Zeitraum von 1948 bis 1991 werden 2200 an Colitis Ulcerosa erkrankte Patienten behandelt. Im Zeitraum von 1962 bis 1992 werden 858 Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn behandelt, wobei die Zeiträume den in den vorliegenden Statistiken entsprechen. Feiereis Aufzeichnungen dokumentieren genau, woher die Patienten kommen, wann der Erkrankungsbeginn war und in welchem Alter die Patienten sind, sowie welcher Teil des Gastrointestinal-Traktes befallen ist, welche Komplikationen auftreten und welche Antikörper in der Dickdarmschleimhaut nachgewiesen werden können. So kommen von den 858 Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn 19% aus Lübeck, 81%, also 697 Patienten, kommen von außerhalb. Hiervon wiederum 50% aus Schleswig-Holstein und 31% aus anderen Bundesländern. Ähnlich sieht es bei den Colitis Ulcerosa Patienten aus: 28% der von 1948 bis 1992 behandelten Patienten stammen aus Lübeck und 72% von außerhalb. Diese Verhältnisse stehen eindrucklich für den überregionalen Ruf, den die Klinik für Psychosomatik in Bezug auf die Behandlung der Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen genießt.

⁴² Schreibmaschinenverfasstes Dokument aus dem Nachlass Feiereis, mit dem Titel „Das Interview“, Focus MHL, Zeitpunkt unbekannt.

Feiereis Aussagen bezüglich der Ursache der Erkrankungen sind jedoch widersprüchlich. Betont er an einer Stelle die ungeklärte Ätiologie des Krankheitsbildes (Feiereis 1984 (2): 407) und dementiert spezifische Persönlichkeitsstrukturen oder spezifische Konflikte, die den Patienten mit Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn kennzeichnen, (Feiereis 1993: 91) so diskutiert er an anderer Stelle den „pluriradikulären Entstehungsgrund“ von psychosomatischen Krankheiten sowie psychopathologische Merkmale als Krankheitsursache oder Krankheitsauslöser. Die Annahme, dass sich Feiereis Meinung während der Jahre verändert und sich an den damals aktuellen Wissenschaftsstand annähert, liegt zwar nahe, jedoch findet sich in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1993 noch immer keine gerade Linie: Auf der einen Seite diskutiert er prämorbidie Persönlichkeitsstrukturen und zählt Ergebnisse von psycho-biographischen und testpsychologischen Untersuchungen zu prämorbidem Strukturen bei Morbus Crohn Patienten auf. Hierzu werden standardisierte testpsychologische Verfahren wie Becks-Depressions-Inventar (BDI), State-Trait Angstinventar (STAI-G X2), Psychischer und Sozialkommunikativer Befund (PSKB) sowie Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (LEZU) durchgeführt, die zu Ergebnissen wie „vordergründige Selbstsicherheit bei pseudounabhängigem Verhalten, oder „die passive und abhängigkeitsbetonte Grundhaltung“ der Colitis Ulcerosa-Patienten führen (Feiereis et al. 1995: 10).

Häufig finden sich Abhängigkeits- und Trennungskonflikte sowie schwere Kränkungen mit Selbstwertkrisen, d. h. die Manifestation oder ein Schub der Krankheit zeigt bei einer überzufälligen Anzahl der Patienten eine enge zeitliche Verbindung zu konflikthaft erlebter Abhängigkeit und Trennung von einer nahen Bezugsperson (Feiereis 1984 (2): 408).

Auf der anderen Seite dementiert er bereits Gesagtes und gibt an, dass nach dem gegenwärtigen Forschungsstand weder eine spezifische Persönlichkeitsstruktur noch ein spezifischer Konflikt die Patienten kennzeichnet (Feiereis 1993: 91). Es wird daher nicht deutlich, welche Position Feiereis bezüglich der Ätiologie psychosomatischer Krankheiten und im Speziellen der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bezieht.

Unabhängig davon zählen seine Untersuchungen jedoch zur historischen Entwicklung der Erforschung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Die bereits oben erwähnten psycho-biographischen und testpsychologischen Untersuchungen zählen in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie zur ergänzenden Diagnostik. Daneben werden übliche internistische und radiologische Maßnahmen, wie Laboruntersuchungen, Endoskopien oder Röntgenaufnahmen durchgeführt. An dieser Stelle sei daher betont, dass der Internist Feiereis nicht nur psychotherapeutische Diagnostik durchführte, sondern auch standardisierte internistische Diagnostik. So veröffentlicht Feiereis 1983 in seiner Zeitschrift „internistische praxis“, erschienen im Hans Marseille Verlag, gemeinsam mit Prof. Dr. med. Michael Otte, Klinik für Innere Medizin der MHL, einen rein somatischen Artikel mit endoskopischen Befunden bei Morbus Crohn (Feiereis und Otte 1983: 66). Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Artikels, also 1983, wird die Medizinische Hochschule Lübeck durch Prof. Dr. P. C. Scriba als Direktor geleitet, der ein Jahr später wiederum gemeinsam mit Otte in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift die Hypothese aufstellt, bei Morbus Crohn handle es sich um eine Autoimmunerkrankung (Scriba et al. 1984). Die Problematik, die sich innerhalb der Medizinischen Klinik der MHL durch die verschiedenen Ansätze der Professoren abzeichnete - Autoimmunerkrankung vs. Psychopathologikum - ist einleuchtend und kann die oben genannte Widersprüchlichkeit der Aussagen Feiereis durchaus erklären. An keiner Stelle legt sich Feiereis jedoch fest oder beansprucht die Psychotherapie als essentiellen Therapieteil der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, vielmehr warnt er vor einem einseitigen psychotherapeutischen Vorgehen und bezeichnet die praktizierte Psychosomatik lediglich als Erweiterung und Ergänzung der medikamentösen und chirurgischen Therapie.

Feiereis Haltung zu krankheitsreaktiven Psychopathologien, d.h. psychischen Krankheitsbildern, die sich als Folge der chronisch entzündlichen Darmerkrankung ergeben, unterscheidet sich hiervon jedoch erheblich: Etwa nennt er Depressivität als sekundäres und reaktiv psychisches Symptom, welche definitiv einer psychotherapeutischen Behandlung bedarf. Beruhend auf diese Erkenntnis kristallisiert sich die Besonderheit der internistischen Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen heraus. Neben den üblichen somatischen

Therapieverfahren stehen die psychosomatischen Therapien zur Verfügung und ergeben gemeinsam die kombinierte psychosomatische internistische Therapieform. Feiereis definiert als Entspannungs- und Psychotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen folgende psychotherapeutische Verfahren: Ein supportives, d.h. Zuwendung und Geborgenheit vermittelndes Empathie-gespräch, mit dem Ziel, eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, dazu konfliktzentrierte Initialbehandlung, autogenes Training und Tiefenentspannung. Weiter gehören krankengymnastische Einzel- und Gruppenbehandlung mit Atemübungen und abdomineller Physiotherapie, z. B. behutsamen Vibrations- und Bindegewebsmassagen, sowie konzentrierte Bewegungstherapie zu dem Verfahren. Zusätzlich wird stützende Gesprächspsychotherapie angewandt, verbunden mit verhaltenstherapeutischen Anteilen und postoperativer Psychotherapie, bei der die lange Zeit bestehende Diarrhoe und die Verarbeitung des passageren oder definitiven Anus praeter, sowie die zusätzliche depressive Verstimmung infolge des Bewusstseins der unvorhersehbaren Gefährdung durch ein Rezidiv verarbeitet werden soll. Außerdem werden im stabilisierten Zustand tiefenpsychologische Therapieformen (Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie) sowie Musiktherapie und Intervall-Psychotherapie, aufgrund der chronisch rezidivierenden Verläufe, durchgeführt. Zu den erwähnten üblichen somatischen Therapieverfahren zählen medikamentöse, diätetische und chirurgische Verfahren. Ein Patient im akuten Schub seiner Morbus Crohn Erkrankung erhält beispielsweise Prednisolon per os und zusätzlich Sulfasalazin (SASP) oder 5-ASA verabreicht. Diätetisch soll im Rahmen eines akuten Schubes eine Ruhigstellung des Darmes über mindestens 14 Tage erfolgen, bis ein halbes Jahr nach einem akuten Schub ballaststoffarme Kost und im Intervall Normalkost aufgenommen werden kann. Es darf unter keinen Umständen der Eindruck entstehen, somatische Behandlung habe in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie nicht stattgefunden. Ganz im Gegenteil: es sind detaillierte somatischen Behandlungsstrategien bei Hämoglobinabfall mit Bluttransfusionen oder chirurgische Interventionen in Zusammenarbeit mit den chirurgischen Kollegen bei beispielsweise neuauftretenden Abszessen oder Perforationen sowie absoluten Operationsindikationen festgelegt.

Ergänzend zu der im entsprechenden Kapitel bereits aufgezeigten Forschung unter Feiereis dokumentiert er, neben der exakten Bestandsaufnahme der Schweregrade (aufgeteilt in Schweregrad I, II und III) und den Verlaufsformen akut – chronisch-rezidivierend – chronisch-kontinuierlich, auch Befall Orte des Darmes und die Altersgruppen und Geschlechter bei Krankheitsbeginn. Somit liegen heute detaillierte Statistiken und Graphiken der untersuchten Patienten vor. Mit Hilfe der oben genannten diagnostischen Test-Verfahren werden daneben psychische Befunde der Patienten, prämorbid Struktur, reaktive psychische Befunde sowie Krankheits- und schubauslösende Faktoren erfasst. Weiter untersucht Feiereis auch die psychosozialen Folgen der Krankheit. Auch hier ist sein Ziel, die bereits vorliegenden Studien der somatischen Kollegen über Langzeitverlauf und Prognose der Krankheit, mit deren Hauptaugenmerk auf Letalität, Karzinomrisiko, Operationsrate und Rezidiv Quote, durch Erforschung der Auswirkungen der Erkrankung auf Partnerschaft, Familie, Sexualität, Beruf und Freizeit-Aktivitäten zu ergänzen.

So wird in einer kontrollierten Studie beispielsweise der Zusammenhang zwischen körperlicher Krankheitssymptomatik, Persönlichkeitsstruktur und psychosozialer Beeinträchtigung untersucht (Probst et al. 1990: 94). Häufige Arbeitsfehlzeiten, sozialer Rückzug, Partnerschafts- und Sexualitätskonflikte sind nur einige der beschriebenen Ergebnisse. Hervorzuheben ist auch ein weiteres Ergebnis von Feiereis: ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis wirkt sich positiv auf die Adaption an das Leben mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung aus. Eine Multizentrische Studie, die auf die Frage abzielt, ob sich körperliche oder psychosoziale Parameter durch die Psychotherapie bei den Morbus Crohn-Patienten verändern, wurde bereits im Kapitel 2 behandelt. Hier wird eine Tendenz in Richtung günstigerer Verläufe bei Patienten mit zusätzlicher Psychotherapie festgestellt und weiter die Annahme ausgesprochen, dass für die Gesamtgruppe der Crohn-Patienten Psychotherapie nicht unbedingt notwendig, für Untergruppen aber sehr wirksam und indiziert sei. Dies wird beim Vergleich von vierzehn Psychotherapie-Studien durch Jörn von Wietersheim 2006 bestätigt.⁴³

⁴³ (...) Psychotherapy cannot, in general, be recommended for all patients with chronic IBD. Patients, however, that display a tendency toward psychologic problems, especially as it pertains to their illness, might profit from it.

(Wietersheim und Kessler 2006: 1175) 2007 wird von Hans-Christian Deter et al. in einer weiteren Untersuchung, bezeichnet als the German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn`s Disease, auf die von Feiereis 1995 veröffentlichte multizentrische Studie Bezug genommen und im Ergebnis a significant drop in healthcare utilization after psychological treatment und somit a clear benefit of this additional therapy festgestellt (Deter et al. 2007: 746). Die Diskussionen um den Gewinn einer begleitenden Psychotherapie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen scheint jedoch bis heute nicht beendet: So wird beispielsweise 2013 in einer amerikanischen Studie bestätigt, dass depressive Symptome das Risiko für eine Morbus Crohn Erkrankung erhöhen (Ananthakrishnan et al. 2013).

4.3. Die Behandlung der Essstörungen

Neben den chronisch entzündlichen Darmkrankheiten Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa sind die Essstörungen, Magersucht und Bulimie, ein weiterer Schwerpunkt in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck. Die Essstörungen nehmen insofern eine besondere Rolle ein, da sie auch heute noch in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie unter der Leitung von Herrn Prof. Hohagen therapiert werden.

Nach dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) werden „Anorexia nervosa“ und „Bulimie“ als „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ klassifiziert und folgendermaßen definiert:

Anorexia nervosa ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; (...) Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (DIMDI 2014: 1).

Bulimia nervosa [ist ein] Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes

Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen (DIMI 2014: 1).

Von 1975 bis 1987 werden in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck 575 Patienten mit Magersucht und Bulimie behandelt (Feiereis 1989 (1): 22) Davon sind 80% in stationärer und 20% in ambulanter Behandlung. 5% der Patienten können nicht eindeutig der Definition von Bulimie oder Magersucht zugeordnet werden, somit ergeben sich 339 Magersucht- und 208 Bulimie-Patienten. 44% der Bulimie-Kranken sind 5-6 Wochen, 25% für 7-8 Wochen in der Klinik untergebracht. Von den Magersüchtigen sind 27% 7-8 Wochen und 24% 5-6 Wochen in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie stationär in Behandlung (Feiereis 1989 (1): 280). Bei 53% der Magersüchtigen wird eine „leichte Besserung“, bei 30% eine „wesentliche Besserung“ festgestellt (Feiereis 1989 (1): 284).⁴⁴ Bei den Bulimie-Kranken hingegen wird bei 62% eine leichte Besserung und bei 24% eine wesentliche Besserung festgestellt. Von den in der Klinik behandelten Patienten sind 73% der Magersüchtigen und 80% der Bulimie Kranken zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns 11-20 Jahre alt.

Besonders hervorzuheben sind die in der Diagnostik detailliert dargestellten somatischen Befunde Feiereis, was impliziert, dass für ihn Psyche und Soma gleichbedeutend sind. Neben genauester Darstellung psychopathologischen Verhaltens und der Psychodynamik finden sich in seinen Befunden daher endokrinologische Blutbefunde, Stoffwechselfälligkeiten und weitere körperliche Besonderheiten und somatische Differentialdiagnosen. 1989 veröffentlicht Feiereis die Monographie „Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie“ aus Daten der in den vorherigen zehn Jahren untersuchten und behandelten Patienten und den diagnostischen und therapeutischen Ergebnissen. Weiter werden unter seiner Direktion Studien über die Pathogenese und

⁴⁴ Leichte Besserung: Rückgang der Symptome, begonnene Auseinandersetzung mit der zugrundeliegenden Psychodynamik, begonnene Änderung des Verhaltens; Gewichtsanstieg bei Magersüchtigen und Gewichtsabnahme bei übergewichtigen Bulimiekranken. Wesentliche Besserung: Abgeklungene Symptomatik. Essverhalten ohne innere Konflikte ebenso anhaltend verändert wie die Einstellung zum Essen und zur Krankheit. Psychische Ausgeglichenheit und Stabilität (Feiereis 1989 (1): 284).

Psychodynamik der Magersucht bei Frauen und die Unterschiede gegenüber der Pubertätsmagersucht durchgeführt, sowie eine Studie zur seltenen Anorexie beim Mann. In einem aus den USA übernommenen Fragebogen werden außerdem die schweren sozialen Auswirkungen der beiden Krankheiten erfasst und mit einer parallelisierten Kontrollgruppe verglichen und zur Katamnesestudie vorbereitet. Auch die Veränderungen des Selbst-Bildes und des Idealselbst-Bildes zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung wurde untersucht und mit Einschätzungen der Therapeuten verglichen. 1990/1991 wird zusammen mit einer großen Zahl anderer tiefenpsychologisch orientierter Kliniken und Universitäten unter der Leitung der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart eine multizentrische Psychotherapiestudie vorbereitet, bei der sich die Hauptfrage auf die geeignete und erforderliche Dauer der stationären Therapie für die verschiedenen Patientengruppen bezieht.⁴⁵ Neben dem bereits geschilderten Behandlungskonzept der Klinik im Allgemeinen wird die Therapie der essgestörten Patienten um Psychotherapie ergänzt.

Schlüsselstellung der Psychotherapie nimmt die Analyse der Psychodynamik des bulimischen Prozesses und der ihm zugrundeliegenden Konflikte ein. Eine ebenso große Bedeutung haben verhaltenstherapeutische Konzepte und die Mobilisierung psychosozialer Hilfestellungen, um drohende Krisen der beruflichen oder schulischen Entwicklung abzuwenden oder bereits eingetretene Einbußen zu beseitigen (Feiereis 1990: 308).

Feiereis Prinzip der individuell angepassten Kombination von Therapien verspricht eine internistische und tiefenpsychologisch fundierte Individualtherapie mit katathymen Bilderleben in Verbindung mit der Paartherapie eines Subsystems, z. B. Mutter-Tochter bei Magersucht, oder Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie bei Magersucht und Bulimie etc.⁴⁶ Gerade für die

⁴⁵ S. 9. Forschungsbericht Focus MUL „Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität zu Lübeck (01.01.1991-31.12.1992).

⁴⁶ So wird zu allererst im Zuge des diagnostisch-therapeutischen Gespräches zwischen Arzt und Patient das Ziel auf das individuelle Zustandekommen einer kontrollierten Kooperation gesetzt: ein Therapieziel über das

Essgestörten, mit ihren pathognomonischen Körperbildstörungen, gelten die oben beschriebenen, körperbezogenen Psychotherapien als wichtiger Bestandteil. Die Patienten finden über den unmittelbaren Umgang mit dem Körper einen schnelleren Einstieg in die Therapie als ausschließlich über das Wort. Von enormer Wichtigkeit bei essgestörten Patienten sind ferner Ernährung und Diät. Mit Hilfe einer Diätassistentin und dem Ziel, 1-2kg/Woche an Gewicht zuzunehmen, wird angestrebt, in den ersten zwei Wochen eine tägliche Nahrungszufuhr von 1500kcal und später 2000-3500kcal zu erreichen. Sollten die ersten 8-10 Tage („Probebehandlung“) nicht für eine Gewöhnung an die Umstellung der Ernährungsweise ausreichen und keine Gewichtszunahme stattfinden, beginnt die zusätzliche Zufuhr von hochkalorischen Drinks (z. B. Fresubin 500ml, 500kcal). Falls auch der zweite Schritt erfolglos bleibt, wird die Sonden Ernährung angewendet. Eine intravenöse Ernährung bleibt nur für lebensgefährdete oder psychotische Patienten indiziert. Unüblich hingegen ist der Einsatz psychopharmakologischer Therapie, ausgenommen starke Depressionen mit Suizidgefahr, ausgeprägte Unruhe in den Anfangsstadien oder Entzugssymptomatika. Diese sind seltener Anlass für eine Therapie mit dem trizyklischen Antidepressivum Amitriptylin oder dem Neuroleptikum Thioridazin. Vitaminmangelercheinungen oder symptomatische Therapie von Motilitätsstörungen des Magen-Darmtraktes hingegen werden nach den üblichen Standards medikamentös behandelt.

Gewicht wurde formuliert und sollte etwa 90% des Idealgewichtes betragen, wobei die Patientin bis zur Entlassung 85% des Idealgewichtes erreicht haben sollte. Eine Dauer der stationären oder der ambulanten Behandlung wurde zu diesem Zeitpunkt noch nicht festgelegt, wohl aber, dass wöchentlich Bilanz über Fortschritt, Stillstand oder Rückschritt in der Therapie sowie eventuell nötige Therapiemodifikation gezogen werden würde.

4.4. Der weitere Werdegang der Klinik seit dem Ausscheiden Feiereis

Feiereis Ausscheiden im Jahr 1992 aus der Klinik für Psychosomatik wird mit zahlreichen organisatorischen Veränderungen innerhalb des Faches an der Lübecker Universität in Verbindung gesetzt. Doch es zeichnet sich bereits wenige Jahre zuvor eine Neugestaltung innerhalb der Medizinischen Klinik I, zu der die Psychosomatik initial zählte, ab. Rückblickend auf die Historie der Medizinischen Klinik I wird im Focus MUL 03/04 geschrieben:

Anfang der neunziger Jahre [kündigte sich] ein schwieriger Strukturwandel an. Die Fakultät hatte bereits Jahre zuvor beschlossen, nach Emeritierung der Klinikdirektoren der Klinik für Psychosomatik, der Klinik für Kardiologie und der Klinik für Geriatrie und Angiologie, diese Kliniken einschließlich eines Bereiches der Klinik für Innere Medizin zu einer zweiten Medizinischen Klinik zusammen zu fassen.

Der Weg der Klinik für Psychosomatik war demnach bereits noch während Feiereis Amtszeit vorherbestimmt. Ein Beschluss der Strukturkommission „Innere Medizin“ aus einer Sitzung am 31.10.1988 hat folgenden Wortlaut⁴⁷:

Es ist vorgesehen, entsprechend den in seiner Stellungnahme zum weiteren Ausbau der Hochschulklinika in Schleswig-Holstein gegebenen Empfehlungen des Wissenschaftsrates vom 13.11.1987, langfristig aus allen Betten der Klinik für Innere Medizin einen Pool zu bilden. Diese werden zwei gleich großen, jeweils von einem C4-Professor (Direktor) geleiteten bettenführenden Kliniken zugeordnet. Dabei hat das Zentrum Innere Medizin dafür zu sorgen, daß für die Patienten der Inneren Medizin, die den verschiedenen Kliniken bzw. Abteilungen zuzuordnen sind, ein bedarfsgerechtes Bettenpotential zur Verfügung steht.

⁴⁷ Die Kommission besteht aus dem Dekan, Prof. U. Löhrs, und den Professoren Kömpf, Laqua, Schildberg, Schütz, Scriba, Ch. Weiss und H.-D. Weiss. S. Protokoll über die 6. Sitzung der Wahlperiode des Konvents der medizinischen Fakultät im Wintersemester 1991/92 am 16. Dezember 1991 als erweiterter Konvent im Hörsaal 1 / Turmgebäude der MUL.

Bei anstehenden Berufungen auf Abteilungsleiter-Stellen ist anzustreben, jeweils eine C4-Professur einzuwerben. Die Besetzung von Abteilungsleiter-Stellen soll durch Bewerber aus Institutionen außerhalb der MUL erfolgen.

Die direkte Konsequenz für die Klinik für Psychosomatik ist demzufolge, dass, sobald Prof. Feiereis emeritiert ist, sein Amt als Klinikdirektor nicht nachbesetzt, sondern die Klinik als eine Abteilung einer zentralisierten Medizinischen Klinik II unterstellt wird. Aus dem im Februar 1991 gebilligten Ausschreibungstext für die Nachfolgeprofessur Feiereis wird genau dies deutlich. Weiter soll die Stelle des Leiters von der Besoldungsgruppe C4 in C3 herabdotiert werden, worauf im Folgenden näher Bezug genommen wird.

Infolgedessen entfachen zahlreiche Diskussionen innerhalb und außerhalb der Universität, die bis hin zur Landesregierung des Bundeslandes Schleswig-Holstein reichen. Gegenstand sind organisatorische und klinikpolitische Themen: Einerseits die Frage nach dem Namen, den die zukünftige Abteilung führen sollte, andererseits die Ausschreibung und Art der Nachfolgeprofessur.

Die von der Universität geplante Ausschreibung für das Fach mit der Bezeichnung „Psychosomatik“ und nicht „Psychosomatik und Psychotherapie“ führt ebenfalls zu Unverständnis. 1970 bereits wurde durch die Bundesregierung in der ärztlichen Approbationsordnung das Fach „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ in den Fächerkatalog der medizinischen Ausbildung aufgenommen und in Lübeck am 30.11.1978 vom Konsistorium beschlossen. Die Satzung trat am 01.10.1979 in Kraft⁴⁸, wobei die Klinik bereits 1974 den Namen „Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“ trug. 1991 beschreibt Prof. S. O. Hoffmann, Sprecher der Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland, in seinem Brief an den Rektor der MUL, Prof. Henkel, die Diskussion zwischen den Fachbereichen Psychosomatik und Psychiatrie, die beide die „Psychotherapie“ als

⁴⁸ s. Protokoll über die 6. Sitzung der Wahlperiode des Konvents der medizinischen Fakultät im Wintersemester 1991/1992 am 16. Dezember 1991 als erweiterter Konvent im Hörsaal 1 / Turmgebäude der MUL, TOP 11: „Klinik für Psychosomatik in Bad Bramstedt – Kooperationsvertrag“

eigene Therapieform für sich festlegen wollen (Hoffmann 1991: 1). Insofern sei in seinen Augen eine Ausschreibung für die Besetzung der Stelle das Fach „Psychosomatik“, allein und ohne den Zusatz der Methode „Psychotherapie“, ein Schritt in die Richtung der „Verarmung des psychosomatischen Fachgebietes“ und entspreche nicht dem Inhalt des Faches und seiner Methode.

Ein zweiter Kritikpunkt ist die Ausschreibung einer C3-Stelle als Nachfolge von Feiereis. Zum Zeitpunkt der Planung der Nachfolge sind, laut Feiereis, an nahezu allen Kliniken und Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie die Leitungen mit C4-Stellen besetzt. So sei auch an der Nachbaruniversität Kiel, ebenso wie bei den letzten fünf Ausschreibungen für Psychosomatik und Psychotherapie in der Bundesrepublik, die Stellen als C4-Positionen dotiert (Feiereis 1991: 1). Als Reaktion darauf wird in der ersten Jahreshälfte von 1991 das Angebot einer Stiftungsprofessur von Herrn Franz-Josef Schön aus Prien, Träger einer geplanten Psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt, von den Vorständen der Universität begrüßt: Der zukünftige C4-Stelleninhaber soll Chefarzt der Psychosomatischen Klinik in Bad Bramstedt und zugleich Professor an der Medizinischen Universität zu Lübeck werden. Trotz der damit einhergehenden Erhaltung des Status einer Klinik der Universität (mit leitendem Oberarzt in C3-Stelle), anstatt einer Abteilung innerhalb der Universität mit der üblichen B3/W3/C2-Leitung, wird jedoch auch diese Idee von vielen Seiten angefochten, da eine Schwächung der institutionalisierten Hochschul-Psychosomatik bei Einrichtung einer Stiftungsprofessur befürchtet wird (Hohagen 2013: 16, Hoffmann 1991: 1). Daneben ist die Klinik in Bad Bramstedt als verhaltenstherapeutisch orientierte Klinik geplant, womit dessen Konzepten die 1991 psychodynamisch orientierte Klinik in Lübeck sich weder therapeutisch noch in der Lehre vereinbaren lässt. Die Tatsache, dass es sich um eine psychosomatische Rehabilitationsklinik handeln sollte, schloss außerdem die Fortführung des Klientel aus der der ehemaligen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der MUL aus. Die Idee einer Stiftungsprofessur als Lösung des Problems wird daher nicht weiterverfolgt.

Mit Blick auf die Schwierigkeiten der Namensgebung der Abteilung und auf die Konsequenzen der Besoldung steht die ehemalige Klinik kurz vor der Emeritierung Feiereis zusammenfassend vor einem großen Scherbenhaufen. Die zentrale

Befürchtung sowohl Feiereis als auch der Kollegen⁴⁹ der Region und ebenso der Mitglieder der Konferenz der leitenden Fachvertreter für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Universitäten der Bundesrepublik Deutschland ist, dass eine Herabstufung des Faches Psychosomatik erfolgt. Dies ist bedingt durch die Stellung als Abteilung und damit durch den Verlust an Selbstständigkeit in der Krankenversorgung, der Lehre und Forschung und der Ausstattung. In der Folge werde die Klinik mit ihrer internistischen Ausrichtung als Abteilung nach außen hin ihre Autonomie und nach innen ihre Einheit als Therapeutenteam verlieren. Dies bedeutet weiter, dass viele der Patienten, sowie Lehre und die Forschung, nicht in dem bisherigen Maß behandelt und weitergeführt werden können.

Doch welche konkreten Vorschläge hatte Feiereis dem entgegen zu setzen? Er äußert sich Ende März 1991 in einem Brief an den Rektor Henkel mit Wünschen bezüglich der weiteren Entwicklungen in der Klinik. Im Vordergrund steht die Beibehaltung einer internistischen Psychosomatik in der Zukunft. Als Nachfolger schlägt er den langjährigen Oberarzt Herr G. Jantschek als leitenden Oberarzt vor, um so die Fortführung der langjährigen Behandlung von Patienten mit Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa zu gewährleisten. Aus dem gleichem Brief geht hervor, dass Feiereis eine Verlängerung seiner kommissarischen Leitung über den 30.09.1991 hinaus beantragt. Fast zwei Jahre lang besteht eine Berufungskommission zur weiteren Planung der Psychosomatik an der MUL, sodass am 12.06.1992 die Ausschreibungstexte der C3-Professuren für „Psychosomatik MUL“ und „Psychosomatik Bad Bramstedt“ mit einer Bewerbungsfrist bis zum 25. Juli 1992 im Ärzteblatt erscheint. Die Stifter springen letzten Endes ab, doch eine weitere Veränderung der Umstände lenkt die

⁴⁹ Auch Kollegen setzten sich für ein Fortbestehen der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in der psychosomatischen Tradition von Professor Feiereis nach seiner Emeritierung ein. So schrieb, im Namen der Lübecker Nervenärzte, Dr. Manfred Eisenmann an den Dekan der medizinischen Fakultät der medizinischen Universität zu Lübeck, Herrn Prof. Dr. W. Kühnel, um sich für die Erhaltung der Klinik einzusetzen.

Auch Herr Prof. Speidel von der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel wandte sich in Briefen im Mai 1991 an die Ministerin für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Schleswig-Holstein, Frau Marianne Tidick, als auch an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Medizinischen Universität Lübeck Herr Prof. Dr. med. W Kühnel. Auch Herr Prof. Dr. Kömpf, Direktor der Klinik für Neurologie, setzte sich ebenfalls mit einem Brief an den Dekan Prof. Dr. Kühnel ein.

Entwicklung in eine andere Richtung. Am 1. Oktober 1992, rund 13 Jahre nach der Satzung, welche die vorherige Abteilung als eine eigenständige Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie ausgezeichnet hatte, trat eine weitere Satzung zur Änderung der Satzung für das Klinikum der medizinischen Hochschule Lübeck in Kraft.⁵⁰ Das Klinikum wurde neu gegliedert: anstatt des Zentrums Innere Medizin entsteht das Zentrum Konservative Medizin I, welches aus folgenden Abteilungen besteht: 1. Medizinische Klinik und Poliklinik I, 2. Medizinische Klinik II, 3. Klinik für Angiologie und Geriatrie, 4. Klinik für Kardiologie und 5. Poliklinik für Rheumatologie. Die ehemalige Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie wird als Abteilung in die Medizinische Klinik II integriert, wie auf der Abbildung 10, einem Schild vor der ehemaligen Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, zu erkennen ist.



Abbildung 10 Schild mit dem Titel „Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie (Innere Medizin)“ vor dem Seiteneingang des Haus 8, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass

⁵⁰ Am 04.08.1988 übergab die Landesregierung Schleswig-Holstein der Öffentlichkeit ein Gutachten zur Krankenhausplanung in Schleswig-Holstein, erstellt von der Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen in Kiel. Das Gutachten, welche als Empfehlung ausgeschrieben war, löste im gesamten Bundesland Schleswig-Holstein durch den Vorschlag von Bettenzahlreduzierungen und Klinikschließungen viele Reaktionen aus. Auch die Medizinische Universitätsklinik Lübeck war von den Folgen des Gutachtens betroffen und Reaktionen folgten. So wird aus einem Zeitungsartikel aus dem November 1989, in den Kieler Nachrichten, beispielsweise deutlich, dass der ehemalige Rektor Prof. Peter C. Scriba aufgrund der Differenzen um die geplanten Bettenzahlen zurückgetreten sei.

Jantschek leitet ab April 1992 als leitender Oberarzt die Abteilung für Psychosomatik und bemüht sich um den Erhalt der langjährigen Traditionen.⁵¹ 1996/1997 werden die Gebiete Psychosomatik, Kardiologie, Geriatrie und Angiologie wiederum mit der Pneumologie/Infektiologie und Intensivmedizin zur Medizinischen Klinik II, unter der Leitung von Prof. Dr. Katus, zusammengefasst. Laut ehemaligen Assistenzärzten findet in diesem Zeitraum eine Umorientierung in der Psychosomatik an der Universität Lübeck statt. Die Forschungsbereiche der entzündlichen Darmerkrankungen weichen dem neuen Schwerpunkt der Forschung von kardiologischen Erkrankungen (Langner und Lawrenz 2013: 238). Ab 2002 besteht die II. Medizinische Klinik aus den Disziplinen Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin und Internistische Psychosomatik unter der Leitung von Prof. Dr. Schunkert als kommissarischer Direktor (2002-2012). Die Erforschung und Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen nahmen immer mehr ab und wurden durch kardiologische Studien abgelöst. Eine der letzten Veröffentlichungen fand 2006 von S. Kunzendorf zusammen mit G. Jantschek statt: „The Luebeck Interview for Psychosocial Screening in Patients with Inflammatory Bowel Disease“. Der sogenannte LIPS-IBD wurde zur besseren Untersuchung der an CED erkrankten Patienten im Kontext ihrer psychosozialen Faktoren entworfen.⁵² Jantschek verstirbt im August 2010, post mortem wird ihm von der Universität der Titel einer außerplanmäßigen Professur verliehen. Somit endet eine der letzten Verbindungen zu den ehemaligen Forschungsschwerpunkten von Feiereis und die tragende Rolle von Jantschek, diese zu erhalten, weiterzuführen und weiterzuentwickeln. Der Bettenplan des Landes Schleswig-Holstein für 2007 sieht etwa 24 eigenständige psychosomatische Betten an der Medizinischen Universität Lübeck vor (Langner und Lawrenz 2013: 270). Dies kann auf zwei Arten realisiert werden: Die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie wird aus der Inneren Medizin

⁵¹ So fand unter seiner Leitung im Mai 1992 das Patienten-Ärzte-Forum zu den CED: Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa statt, um die vierzigjährige Tradition deren Behandlung an der Universität zu Lübeck zu zelebrieren.

⁵² Anlehnend an den LIPS, der für Patienten mit Myokardinfarkten oder Koronarerkrankungen, entwickelt worden war.

ausgegliedert, oder alternativ erfüllt eine eigenständige Klinik oder ein neuer Träger in einem anderen Haus den Bettenbedarfsplan und die ehemalige Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie führt die vorhandenen Betten als internistische Betten weiter. Die Klinik wird daher erneut ausgegliedert und eine Professur ausgeschrieben (Hohagen 2013: 212). Doch beim Betrachten der gesamtdeutschen Trends zeigt sich, dass im universitären Bereich die Lehrstühle für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mehrfach nicht nachbesetzt werden. In Lübeck leitet Prof. Dr. Fritz Hohagen seit 2008 die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie kommissarisch. Der 1954 in Mannheim geborene Professor besitzt neben dem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (1990) den Facharzt für psychotherapeutische Medizin (1997). Er wird 1998 an den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Lübeck berufen und ist seit 1999 Ordinarius und Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck. Seit 2011 ist die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck eine der fünf Kliniken, die das Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH, eine Tochtergesellschaft des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, bilden (Hohagen 2013: 33).⁵³ Die Therapieform der Klinik hat den zeitströmungsorientierten Wandel und die Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes miterlebt. Somit wird heute in erster Linie kognitiv verhaltenstherapeutisch behandelt (Hohagen 2013: 273). Auf der Website der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Zentrums für Integrative Psychiatrie erfährt man von den heutigen Behandlungsschwerpunkten, bei denen es sich neben der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen, um die Behandlung von Patienten mit Essstörungen handelt. Neben 27 stationären Behandlungsplätzen, bei welchen sich die Patienten weiterhin im „Haus 8“

⁵³ Das ZIP gGmbH mit den beiden Standorten Kiel und Lübeck besteht in Kiel aus den Kliniken „Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“ sowie der „Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“. In Lübeck besteht die ZIP gGmbH aus der „Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“. 2004 bzw. 2011 werden die Kliniken aus dem Universitäts-Klinikum Schleswig-Holstein ausgegliedert. Prof. Dr. med. Jens Scholz ist Vorsitzender der Geschäftsführung und Prof. Dr. med. Fritz Hohagen ist medizinischer Geschäftsführer. (s. <http://www.zip-kiel.de/Organisation+.html>) Die „Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“ ist budgetär vom Management der „Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie“ unabhängig und mit eigenen Betten im Bettenplan Schleswig-Holstein ausgeschrieben.

befinden und nach kognitiv- verhaltenstherapeutischem Konzept behandelt werden, stehen 15 weitere ambulante Behandlungsplätze in der Tagesklinik für Psychosomatik und Psychiatrie für an Depressionen leidende Patienten zur Verfügung.

Mag einem die Geschichte der Entwicklung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie nach dem Ausscheiden von Feiereis als schicksalhaft erscheinen, so sieht man sich bei weitreichenderen Recherchen über Schleswig-Holstein hinaus jedoch damit konfrontiert, dass es auch an anderen Standorten in ähnlichen Formen zu einem Stillstand der Entwicklung oder einem Rückgang der psychosomatischen Abteilungen kam. Mit einem kurzen Blick auf eine andere Universität in Deutschland möchte ich betonen, dass das Schicksal der Auflösung einer Institution viele psychosomatische Abteilungen Deutschlands betraf. So beschrieb Prof. Christian Deter 2003 die Entwicklungen im damaligen Universitätsklinikum Steglitz, heute Campus Benjamin Franklin Charité in Berlin (Vgl. Deter et al. 2003). 1997 müssen dort die 12 psychosomatischen Betten aufgegeben werden, mit der Begründung, dass eine ambulante Behandlung für die psychosomatischen Patienten ausreichend sei. Dem Wunsch der Abteilungsmitarbeiter, die Klinik weiterhin psychosomatisch zu versorgen, kam der Klinikumsvorstand mit der Möglichkeit entgegen, frei stehende Betten in anderen Abteilungen der Klinik mit eigenen Patienten zu belegen. So entstand auf allen Stationen des Hauses eine integrierte Psychosomatik, die bei den meisten Patienten die Möglichkeit zur Übernahme gestattete und große Erfolge einbrachte.⁵⁴

⁵⁴ So entstand aus einer ehemaligen Psychosomatik-Abteilung eine „integrierte Psychosomatik“. Deter beschrieb beispielsweise, dass die genannte Übernahme der psychosomatischen Patienten „im Regelfall auf der gleichen Station [erfolgte], d.h. der Patient blieb in seinem Bett, wurde aber in der klinikeigenen EDV-Patientendokumentation (SAP) als psychosomatische Patient neu verschlüsselt.“

5. Reflexion über die Psychosomatik Feiereis im Kontext der Gegenwart

Diese Arbeit rekonstruiert zum einen die Entwicklung der Psychosomatik in Lübeck im Kontext einer breiteren Sichtweise auf die Patienten und andererseits seine erfolgreiche Weiterentwicklung durch das „Triebwerk“ Hubert Feiereis. Die Psychosomatik in Lübeck zu Zeiten Feiereis kann man aus heutiger Sicht als eine Blütezeit beschreiben (Jantschek und Wilke 2013: 200) und die Lübecker Klinik kann als ein Beispiel der deutschlandweiten Entwicklung der Psychosomatik herangezogen werden. Doch die Umstrukturierungen des Faches sind nicht abgeschlossen und die Weichen für weitere Umstrukturierungen sind bereits gestellt. So wurde die Psychosomatik in die Grundversorgung aufgenommen, so dass jeder Allgemeinarzt auch psychosomatisch diagnostiziert und behandelt. Auch in anderen Fächern ist Psychosomatik mittlerweile fester Bestandteil der Facharztausbildung, wie z. B. in Gynäkologie oder Orthopädie.

Wirft man einen genaueren Blick auf die unterschiedlichen Entwicklungen der Psychosomatik an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Deutschlands, fällt eine Besonderheit und Einmaligkeit innerhalb der medizinischen Fachdisziplinen auf: die Entstehung, Weiterentwicklung und Institutionalisierung der Psychosomatik war anfangs ein allein auf den deutschen Sprachraum zentralisierter Sonderweg. In der Gegenwart existieren im Gegensatz dazu weltweit jedoch mittlerweile zahlreiche Gesellschaften. Es finden internationale Kongresse statt, geleitet von dem japanischen Präsidenten des International College of Psychosomatic Medicine, Chiharu Kubo.

Doch wie kam es überhaupt zu dieser deutschen Entwicklung? Hier nahm die Politik der Nachkriegszeit Einfluss, ebenso wie die gesamtgesellschaftliche Situation. Die Bevölkerung sollte mit wenigen Krankheitstagen schnellstmöglich in die Arbeitswelt zurückgeführt werden. Ein Gesundheitssystem, welches Psychotherapie in den Katalog der Kassenleistungen der gesetzlichen Versicherung aufnahm, lieferte die Grundlage, diesen Zweig der Medizin auszubauen. Durch diese Struktur blieb die Psychosomatik vorerst dem deutschsprachigen Kulturraum vorbehalten.

Basierend auf Feiereis' Verständnis der Psychosomatik, soll im Folgenden eine Brücke zur Gegenwart geschlagen und die Aktualität seiner Forderungen überprüft werden.

Für Feiereis gab es vier Hauptaufgaben der Psychosomatik: 1. Die Erforschung psychischer, psychopathophysiologischer, psychopathomorphologischer und psychosozialer Anteile und deren Wechselwirkungen bei Entstehung und Verlauf einer Krankheit, 2. die Erforschung des Umgangs des Kranken mit seiner Krankheit (Coping), 3. die Erforschung des Verhaltens im Verlaufe der Krankheit (Compliance) und 4. die Anwendung und Entwicklung von patientenzentrierten Behandlungsmethoden (Feiereis Zeitpunkt unbek.: 1). Zusammenfassend lässt sich folglich sagen, dass er den Patienten mit seiner Erkrankung, seinen Umgang mit dieser und seine individuelle Behandlung in das Zentrum stellte. Wie Feiereis diese patientenzentrierten Behandlungsmethoden verstand, wurde im entsprechenden Kapitel bereits dargestellt. Doch worin genau unterschied sich sein Behandlungskonzept von dem seiner ärztlichen Kollegen?

Feiereis definierte eine umfassendere Medizin: eine Medizin für den individuellen Menschen, bei der das Augenmerk auf der Psyche und dem Sozialen sowie dem Körper lag. Er forderte von seinen ärztlichen Kollegen, wie in seiner Literatur nachzulesen, jedes körperliche Leiden in einen biopsychosozialen Kontext zu stellen. Es überrascht daher nicht, dass in Lübeck die psychosomatische Behandlung von Patienten auch auf fach-fremden Stationen wie z. B. auf Hals-Nasen-Ohren-Abteilungen erfolgte und die Visiten sich über das gesamte Gelände des Universitätscampus erstreckten (Jantschek und Wilke 2013: 53). Die praktizierte Psychosomatik Feiereis fand demzufolge fächerübergreifend statt und stellte keine Spezialdisziplin innerhalb eines der Häuser auf dem Campus der Medizinischen Hochschule und der späteren Universität Lübecks dar. Sie folgte vielmehr dem Verständnis: jede Krankheit beeinflusst die Psyche sowie das Soziale und umgekehrt.

Psychosomatik bedeutete für Feiereis folglich nicht Fachdisziplin, sondern eine Herangehensweise der Gesamtmedizin. So richtete sich ein gemeinsam mit Reinhard Saller 1995 veröffentlichtes Werk mit dem Titel „Erweiterte Schulmedizin Band 2: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie „Ein Lesebuch für alle Fachgebiete“ an jedes Fachgebiet der Medizin. Im Gegensatz zu Feiereis

universalen Blick auf die gesamte Person „Patient“, präsentierte sich in seinen Augen die übrige Medizin oftmals als eine rein auf körperliche Aspekte fixierte Wissenschaft. Obgleich dies in vielen Bereichen der somatischen Medizin absolut essentiell ist und war, sah Feiereis auf eine solche Medizin kritisch herab. Wo also befand sich in Feiereis Augen die Schnittstelle zwischen der Psychosomatik und der Medizin?

Die ehemalige Familientherapeutin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Frau Dr. Ingrid Jantschek betonte, dass für sie der Dialog zwischen Psychosomatik und Medizin an der Stelle ansetze, wo die soziale Komponente einbezogen werde (Jantschek und Wilke 2013: 146). Psychosomatik als bio-psycho-sozialer Gegenstand wird anhand eines Beispiels der Familientherapie beschrieben: Ein Familienmitglied befindet sich in einer problematischen Familienstruktur und ist demnach einer psychosozialen Belastung ausgesetzt. Ausgehend von Feiereis Überzeugung, nämlich dem unausweichlichen Einfluss der Psyche auf das Soma, stellt diese Familienstruktur nun einen möglichen begünstigenden Faktor in der Entstehung, dem Ausbruch und dem Verlauf einer Erkrankung dar. Anlehnend an dieses Verständnis erscheint mir die Familientherapie damit als ein plausibler Grundstein innerhalb des psychosomatischen Konzeptes, sofern man davon ausgeht, dass die Familientherapie anstoßen kann, problematische Beziehungen durch Psychotherapie in wohlwollende und sich gegenseitig unterstützende Beziehungen umzuformen und damit letztlich der Verlauf einer Erkrankung positiv zu beeinflussen.

Feiereis Forderung, die Psychosomatik in den Gesamtkontext der Medizin zu stellen, umfasste jedoch nicht nur die Einbeziehung der sozialen Komponente. Für ihn war die Entstehung einer fruchtbaren Patienten-Arzt-Beziehung, über seine gesamte Schaffensperiode hinweg, zentrale Thematik seiner Forschung sowie Mittel und Ziel seines ärztlichen Tuns. Grundlage, Ausgangspunkt und gleichzeitiges Werkzeug des Beziehungsaufbaus zwischen Arzt und Patient war somit das Wort. Da dies bereits im Kapitel zu Feiereis klinischer Praxis behandelt wurde, möchte ich an dieser Stelle darüber hinaus auf den hohen Stellenwert des Dialoges zwischen Arzt und Patient in Feiereis Augen hinweisen. Seine beinahe leidenschaftlichen Ausführungen über die Bedeutung des Gesprächs, die im

Kapitel 3.2 zitiert wurden und dem Werk „3 heiße Eisen“ von Feiereis und Saller entnommen sind, zeigen, welche verantwortungsvolle Rolle der Arzt in seinen Augen trägt, der durch einen fehlerhaften verbalen Umgang mit dem Kranken schaden, umgekehrt jedoch durch differenzierte Empathie sowie der positiven Wirkung verbaler Interventionen heilsam sein kann (Feiereis 1989 (2): 49).

Doch wo lagen Feiereis` Grenzen der Arzt-Patienten-Beziehung? Rückblickend auf die Lebensgeschichte Feiereis fällt auf, dass er, selbst unverheiratet und kinderlos, seine privaten Kontakte häufig auf Kollegen der Klinik beschränkte. Es lässt sich folglich die These aufstellen, dass Feiereis die Klinik als den Mittelpunkt seines Lebens ansah. Benötigte er genauso wie seine Patienten die enge Patienten-Arzt-Beziehung? Feiereis schien ein zurückgezogener Mensch gewesen zu sein, jedoch kein einsamer. Er lebte über Jahre hinweg in einem Zimmer auf dem Campus und nutzte private Rücklagen für die Finanzierung von Therapeuten. Dies legt Rückschlüsse auf eine außerordentlich enge Bindung an die Klinik, die Angestellten und in letzter Instanz an die Patienten nahe. Doch war diese Nähe Voraussetzung oder das Resultat seiner Arbeit? Zumindest können seine Forderungen an den Arzt, den Blick in seiner Behandlung auf den gesamten Menschen auszuweiten und zu schärfen, daraus resultiert sein. Und diese Forderung erscheint auch in der Gegenwart aktuell zu sein, auch wenn ein heutiger Arzt in einem Krankenhaus jedoch mit anderen Dingen konfrontiert ist, wie z. B. aufwendiger Bürokratie, Datenschutz oder hohem Zeitdruck. Im Folgenden möchte ich daher eine prinzipielle Interessenverschiebung in unserem Gesundheitssystem thematisieren.

Hat sich Feiereis vor 50 Jahren noch echauffiert, dass ärztliche Kollegen anderer Fachdisziplinen beispielsweise im Anamnesegegespräch nicht nach dem sozialen Hintergrund des Patienten fragen, so ist heute zu beobachten, dass manche Krankenhausdirektionen so sehr unter dem wirtschaftlichen Druck stehen, dass für sie das Interesse an dem einzelnen Patienten in den Hintergrund getreten ist. Das Krankenhaus, als wirtschaftliches Unternehmen, ist auf den Profit angewiesen und ist folglich primär eher am Gewinn als am Wohlergehen oder der Genesung des Patienten interessiert. Betrachtet man die Entwicklung des Gesundheitswesens und sucht nach aktuellen Stimmen, hört man beispielsweise Herrn Dr. Bernd Hontschik, der 2012 von einer Gesundheitsindustrie sprach, die den Platz des

Gesundheitswesens in Deutschland eingenommen habe. Ärzte und Pfleger werden zu Leistungsanbietern, Krankenhäuser treten in Konkurrenz zueinander und die Patienten werden zu Kunden (Hontschik 2012: 9). Die Behandlung des Patienten wird schließlich zu einem Verwaltungsakt. Doch nicht nur die Behandlung des Patienten, auch die Bedürftigkeit des Kranken muss in einen Verwaltungsakt überführt und in ein Paket umgesetzt werden, das man einklagen und mit einer Geldsumme bestimmen kann. Das Elend eines Kranken wird Bestandteil eines bürokratischen Aktes, dabei hofft dieser Mensch in seiner Angewiesenheit auf die notwendige Beziehung zu einem Helfer (Maio 2012: 111). Diese Hoffnung geht durch die einseitige Fokussierung auf den Rechtscharakter der Patienten-Arzt-Beziehung verloren. So nimmt der Patient, als das letzte Glied einer Kette, eine bedauernswerte Rolle ein. Der Leistungsanbieter Arzt, aber auch die Tätigkeiten der anderen Heilberufe, werden nach dem Diktat der Ökonomie, das an jedem Krankenhaus herrscht, in ein strenges Zeitkorsett gezwängt – denn Zeit ist Geld (Maio 2012: 38).

So wird jedoch auch der Arzt selbst zum Opfer. Versteht der Arzt auch das Gespräch, die Kontaktzeit zum Patienten, die für die Durchführung der anschließenden Behandlung notwendig ist, als zentrale Therapie, so fokussiert hingegen die kaufmännische Abteilung eines Krankenhauses den Ausbau der handwerklich-technischen Tätigkeiten, sowie der Durchführung der Codierungen, um abrechnen zu können. Sobald dem Arzt erfolgreich suggeriert wird, bei der Arzt-Patienten-Beziehung handle es sich mit all seinen Verwaltungsarbeiten um eine Vertragsbeziehung, besteht für den Arzt die große Gefahr, die moralische Komponente seines Berufes aus den Augen zu verlieren. Die Motivation zu helfen und etwas Gutes zu tun wird abgelöst von der reinen Erfüllung seiner Vertragspflicht (Maio 2012: 110).

Die als Ärzte tätigen Zeitzeugen der Interviews, die die Entwicklungen der Psychosomatik und der gesamten Medizin in Deutschland miterlebten, äußerten allesamt ihre Sorge, diese Entwicklung könne weiterschreiten. Vom Anspruch Feiereis nach einer patientenzentrierten Medizin geprägt, beurteilten sie diese Tendenz einer in erster Linie „geldorientierten Medizinwirtschaft“ als äußerst bedenklich. Überspitzt bezeichneten sie diese als eine Tendenz weg vom Menschen und hin zur Profitorientierung, die sich beispielsweise durch neuere

Abrechnungsmethoden und kürzere Liegezeiten äußerte (Langner und Lawrenz 2013: 408). Somit stellt sich eine Besorgnis ein, wohin sich dieses System, wie es 2018 existiert, weiterentwickelt, wenn sowohl Patient als auch Arzt zum Spielball wirtschaftlicher Interessen werden. Abschließend muss aufgrund dessen die Frage, ob Feiereis Forderungen in der Arzt-Patienten-Beziehung nach wie vor aktuell und notwendig sind, eindeutig mit „Ja“ beantwortet werden.

Dies bestätigen auch aktuelle Veröffentlichungen zum Thema Kommunikation im Gesundheitssystem. Michael Schmedt, stellvertretender Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, brachte es auf den Punkt: Medizin ist Kommunikation und das Arzt-Patienten-Verhältnis steht und fällt mit einer guten Kommunikation (Schmedt 2017: B47). Die Kommunikation im Gesundheitssystem ist ebenfalls aktuelles Forschungsthema von Prof. Dr. Annegret Hannawa, Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Lugano.

(...) die Kommunikation ist ein probates Mittel, um eine sichere und hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten und positive Behandlungsergebnisse zu fördern. Wenn die Kommunikation hingegen vernachlässigt oder nicht kompetent gehandhabt wird, beeinträchtigt sie die Sicherheit und die Qualität der Versorgung. In einem zwischenmenschlichen Kontext können simple Missverständnisse zu Konflikten führen (...) Im Gesundheitswesen kann dieselbe Art von Missverständnis jedoch gravierende gesundheitliche und sicherheitsrelevante Folgen für alle Beteiligten tragen (Hannawa 2017: 43).

Für Annegret Hannawa ist die erfolgreiche Kommunikation zwischen Patient und Arzt ein unentbehrliches Element einer sicheren und hochwertigen Gesundheitsversorgung. In ihrem kürzlich veröffentlichten Werk „Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation“, erschienen im De Gruyter Verlag, stellt sie unter anderem 39 Fälle vor, die unerwünschte Situationen beschreiben, bei denen durch fehlerhafte Kommunikation die Patientensicherheit gefährdet wurde (Hannawa 2017: Einleitung). In ähnlicher Weise stellte bereits Feiereis anhand von Fallbeispielen Kommunikationsfehler zwischen dem Arzt und dem Patienten dar. So erstellte er in seinem Werk „Der schmerzende Dialog oder

Vom heillosen Sprechen“, das er gemeinsam mit R. Saller herausgab, 150 kurze Beobachtungen, welche jeweils einen verschiedenen Patientenfall darstellten. Anhand dieser Beobachtungen überprüfte er Fehlkommunikation im Arzt-Patienten-Dialog. War Feiereis also etwa nicht nur Facharzt für Innere Medizin, Psychosomatiker und Ethiker, sondern auch Wissenschaftler innerhalb der Gesundheitskommunikation?

Bei genauerer Betrachtung finden sich jedoch auch Risse in der Fassade des Multitalentes Feiereis. Obwohl er die Erforschung der Wechselwirkungen, des Coping und der Compliance der Patienten neben der patientenzentrierten Medizin als Hauptaufgaben der Psychosomatik bezeichnete, mangelte es an Veröffentlichungen seiner Ergebnisse. Die Literatur, die Feiereis publizierte, beschäftigte sich mit den oben genannten wichtigen Bereichen der Medizin - der Ethik, der Gesundheitskommunikation etc. - jedoch vernachlässigte er dabei, so die Auffassung seiner ehemaligen Vorgesetzten, weiterführende Forschung im Bereich der Psychosomatik. Mahnungen des damaligen Vorgesetzten Scriba und die Stellungnahme des Wissenschaftsrates zum weiteren Ausbau der Hochschulklinika in Schleswig-Holstein von 1987 galten als explizite Warnschüsse und Forderungen nach Verbesserung der Forschungslage (Jantschek und Wilke 2013: 514). Gerade diese Hinweise verdeutlichen aus heutiger Sicht, dass die Praxis der Psychosomatik unter Feiereis nicht dem Schritt der Zeit standhalten konnte. Der Professor praktizierte stattdessen ohne fundierte wissenschaftliche Grundlage und einer allgemein gültigen Praxis, scheinbar mehr nach persönlicher Erfahrung und Intuition. Nichtsdestotrotz sind seine bereits oben genannten Theorien und vor allem sein Verständnis der Praxis unbestreitbar fortschrittlich und gelten daher auch heute hinsichtlich ethischer Fragestellungen und der Kommunikation zwischen Arzt und Patient als brandaktuell, ja richtungsweisend. Immer mehr Kliniken berücksichtigen derartige Erkenntnisse. Auch Herr Prof. Beutel sprach anlässlich der 50-Jahr-Feier der Psychosomatik an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz im Jahr 2015 zu diesem Thema:

Dass die wechselseitigen Beziehungen psychosozialer und körperlicher Vorgänge ausschlaggebend in ihrer Bedeutung für die Gesundheit und

Krankheit von Menschen sind, ist mittlerweile medizinisches Grundverständnis (Beutel 2015: 1).

Diesen Worten ist nichts hinzuzufügen. Doch wie sich im Folgenden darstellen lässt, ist diese Erkenntnis der gegenseitigen Beeinflussung von Psyche und Soma auf den Krankheitsverlauf nur ein Aspekt innerhalb der Disziplin Psychosomatik: Aus der ehemaligen Abteilung für Psychotherapie in Mainz, welche 1965 gegründet wurde, hat sich bis 2015 eine Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entwickelt, die sich nach Beutel in einigen Betätigungsfeldern enorm ausweitete (Beutel 2015). Beim Betrachten der Entwicklung der Psychosomatik in Gesamtdeutschland, sticht damit der Standort Mainz, genauso wie der in Heidelberg oder Lübeck, im Besonderen hervor. Doch abgesehen von diesen exemplarischen standortspezifischen Veränderungen, lassen sich neben einer ausgeprägten Verschiebung des Faches in den rehabilitativen Bereich, auch ein allgemeiner Rückgang der selbstständigen Kliniken für Psychosomatik zugunsten einer bis dato unvorstellbaren Unterordnung in Psychiatrien beobachten. Insgesamt wurde die Entwicklung der akademischen Psychosomatik in Deutschland von vielen Seiten beeinflusst. Die Gründe für die Verschiebung der Psychosomatik in den rehabilitativen Bereich und in die Psychiatrien wurden bereits in Kapitel 2.4 diskutiert, doch lassen sich noch weitere Anpassungen der Psychosomatik an die unterschiedlichen Zeitströmungen finden?

Ein retrospektiver Blick an die Universität Göttingen zeigt beispielsweise, dass dasselbe Fach an verschiedenen Standorten Deutschlands über lange Zeit hinweg unterschiedlich definiert und praktiziert wurde. In Göttingen baute Prof. Dr. H. Leuner (1919-1996) nach seiner Habilitation im Jahr 1959 den Bereich „Psychosomatik und Psychotherapie“ innerhalb der Psychiatrie auf, um dann ab 1975 die eigenständige „Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie“ zu leiten. Leuner kam im Gegensatz zu Feiereis aus der Psychoanalyse, nutzte zwischen 1964 und 1971 psychoaktive Substanzen zur imaginativen Psychotherapie. Von dieser vorübergehenden Herangehensweise an Psychosomatik nahm er jedoch wieder Abstand. Darüber hinaus begründete und verbreitete er die noch heute anerkannte und angewendete Psychotherapieform

des Katathymen Bilderlebens. Dies war ein grundlegend anderer Ansatz der Psychosomatik, die sich stark von Feiereis Zugang unterschied, aber dennoch exakt den gleichen Namen trug.

Hervorzuheben sind auf der anderen Seite jedoch auch die sich ständig weiterentwickelnden Forschungserkenntnisse. Dass etwa die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bis zu 50% auf genetische Mutationen zurückzuführen sind, wissen Forscher erst seit den 1990er Jahren (Rehmann-Sutter und Mahr 2013: 1). 1984 war Feiereis hingegen davon überzeugt, dass eine prämorbid Psychodynamik und Struktur des Patienten, neben psychisch belastenden Auslösern und Abhängigkeitskonflikten, den Krankheitsverlauf von Morbus Crohn beeinflussten (Feiereis 1984 (2): 407). Diese von Feiereis angenommenen psychodynamischen Auslöser der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen liegen nach heutigem Stand der Wissenschaft bei maximal 50%.

Gerade weil der Stand der Forschung zu Zeiten Feiereis noch nicht so weit fortgeschritten war, den Ausbruch dieser Erkrankung vollständig zu erklären, rückte die Forschung innerhalb der Psychosomatik zunehmend in den Fokus. So wies Bailey bereits 1999 die Effekte von sozialem Stress auf die Darmflora junger Affen nach (Bailey 1999: 146). Diese sehr allgemeine und bereits fast 20 Jahre alte Studie nennt das Kind beim Namen: Psychische Belastungsfaktoren, in diesem Fall sozialer Stress wie zum Beispiel die Trennung vom Muttertier, haben einen direkten negativen Effekt auf die Darmflora junger Affen. Eine aktuellere Studie von Prof. Dr. Gabriele Moser von 2005 sah einen noch spezifischeren Zusammenhang zwischen psychischem Stress und dem klinischen Verlauf chronisch entzündlicher Darmerkrankungen. Sie konnte die Beziehung zwischen subjektiv empfundenem chronischem (Alltags-) Stress und der Krankheitsaktivierung von Colitis Ulcerosa oder dem negativen Effekt einer depressiven Stimmung auf die Krankheitsaktivität des Morbus Crohn nachweisen (Moser 2005: 26).

Es wurde jedoch niemals eindeutig bewiesen, dass belastende Lebensereignisse, psychologischer Stress und psychische Störungen ursächlich für die Entstehung chronisch entzündlichen Darmerkrankungen sind. In der aktualisierten Leitlinie von 2011 zur Colitis Ulcerosa, worin die aktuellen, wissenschaftlich fundierten

Empfehlungen zur Behandlung verschiedenster Erkrankungen erörtert werden, herrscht über diese Erkenntnis ein starker Konsens (Dignass 2011: 1321).⁵⁵ Betont wird jedoch, dass auf der einen Seite psychische Störungen, wie zum Beispiel eine Depression, einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Patienten haben und auf der anderen Seite subjektive Stressbelastung einen ebenfalls negativen Einfluss auf den Verlauf der Colitis ulcerosa haben kann (Dignass 2011: 1321). Diese Statements münden in eine Empfehlung der Autoren: Bei der Behandlung von Patienten mit Colitis ulcerosa sollten Kooperationen mit Psychotherapeuten bzw. Psychosomatikern bestehen (Dignass 2011: 1322). Auch die Autoren der Leitlinie von 2014 zu Morbus Crohn stimmten darin überein (Preiß 2014: 78-79). Im Kontext dieser Empfehlungen gewinnt die Multi-Center-Studie von Feiereis eine ganz neue Bedeutung. Feiereis und Kollegen belegten bereits 1995, dass positive Psychotherapieeffekte besonders bei zur Psychotherapie motivierten Patienten bemerkbar waren (Feiereis 1995: 181). Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, welche Rolle spielt die Psychosomatik heute also?

Es sei in diesem Zusammenhang noch einmal erwähnt, dass 2012 66.000 Ärztinnen und Ärzte die Qualifikation der psychosomatischen Grundversorgung erworben haben. Daneben existieren nach der neuen Weiterbildungsordnung für Fachärzte für Allgemeinmedizin, sowie Gynäkologie und Geburtshilfe obligatorische Kurse in der psychosomatischen Grundkompetenz. Bergmann hält in einem Allgemeinkrankenhaus bei mindestens 10% der Patienten psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste für erforderlich (Bergmann 2002: 508). Er bezieht sich damit auf ein Gutachten des Sozialministeriums Baden-Württembergs. Dort ist zu lesen, dass man bei mindestens einem Drittel aller Krankenhauspatienten mit somatischen Beschwerden davon ausgehen könne, dass definierte psychische Störungen bestehen, welche häufig nicht erkannt oder gar adäquat behandelt werden. In der Folge würde weiter unnötig diagnostiziert und therapiert, was zu weiteren verlängerten Krankenhausaufenthalten führt.

⁵⁵ „Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“

Ist damit eine Forderung nach einem weiteren Ausbau der Psychosomatik sowohl in der medizinischen Grundversorgung als auch in den Krankenhäusern Deutschlands zu stellen? Eine patientenzentrierte Behandlungsweise ist bei genauerer Betrachtung auf Dauer kostengünstiger, als die oben beschriebene allein unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten gesteuerte Behandlungsweise. Ständig steigende Krankheitskosten, Mehrfachdiagnostik, häufige Krankenhausaufenthalte und Krankheitstage verursachen neben den monetären und immateriellen Belastungen der Patienten sowie seiner Angehörigen auch eine enorme Belastung der Sozialversicherungssysteme. Bei Patienten mit somatoformen Störungen entstehen im ambulanten Bereich im Mittel 14-fach höhere Kosten als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben. Stationären Kosten belaufen sich auf das Sechsfache. Patienten mit einer Somatisierungsstörung gehören zu den sogenannten »high utilizern« des Gesundheitsversorgungssystems (Sauer und Eich 2007: 50). Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet ist der gesamte Bereich von Psychosomatik und Psychotherapie heute in Deutschland, ob im stationär-universitären, im Reha- oder im ambulanten Bereich, bereits so ausgebaut und differenziert wie sonst in keinem anderen Land und laut Henningsen sind die diagnostischen, therapeutischen und wissenschaftlichen Standards besser denn je. Aufgrund der Häufigkeit und der wachsenden Auswirkungen auf die Teilhabe der psychosomatisch Erkrankten am Erwerbsleben sehen die offiziellen Vertreter der deutschen Psychosomatik die psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen jedoch als aktuelle Herausforderung der Gesellschaft an. Mit annähernd 40% im Jahr 2012 stellten psychische Störungen bei der Frühberentung die größte Diagnosegruppe da (Henningsen 2013: 2). Umgekehrt stellen seelische Erkrankungen aus arbeitsbezogener Ursache – wie etwa dem „Burnout“ - eine immer größere Bedeutung in unserer Gesellschaft dar. In der Gegenwart lässt sich Psychosomatik also nicht mehr wegdenken.

Rückblickend auf Hubert Feiereis Tätigkeit ist sein Stellenwert in der Lübecker und in der deutschen Psychosomatik eindeutig: auch wenn Feiereis aufgrund seiner bescheidenen Persönlichkeit seine Erkenntnisse und Erforschungen nicht laut genug mitteilte, war er einer der wichtigen Bahnbrecher der Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland (Dilling 2013: 258). Zusammenfassend lässt sich

sagen, Hubert Feiereis spielte eine wichtige, unvergleichbare Rolle in der Entfaltung eines Faches, einer Disziplin und eines Verständnisses innerhalb der Inneren Medizin in Lübeck und besaß einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Faches in Norddeutschland. Das Fach war jedoch deutschlandweit zu Feiereis Lebzeiten zu jung, um selbstbewusst Grenzen zu benachbarten Fächern festzulegen. Auch wenn das Verständnis des Professors von Psychosomatik heute so nicht mehr existiert, sollte jeder Arzt, unabhängig von Fach oder Methodenzugehörigkeit eine Medizin des Menschen betreiben. Es liegt letztendlich an uns Ärzten, wie wir den Patienten gegenüber treten und ob wir den Anspruch an uns stellen, eine Krankheit zu heilen oder einem erkrankten Menschen beim heilen zu unterstützen.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertationsarbeit untersucht basierend auf leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews mit Zeitzeugen nach der Methode der oral history, die medizinhistorische Entwicklung des Faches Psychosomatik an der Universität Lübeck. Dabei richtet sie den Fokus auf Herrn Prof. Dr. Hubert Feiereis, der von 1974 bis 1992 die ehemalige Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie als ärztlicher Direktor leitete und diesem Fach zu überregionaler Bedeutung verhalf. Feiereis Behandlungsmethode ist in erster Linie der holistischen Psychosomatik zuzuordnen, was sich nach einem Abriss seiner Lebensgeschichte und der Darstellung seiner klinischen Praxis anhand von Beispielen aus seiner Tätigkeit und seinen Publikationen nachweisen lässt. Nachdem Hubert Feiereis 1972 der Hausberufung folgte und fortan als Professor die Klinik leitete, etablierte sich eine psychosomatisch-internistische Behandlungsform. Trotz der anscheinend vorwiegend intuitiven als wissenschaftlich evaluierten Praxis, genoss die Klinik einen überregionalen Ruf. Professor Feiereis spezialisierte sich in dieser Zeit auf die Behandlung der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa sowie die Behandlung von Essstörungen.

Die notwendige Voraussetzung zur Heilung eines Kranken war laut Feiereis eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung und konnte seiner Meinung nach nur durch intensive Diagnostik und die Auseinandersetzung mit dem Patienten in Gesprächen gelingen. In seinen Publikationen verwies Feiereis immer wieder auf die oft zu wenig berücksichtigte hohe Bedeutung eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Schwerpunkt der klinischen Praxis an der Klinik bildete ein vielfältiges Angebot an Therapien, wie etwa den Gestaltungstherapien oder dem katathymen Bilderleben. Darüber hinaus spielte Feiereis eine tragende Rolle in der Entstehung der ärztlichen Psychotherapie-Ausbildung in Norddeutschland. Der Vergleich der Entwicklung der Lübecker Psychosomatik mit der Entwicklung an anderen Kliniken ist ein weiteres Anliegen der Dissertation. Darüber hinaus wird jedoch nicht nur Feiereis Sonderweg in Lübeck, sondern auch der Sonderweg der Psychosomatik Gesamtdeutschlands genauer betrachtet und schließlich Feiereis Thesen auf ihre Aktualität in der Gegenwart untersucht.

7.Literaturverzeichnis

- Ananthkrishnan, Ashwin, Khalili Hossein, Pan Anqiang, Higuchi Leslie M., de Silva Peter, Richter Johannes, Fuchs Charles S., 2013, *Association between depressive symptoms and incidence of Crohn´s disease and ulcerative colitis: results from the Nurses´Health Study*. In: *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(1): 57-62.
- Alexander, Franz Gabriel, 1962, *The Development of Psychosomatic Medicine, Psychosomatic Medicine*, *Journal of Biobehavioral Medicine*. In: 24/1: 13-24.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., Leitlinien, AMWF Online URL: <http://www.awmf.org/leitlinien.html>, letzter Zugriff: 08.03.18.
- Bailey, Michael T., 1999, *Maternal separation disrupts the integrity of the intestinal microflora in infant rhesus monkeys*. In: *Developmental Psychobiology*, 35/2: 146-155.
- Bauer, Joachim, Kächele, Horst, 2005, *Psychosomatische Medizin: Beziehungen zur Neurobiologie und Psychiatrie*. In: *Psychotherapie* 10/ 1: 1-7.
- Bergmann, Günther, 2002, *Zur Entwicklung der Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin in Deutschland*. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 152/1: 507-515.
- Betzendahl, Herta, 2002, *Rückblick auf 10 Jahre Fortbildung in der norddeutschen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie, Praxisbezogener Lernprozeß durch konsequente Gruppenarbeit*. In: *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 6/78: 1-8.

Beutel, Manfred E., *Universitätsmedizin feiert 50 Jahre Psychosomatik in Mainz, Kontinuierliche Schärfung des Forschungsprofils und wichtiges Bindeglied zu anderen klinischen Bereichen*, 22.06.2015, URL: <http://www.uni-mainz.de/presse/71151.php>, letzter Zugriff: 02.07.2015.

BPM (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.) Pressemeldung, *20 Jahre Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Meilenstein, Jubiläum und Ausblick, Berlin 2012*, URL: <https://www.bpm-ev.de/presse/pressemitteilungen/120-20-jahre-facharzt-fuer-psychosomatische-medizin-und-psychotherapie-in-deutschland-meilenstein-jubilaem-und-ausblick.html>, letzter Zugriff: 12.09.2014.

Curtius, Friedrich, *Individuum und Krankheit – Grundzüge einer Individualpathologie*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1959.

Deter, Hans-Christian, Keller, Wolfram, von Wietersheim, Jörn, Jantschek, Günther, Duchmann, Rainer, Zeitz, Martin, 2007, *Psychological Treatment may reduce the need for healthcare in patients with crohn´s disease*. In: *Inflammatory Bowel Diseases*, 13(6): 745-752.

Deter, Hans-Christian, 2002, *Psychotherapie und Psychosomatik – eine Einheit?* In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(2): 45-46.

Deter, Hans-Christian, Weber, Cora, Stehle, Sabine, Blum, Brigitta, Martiensen, Renate, Kallenbach, Bettina, 2003, *Von der angewandten Psychosomatik zur integrierten Medizin – Erfahrungen mit dem Steglitzer Belegbetten-Modell, Herrn Prof. Thure von Uexküll zum 95. Geburtstag gewidmet*, URL: <http://www.karl-koehle.de/archiv/uexkuell/gratulation/steglitz.pdf>, letzter Zugriff: 25.11.2015.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2014, *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-*

F59), DIMDI, ICD-10-GM Version 2014, URL:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f50-f59.htm>, letzter Zugriff: 31.01.2017.

Dignass, Axel, Preiß, Jan Christian, Aust, Daniela, Autschbach, Frank, Ballauff, Antje, Barretton, Gustavo, Bokemeyer, Bernd, Fichtner-Feigl, Sefan, Hagel, Stefan, Herrlinger, Klaus R., Jantschek, Günther, Kroesen, Anton, Kruis, Wolfgang, Kucharzik, Torsten, Langhorst, Jost, Reinshagen, Max, Rogler, Gerhard, Schleiermacher, Dietlind, Schmidt, Carsten, Schreiber, Stefan, Schulze, Herrmann, Stange, Eduard F., Zeitz, Martin, Hoffmann, Jörg C., Stallmach, Andreas, 2011, *Aktualisierte Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa 2011-Ergebnisse einer Evidenzbasierten Konsensuskonferenz*. In: Zeitschrift für Gastroenterologie, 49(9): 1276–1341.

Drees, Alfred, *Die Transmissionsfunktion der Psychosomatik in der Medizin*, Antrittsvorlesung 09.07.1980, Psychosomatische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Sonderdruck, Schlütersche, Hannover, 1980, S. 1-6.

Feiereis, Hubert, Interview geführt von Focus MHL, Lübeck, o.J. (1), Seite 1-9.

Feiereis, Hubert, *Klinik und Therapie der Colitis Ulcerosa*, Marseille Verlag, München, 1970.

Feiereis, Hubert, Otte, Michael, 1983, *Der endoskopische Befund bei Enteritis granulomatosa regionalis*. In: tägliche Praxis 24: 65-73.

Feiereis, Hubert, *Schwindel aus psychosomatischer Sicht*, in: Therapiewoche 34, Wochenzeitschrift für praktische Medizin, Sonderdruck, 1984 (1), S. 1-8.

Feiereis, Hubert, 1984, *Zur Psychotherapie des Morbus Crohn*. In: Langenbecks Archiv Chirurgie, 364(2): 407-411.

- Feiereis, Hubert, 1985, *Psychosomatisch orientierte Stufendiagnostik und Stufentherapie*. In: Schleswig-Holst. Ärzteblatt 82/10: 295-305.
- Feiereis, Hubert, *Die internistisch-psychosomatische Behandlung der Patienten mit Colitis ulcerosa und M. Crohn*, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie im Zentrum Innere Medizin der Medizinischen Universität zu Lübeck, Skript, o.J., (vermutlich entstanden nach 1985), o.J. (2), S. 1-10.
- Feiereis, Hubert, *Diagnostik und Therapie der Bulimie und Magersucht*, Marseille Verlag, München, 1989 (1).
- Feiereis, Hubert, *Sprechen und Schreiben im ärztlichen Alltag: Ein Beitrag zum Umgang mit der Wahrheit in der Inneren Medizin und Psychotherapie*, aus: Ethik im Alltag der Medizin, hrsg. von: D. v. Engelhardt, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1989 (2), S. 50-80.
- Feiereis, Hubert, 1990, *Morbus compositus: Diabetes mellitus und Bulimie, Möglichkeiten psychosomatischer Therapie*. In: Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 3/4: 306-316.
- Feiereis, Hubert, Iversen, Gerd, Kleiner Rückblick, *Förderliche Gespräche wirken wie ein Stimulans in: Gespräch im Dialog – und in der Gruppe: auch Selbst – Gespräch? 20 Jahre norddeutsche Psychotherapie-Tage in Lübeck: vom Meilenstein zum Mosaik... eine Zwischenbilanz*, hrsg. Feiereis, Hubert, Iversen Gerd, Lübeck, Hansisches Verlagskontor, 1991, S.5-10.
- Feiereis, Hubert, *Stellungnahme und persönliche Erklärung zur Nachfolge des Direktors der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie*, 11.02.1991, S. 1-7.
- Feiereis, Hubert, *Rückblick auf 40 Jahre kombinierte Behandlung chronischer entzündlicher Darmkrankheiten*, Festansprache, Lübeck, S. 1-10, 1992 (1).

Feiereis, Hubert, *Essstörungen im Bild, Psychodynamik und Konflikte in der assoziativen Maltherapie*, Vortrag am 30.04.1992 in Lindau, S. 1-8, 1992 (2).

Feiereis, Hubert, Saller, Reinhard, *3 heiße Eisen, Der schmerzende Dialog oder vom heillosen Sprechen - Plazebo-Therapie – Rehabilitation bei rheumatischen Leiden*, Marseille Verlag, München, 1992.

Feiereis, Hubert, 1993, *Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn, Psychische und psychosoziale Aspekte*. In: *Der informierte Arzt*, 2/93: 91-96.

Feiereis, Hubert, Saller, Reinhard, Geleitwort in: *Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht*, hrsg. von: Franz, Karljosef, Hansen, Karl-Justus, Marseille Verlag, München, 1993.

Feiereis, Hubert, Wirsching, Michael, Klör, Hans-Ulrich, Möhring, Peter, Rasenack, Jens, Pritsch, Maria, *Abschlussbericht: Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn – eine multizentrische Studie*, Lübeck, 1995.

Flick, Uwe, *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*, hrsg. von Burghard König, 5 Auflage, Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg, 2012.

Flick, Uwe, von Kardoff, Ernst, Steinke, Ines, *A Companion to Qualitative Research*, SAGE Publications Ltd, London, 2004.

Focus MHL, *Das Interview mit Professor Dr. med. Hubert Feiereis*, Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Lübeck, Interview geführt von Focus MHL, entstanden zwischen 1975 und 1985.

Focus MUL, 5. *Forschungsbericht*, „Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität zu Lübeck, 1.6.1982- 31.5.1984.

Focus MUL, 9. *Forschungsbericht*, „Zeitschrift für Wissenschaft, Forschung und Lehre an der Medizinischen Universität zu Lübeck, 01.01.1991-31.12.1992.

Freud, Sigmund, 1940, *Abriss der Psychoanalyse*, Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago, 25/1: 8-67.

Goddemeier, Christof, Mitscherlich, Alexander, 2008, *Diese extrem naturwissenschaftliche Konzeption der Medizin ist gescheitert, Vor 100 Jahren wurde der Arzt und Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich geboren*. In: Deutsches Ärzteblatt, 105/38: 1968-1970.

Grieve, Oliver, *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Lübeck feiert 100-jähriges Bestehen*, Presseinformation zum Symposium, 14.08.2012, S. 1-3.

Hannawa, Annegret, Jonitz, Günther, *Neue Wege für die Patientensicherheit: Sichere Kommunikation*, De Gruyter Verlag, Berlin, Boston, 2017.

Hauke, Reinhard, *Professor Konrad Feiereis verstorben*, URL: https://www.bistum-erfurt.de/presse_archiv/nachrichtenarchiv/detail/professor_konrad_feiereis_verstorben/, letzter Zugriff: 15.02.2018.

Henning, Norbert, *Korreferat zur Habilitationsschrift Dr. H. Feiereis: Langzeitkatamnesen und Verlaufsbeobachtungen bei 139 Kollitispatienten*, 11.11.1966, S. 1-4.

Henningsen, Peter, 2005, *Wo steht die Psychosomatik heute? – Ein Überblick*. In: Dr. med. Mabuse, 153/1: 29-32.

- Hermanns, Harry, *Narratives Interview*, in: Handbuch Qualitative Sozialforschung, Flick, Uwe, von Kardoff, Ernst, Keupp, Heiner, von Rosenstiel, Lutz, Wolff, Stephan, Psychologie Verlags Union, 2. Aufl., München, 1995, S. 182-186.
- Herzog, Wolfgang, Beutel, Manfred E., Kruse, Johannes, *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute*, Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland, Schattauer, Stuttgart, 2012.
- Hildebrandt, Helmut, Dornblüth, Otto, Pschyrembel, Willibald, *Pschyrembel*, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter, 275. Auflage, Berlin, New York, 1994.
- Hoffmann, Sven O., *Brief an Herrn Prof. Dr. Henkel*, Rektor der Medizinischen Universität Lübeck, 21.05.1991, 1991, S. 1-2.
- Hoffmann, Sven O., Schepank Heinz, Speidel Hubert, *Denkschrift '90 Zur Lage der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland*, Mainz, 1991.
- Hontschik, Bernd, *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens: Bausteine der Integrierten Medizin*, Stuttgart, Schattauer Verlag, 2012.
- Hontschik, Bernd, *Vorbemerkung des Herausgebers*, in: Geschäftsmodell Gesundheit, Wie der Markt die Heilkunst abschafft, Maio, Giovanni, Suhrkamp Verlag, Berlin, 2014.
- Janssen, Paul L., Franz, Matthias, Herzog, Thomas, *Psychotherapeutische Medizin und Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker*, Schattauer Verlag, New York, Stuttgart, 1999.

- Janssen, Paul L., Joraschky, Peter, Tress, Wolfgang, *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Orientiert an den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer*, Deutscher Ärzte Verlag, 2009.
- Janssen, Paul L., Menzel, Herbert, 2012, *Zwanzig Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland*. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 58/2012: 106-125.
- Jantschek, Günther, *Rückblick auf 40 Jahre kombinierte Behandlung chronischer entzündlicher Darmkrankheiten*, Festansprache, Lübeck, 1992.
- Linnen, Heidi, *Reformen ärztlicher Ausbildung, Eine Evaluationsstudie am Beispiel der Charité*, unv. Diss., Universität Berlin, Institut für Medizinische Psychologie, 2007.
- Lipowski, Zbigniew, 1984, *What Does the Word "Psychosomatic" Really Mean? A Historical and Semantic Inquiry*. In: The Official Journal of the American Psychosomatic Society, 46/2: 153-171.
- Maio, Giovanni, *Geschäftsmodell Gesundheit, Wie der Markt die Heilkunst abschafft*, Suhrkamp Verlag, Berlin, 2014.
- Mayring, Philipp, *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Flick, Uwe, Kardoff, Ernst von, Keupp, Rosenstiel, Lutz von, Wolff, Stephan, *Handbuch qualitative Forschung : Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*, München, Beltz - Psychologie Verl. Union, 1991, pp. 209-213.
- Mikocka-Walus, Antonina A., Turnbull Deborah A., Moulding Nicole T., Wilson Ian G., Andrews, Jane M., Holtmann, Gerald J., 2006, *Antidepressants and inflammatory bowel disease: a systematic review*, Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2/36: 1-9.

Moser, Gabriele, 2005, *Bedeutung von Stress und Depression bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen*. In: Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen, 3 (2): 26-30.

o. A., *Jansen bremst Abbau von Klinik-Betten*, Kieler Nachrichten, 1989, Seite 1.

Preiß, Jan Christian, Bokemeyer, Bernd, Buhr, Heinz-Johannes, Dignass, Axel, Häuser, Winfried, Hartmann, Franz, Herrlinger, Klaus R., Kaltz, Kienle, Peter, Kruis, Wolfgang, Kucharzik, Torsten, Langhorst, Jost, Schreiber, Stefan, Siegmund, Britta, Stallmach, Andreas, Stange, Eduard F., Stein, Jürgen, Hoffmann, Jörg C., *Aktualisierte S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des M. Crohn*, 2014, AMWF Online URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-004l_S3_Morbus_Crohn_Diagnostik_Therapie_2014-09.pdf, letzter Zugriff: 20.05.2016.

Probst, Beate, von Wietersheim, Jörn, Wilke, Eberhard, Feiereis, Hubert, 1990, *Soziale Integration bei M. Crohn und Colitis Ulcerosa: Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren*. In: Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 3/1: 258-275.

o. A., Protokoll über die 6. Sitzung der Wahlperiode des Konvents der medizinischen Fakultät im Wintersemester 1991/1992 am 16. Dezember 1991 als erweiterter Konvent im Hörsaal 1 / Turmgebäude der MUL, S. 1-9.

Rehmann-Sutter, Christian, Mahr, Dominik, *Das gelebte Genom und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen*, IMGWF Universität Lübeck, 2013.

Reimer, Christian, Eckert Jochen, Hautzinger, Martin, Wilke Eberhard, *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, 3. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2007.

- Reimer, Christian, *Wissenschaftlicher Lebenslauf*, URL:
http://www.psychotherapeutische-praxis-luisenstrasse.de/content/praxis_reimer_page/prof_dr_med_christian_reimer/wissenschaftlicher_lebenslauf/index_ger.html (Letzter Zugriff: 15.09.2014).
- Saller, Reinhard, Feiereis, Hubert, *Erweiterte Schulmedizin, Anwendung in Diagnostik und Therapie Band 2: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ein Lesebuch für alle Fachgebiete*, Hans Marseille Verlag GmbH, München, 1995.
- Sauer Nina, Eich, Wolfgang, 2007, *Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen*. In: Deutsches Ärzteblatt, 104(1-2): 45-53.
- Schaefer, Rainer, Hausteiner-Wiehle, Constanze, Häuser, Winfried, Ronel, Joram, Herrmann, Markus, Henningsen, Peter, 2012, *Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Klinische Leitlinie*. In: Deutsches Ärzteblatt, 109/47: 803-813.
- Schepank, Heinz, 1994, *Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht*. In: Der Psychotherapeut, 39(4): 220-229.
- Schmedt, Michael, 2017, *Videosprechstunde, Medizin ist Kommunikation*. In: Deutsches Ärzteblatt, 114(3): 47.
- Schuchart, Sabine, 2017, *Burrill B. Crohn blieb seiner Passion ein Leben lang treu*. In: Deutsches Ärzteblatt, 114(15): 52.
- Scriba, Peter C., Stöcker, Winfried, Otte, Michael, 1984, *Hypothesen: Zur Immunpathogenese des Morbus Crohn*. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 109(51/52): 1984-1986.
- Silverman, David, *Qualitative Research*, SAGE Publications Ltd, 3rd edition, London, 2011.

- Steinbach, Lothar, *Lebenslauf, Sozialisation und erinnerte Geschichte*, in:
 Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis: d. Praxis d. „Oral history“,
 Niethammer, Lutz, 1. Auflage, Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1985, S.
 393-435.
- Steinle, Sonja, *Kommunikation als zentrales Element in der Psychosomatischen
 Medizin: eine Analyse der Arbeitssituation von Ärzten und Psychologen*,
 unv. Diss., Universität Berlin, Institut für Arbeitsmedizin, 2011.
- Strätling, Meinolfus, Niggebrügge, Christian, Schmucker, Peter, 2004, *40 Jahre
 Universität zu Lübeck (1941-2004)*. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt
 57/04: 27-31.
- Strübing, Jörg, *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen
 Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer-Verlag, 3.
 Auflage, Wiesbaden, 2014.
- von Uexküll, Thure, 1973, *Probleme und Aufgaben der psychosomatischen
 Medizin in der Gegenwart, Am Rande der Praxis*, Medizinische Klinik 68/1:
 1386- 1419.
- von Weizsäcker, Viktor, *Arzt und Kranker*, Leipzig, Koehler & Amelang, 1941.
- von Wietersheim, Jörn, Kessler, Henrik, 2006, *Psychotherapy with Chronic
 Inflammatory Bowel Disease Patients: A Review*. In: Lippincott Williams &
 Wilkins´ Clinical Review, 12/12: 1175-1184.
- Wagner, Thomas, Fehm, Horst L., 2004, *Medizinische Klinik I*. In: Focus MUL,
 21(3/4): 253 - 256.

Wallace, Edwin R., Gach, John, *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation*, New York, Springer Science & Business Media, 2010.

Weiss, Edward, English, O. Spurgeon, *Psychosomatic Medicine: A Clinical Study of Psychophysiologic Reactions*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1941.

8. Anhang

8.1 Bibliographie Feiereis

1953

1. Feiereis, Hubert, Beurteilung und Behandlung vegetativer Störungen in der Praxis, München 1953.

1954

1. Feiereis, Hubert, Sehnert, H. E., Seltene Formen einer Paraproteinose, in: Klinische Wochenzeitschrift, 32. Jahrgang, 41/42 (1954), S. 998-1003.

1955

1. Feiereis, Hubert, Fokalsanierung und Entspannungsbehandlung bei der vegetativen Labilität, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 80 (1955), S. 716-718.
2. Feiereis, Hubert, Ergebnis von Fokalsanierung und Entspannungsbehandlung bei dem vegetativ-endokrinen Syndrom, Sonderdr. aus Verhandlungen der dt. Gesellschaft für Innere Medizin des 61. Kongresses (1955).

1956

1. Feiereis, Hubert, Die Rolle des autogenen Trainings bei der Krankheitsvorbeugung, in: Zeitschrift für prophylaktische Medizin Nr. 1, Otto Haase Verlag (1956).

1957

1. Feiereis, Hubert, Becher, J., Klinische und elektrokardiographische Katamnesen oliphtherischer Herzmuskelschäden, in: Medizin Klinik und Praxis 52, 62. Jahrg., S. 771-775 (1957).
2. Feiereis, Hubert, Zur Differentialdiagnose und Beurteilung des WPW-Syndroms, in: Innere Medizin (Herz-Kreislauf) Fortschr. der Med. 75. Jahrg. Nr. 23, (1957).

1958

1. Feiereis, Hubert, Beurteilung und Behandlung vegetativer Störungen in der Praxis, 2. Auflage, München 1958

1960

1. Feiereis, Hubert, Curtius, Friedrich, Zwillingsuntersuchungen über die Erbveranlagung zum vegetatio-endokrinen Syndrom der Frau (VES), Sonderdr. aus Zeitschrift für Kreislaufforschung (1960).
2. Feiereis, Hubert, H. Schibalski: Colitis Ulcerosa, in: Tägliche Praxis 531, S. 531-537, (1960).

1961

1. Feiereis, Hubert, Diätische Therapie der Fettleibigkeit, in: tägliche Praxis, S. 387-390 und in: internist. Praxis 1, S. 388-391, (1961).

1962

1. Feiereis, Hubert, Lebensentscheidende Veränderung der Aortenisthmusstenose, in: Pädiat. Praxis (1962), S. 21-24.
2. Feiereis, Hubert, Kamrowski, K., Rohmoser, H. G., Colitis Ulcerosa und Psyche, in: Archiv für Psychiatrie u. Zeitschrift für d. ges. Neurologie 202 (1962), S. 657-677.

1964

1. Feiereis, Hubert, Arthropathie bei Diabetes mellitus und Adie-Syndrom, in: tägliche Praxis 5 (1964), S. 175-187.
2. Feiereis, Hubert, Die akute benigne Perikarditis, in: tägliche Praxis 5 (1964), S. 349-363 und in: int. Praxis 4 (1964), S. 337-351.

1965

1. Feiereis, Hubert, Akutes Herzwandaneurysma und Ruptus bei Herzinfarkt, in: intern. Praxis 5 (1965), S. 31-38.
2. Feiereis, Hubert, Gürich, H.G, Spontane Aortenruptur bei Medianekrose, in: tägliche Praxis 6 (1965), S. 357-363.

1966

1. Feiereis, Hubert, Persönlichkeitsstrukturen bei Colitis Ulcerosa, in: intern. Praxis 6 (1966), S. 433-436.

2. Feiereis, Hubert, Gürich, H.G., Spontane Aortenruptur bei Medianekrose, in: chirurg. Praxis 10 (1966), S. 275-281.
3. Feiereis, Hubert, Diät in der Praxis Zusammensetzung der Nahrungsmittel, in: chirurg. Praxis 10 (1966), S. 463-366.
4. Feiereis, Hubert, Langzeitkatamnesen und Verlaufsbeobachtungen bei Kolitis Patienten, Vortrag Nordwestdeutsche Gesellschaft für Medizin, Lübeck.

1967

1. Feiereis, Hubert, Beobachtungen zu psychischen Strukturen bei Colitis Kranken, Sonderdr. aus Verhandlungen der dt. Gesellschaft für Innere Medizin des 73. Kongresses (1967).
2. Habilitationsschrift: Langzeitkatamnesen und Verlaufsbeobachtungen bei 139 Kolitispatienten, unv. Habil., Medizinische Akademie zu Lübeck, 1967.

1968

1. Feiereis, Hubert, Beobachtungen zur psychischen Struktur bei Colitis-Kranken, Verhandl. deutsch. Gesellschaft innere Medizin 73, 1968.

1969

1. Feiereis, Hubert, Kombinierte konservative Behandlung der Colitis Ulcerosa und ihrer Ergebnisse, in: Modern Gastroenterology (1969).
2. Feiereis, Hubert, Status asthmaticus, Herzinfarkt und akute thrombotische Gefäßverschlüsse, Sonderdr. aus Die Berliner Ärztekammer 6 (1969), S. 140-142.
3. Feiereis, Hubert, Klinische Symptome bei Herzfehlern und Erkrankungen, Sonderdr. aus Die Berliner Ärztekammer 6 (1969), S. 120-132.

1970

1. Feiereis, Hubert, Fröhner, B., Lück, Karsten, Vergleichende elektrokardiographische und pathologisch-anatomische Untersuchungen des chronischen Herzwandaneurysmas, Sonderdr. aus Verhandlungen der dt. Gesellschaft für innere Medizin (1970).
2. Feiereis, Hubert, Klinik und Therapie der Colitis Ulcerosa, Marseille Verlag, München, 1970.

3. Feiereis, Hubert, Feiereis, Hubert, B. Fröhner, Lück, Karsten: Zur Prognose des chronischen Herzwandaneurysmas, Kongr. Bericht, Nordwest Dt. Gesellschaft für innere Medizin (1970).
4. Feiereis, Hubert, Die Entspannungsbehandlung in der Inneren Medizin, in: Fortschr. Med. 88 (1970), S. 677-681.

1971

1. Feiereis, Hubert, Lück, Karsten, Das chronische Herzwandaneurysma nach Herzinfarkt, in: Herz und Kreislauf, 3. Jahrg, Nr. 3/71.
2. Hubert, Feiereis, Lück, Karsten, Postoperative Verlaufsbeobachtungen eines chronischen Herzwandaneurysmas nach Herzinfarkt, in: tägliche praxis 12, S. 359-364.
3. Feiereis, Hubert, Pathogenese und Klinik funktioneller und organischer Darmkrankheiten, in: Deutsches Medizin. Journal, 22. Jahrg, Heft 19, Berlin, 1971, S. 609-617.
4. Feiereis, Hubert, Ein Doppelgänger der Mitralstenose und des Vorhofseptumdefektes: Die isolierte Mykokarditis, Sonderdruck aus Verhandlungen der Gesellschaft für innere Medizin, 77. Band, 1971.

1973

1. Feiereis, Hubert, H.G. Gürich: Primär chronische idiopathische Myokarditis und ihre Differentialdiagnose, in: internist. Praxis 13 (1973), S. 17-46.
2. Feiereis, Hubert, Grenzbefunde im Elektrokardiogramm, Sonderdr. aus Der Kassenarzt 1 (1973).
3. Feiereis, Hubert, Franz, Karljosef, Schweier, P., Wolf, H.G., Arzneimittelwerbung und -information, München 1973.

1974

1. Feiereis, Hubert, Franz, Karljosef, Schweier, P., Wolf, H.G., Marseille, Hans, Arzneimittel Therapie - Kritik Offener Brief und Antwort, in: Intern. Praxis 14 (1974).
2. Feiereis, Hubert, D. Schröter: Die Längsschnittbeurteilung der Colitis Ulcerosa unter somatischen und psychischem Aspekt, in: Verhandlungen der dt. Gesellschaft für inn. Medizin 80 (1974), S. 557-560.

3. Feiereis, Hubert, Die Colitis Ulcerosa und ihr Verlauf im Röntgenbild, in: pädiat. Praxis 14 (1974), S. 235-254.
4. Feiereis, Hubert, Medikamentöse Psychotherapie, in: intern. Praxis 14 (1974).
5. Feiereis, Hubert, Die Längsschnittbeurteilung der Colitis Ulcerosa unter somatischem und psychischem Aspekt, Vortrag: 80. Tagung Deutsche Gesellschaft Innere Medizin, Wiesbaden, 25.04.1974

1975

1. Feiereis, Hubert, Djonlagie, H., Leukopenie und alkalische Leukozytenphosphatase im Echinau-Test bei Colitis Ulcerosa, in: Zeitschrift für Gastroenterologie 13 (1975).
2. Feiereis, Hubert, Klinik u. Prognose der Colitis Ulcerosa, Sonderdr. aus: Lebensversicherungsmedizin 27, Verlag Braun, Karlsruhe (1975).
3. Feiereis, Hubert, Diagnostik und Therapie psychosomatischer Erkrankungen, Ergebnisse der kombinierten Entspannungsbehandlung, in: internist. Praxis 15 (1975), S. 123-138 und in: tägliche Praxis 16 (1975), S. 123-138.
4. Feiereis, Hubert, Colitis Ulcerosa, in: Pharmakotherapie im Kindesalter, hrsg. v. P. Schweier, H.G.S. Wolf, München 1975.
5. Feiereis, Hubert, Krüger, C., Commichau, R., Klinische Studie zur Tobramycin-Therapie von Harnwegsinfekten, in: Infektion 3 (1975), S. 101-104.
6. Feiereis, Hubert, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie der Colitis Ulcerosa, Vortrag, Medizinische Ges. der Universität Münster, Münster, 08.01.1975.
7. Feiereis, Hubert, Schmidt, Gerhard, Tod eines Arztes, Prof. Dr. Friedrich Curtius, schreibmaschinenverfasster Nachruf (13.03.1975), S. 1-2.
8. Feiereis, Hubert: Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn – psychosomatische Aspekte. Vortrag: Pharmacia, Symposium psychosomatische Medizin, Weißenhäuser Strand, 15.Oktober 1975.

1976

1. Feiereis, Hubert, Autogenes Training. In: Lehrbuch der Psychosomatik, hrsg. v. A. Jores A: S. 410-421, Bern 1976.

2. Feiereis, Hubert, R. Commichau: Therapie als krankheitsmodifizierender Faktor, in: Internist. Prax. 16 (1976), S. 637-649. Feiereis, Hubert, Diagnostik und Therapie psychosomatischer Erkrankungen. Ergebnisse der kombinierten Entspannungsbehandlung, in: Tägl. Prax. 16 (1976).
3. Feiereis, Hubert, Die kombinierte Entspannungsbehandlung psychosomatischer Krankheiten und funktioneller Syndrome, Vortrag: Tagung des Zentralverbandes der Krankengymnastinnen, Lübeck, 25.02.1976.

1977

1. Feiereis, Hubert, Arzneimittelbehandlung- Psychosomatik des Zervikalsyndroms, Sonderdr. aus: Psychotherapie 68 (1977), S. 338-342.
2. Feiereis, Hubert, Beurteilung von Heilverfahren aus klinischer, gerichtsärztlicher und psychosomatischer Sicht, in: Öffentliches Gesundheitswesen 39 (1977), S. 203-213.
3. Feiereis, Hubert, Psychodynamik des Konfliktes und psychosomatische Therapie bei Colitis Ulcerosa, in: Schleswig-Holstein. Ärzteblatt 30 (1977), S. 658-667.
4. Feiereis, Hubert, Die Hoffnung auf Heilung, Vortrag im Ersten Programm des Deutschen Fernsehens, 5. Juni 1977.

1979

1. Feiereis, Hubert, P. Ball, U. Zimmermann: Morbus compositus: Hypothyreose, chronische Hepatitis und Cholangitis, Herzinfarkt therapiebedingte Modifikation, in: Internist. Prax. 19 (1979), S. 306 - 316.
2. Feiereis, Hubert, Langzeitverlauf und Prognose der CU unter kombinierter konservativer Therapie – Studie über 982 zwischen 1948 – 1977 beh. Patienten, Sonderdr. aus: Verhandl. der dt. Ges. Inn. Med. 85. (1979)., S. 208-211.
3. Feiereis, Hubert, Scheinlösung Krankheit – der somatisierte Konflikt, in: Schleswig. Holst. Ärzteblatt 32 (1979), S. 1-30.

1980

1. Feiereis, Hubert, Scheinlösung Krankheit – der somatisierte Konflikt. Strukturierte Diagnostik und Therapie- Versuch einer realitätsbezogenen Synthese, in: Internist. Prax. 20 (1980), S. 111-130.
2. Feiereis, Hubert, Zwänge, Zweifel – Selbstbesinnung – Ärzte auf dem Weg zwischen Kritik und Vertrauen, in: Schlesw.-Holst. Ärzteblatt 33 (1980).
3. Feiereis, Hubert, Konservative Therapie der entzündlichen Erkrankungen des Dickdarmes, in: Neoplastische und entzündliche Erkrankungen des Dickdarmes, hrsg. v. H. Böttcher, Spangenberg (1980).
4. Feiereis, Hubert, Konservative Behandlung der CU und Enteritis granulomatosa CROHN, in: Chir. Prax. 26 (1980).
5. Feiereis, Hubert, Thilo, Hans-Joachim: Basiswissen Psychotherapie, Göttingen (1980).

1981

1. Feiereis, Hubert, Konservative Behandlung der CU und der Ent. Reg. Crohn, in: Internist. Prax. 21 (1981), S. 639-642.
2. Feiereis, Hubert, Konversionsneurotische Kaustörung, in: Tägl. Prax. 22, (1981), S. 331-336.
3. Feiereis, Hubert, Heilverfahren, München (1981), S. 269 - 293.
4. Feiereis, Hubert, Ursachengerechte Psychotherapie von psychosomatischen und psychoneurotischen Störungen im ärztlichen Alltag aus der Sicht des Internisten, in: Der Kassenarzt 21 (1981), S. 1026-1049.
5. Feiereis, Hubert, Autogenes Training, Sonderdr. aus: Prakt. Psychosomatik 2 (1981), Hrsg. Jores, Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien.

1982

1. Feiereis, Hubert, Otte, Michael, Der endoskopische Befund bei Colitis Ulcerosa, in: tägl. Prax. 22 (1982), S. 47-56 und chirur. Prax. 30, S. 221-230.
2. Feiereis, Hubert, Integrierte psychosomatische Diagnostik und Therapie am Beispiel der Inneren Medizin, in: Schlesw.-Holst. Ärzteblatt 35 (1982), S. 823-837.

1983

1. Feiereis, Hubert, Grewe, H.E., Johannigmann, J., Kaiser, P. , Schmid, M., Siebert, W., Brustkrebs der Frau, München 1983.
2. Feiereis, Hubert, Otte, Michael: Der endoskopische Befund bei entzündlichen Dickdarmkrankheiten, in: Internist. Prax.23 (1983), in: tägl. Praxis 24 (1983), S. 661-672.
3. Feiereis, Hubert, Otte, Michael: Der endoskopische Befund bei Enteritis granulomatosa regionalis, in: chirurg. Praxis 30 (1983), S. 417-425 und in: tägliche Praxis 23 (1983), S. 73-81.
4. Feiereis, Hubert, Psychosomatik. Nicht nur verbal integrieren, in: ärztl. Praxis 35 (1983), S. 87.
5. Feiereis, Hubert, Die psychosomatische Dimension bei Erkrankungen der Bewegungsorgane, in: Psychosomatik in Forschung und Praxis, hrsg. v. H.H. Studt, H.H, München, Wien, Baltimore 1983.

1984

1. Feiereis, Hubert, Schwindel aus psychosomatischer Sicht, in: Therapiewoche 34 Wochenzeitschrift für praktische Medizin, Sonderdruck Heft 9, (1984) S. 1302-1308.
2. Feiereis, Hubert, Zur Psychotherapie des M. Crohn, in: Langenbecks Archiv Chirurgie 364 (1984), S. 407 - 411.
3. Feiereis, Hubert, Markwalder, Christian: Die pulmonale Maske der Periateriitis nodosa, in: Internist. Prax. 24 (1984), S. 229 - 239.
4. Feiereis, Hubert, Chronische organische und funktionelle Wirbelsäulen- und Rückenmuskelerkrankungen. Psychosomatische Aspekte der Rehabilitation, in: Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis 97 (1984).
5. Feiereis, Hubert, Colitis Ulcerosa in: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, hrsg. Von Uexküll, Thure, 3. Auflage, Urban und Schwarzenberg, München 1984.

1985

1. Feiereis, Hubert, Psychosomatisch orientierte Stufendiagnostik und Stufentherapie, in: intern. Praxis 25 (1985), in: Schleswig-Holst. Ärzteblatt 10 (1985), S. 295 - 305.

2. Feiereis, Hubert, Schlaf ohne Medikamente, Sonderdr. aus: Therapiewoche 35 (1985), S. 1752-1765.
3. Feiereis, Hubert, Colitis Ulcerosa - Morbus Crohn Kombinierte Langzeitführung mit Medikation und Psychotherapie, Sonderdr. aus: Therapiewoche 35 (1985), S. 3075-3083.
4. Feiereis, Hubert, Das Gespräch mit somatisch und psychosomatisch Kranken, in: Ärztliche Gesprächsführung, Hrsg. Reimer, Christian, Berlin 1985.
5. Feiereis, Hubert, Wilke, Eberhard, Leibig, Zur Persönlichkeitsstruktur von Patienten mit Morbus Crohn und C. Ulcerosa, eine testpsych. Untersuchung während der Krankheitsremission, in: Zeitschrift für psychosomatische Medizin 31 (1985), S. 380-392.

1986

1. Feiereis, Hubert, Funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen Schwerpunkte, Schwierigkeiten, Chancen, in: tägliche Praxis 27 (1986), S. 409-426 und in: Schleswig-Holst. Ärzteblatt 10 (1986), S. 307 - 324.
2. Feiereis, Hubert, Die internistisch-psychosomatische Behandlung der Patienten mit Colitis ulcerosa und M. Crohn, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie im Zentrum Innere Medizin der Medizinischen Universität zu Lübeck, 10-seitiges schreibmaschinenverfasstes Skript, entstanden nach 1985.
3. Feiereis, Hubert, S. Ahraus, G. Deffner, Zur Differenzierung von Colitis- und Morbus Crohn Kranken anhand psychosozialer Variablen, in: Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 32 (1986).
4. Feiereis, Hubert, Psychotherapie vor Rentenbegehren!, in: Ärztl. Praxis 38. Jahrg, Nr. 13, (1986).

1987

1. Feiereis, Hubert, Psychotherapie in der Geriatrie, in: Zeitschrift für Gerontologie 20 (1987), S. 44 - 48.
2. Feiereis, Hubert, Kopfschmerz aus psychosomatischer Sicht, Sonderdr. aus: Therapiewoche 37 (1987), S. 2338-2349.

3. Feiereis, Hubert, Kopfschmerz und Schlafstörungen - Symptom einer Lebenskrise, in: tägl. Praxis 28 (1987), S. 325 -329.
4. Feiereis, Hubert, Die Bulimie in der Maske eines schlecht einstellbaren Diabetes mellitus Typ I, in: 108. Tagung der Nordwestdt. Gesellschaft für Innere Medizin, Hansisches Verlagskontor, Lübeck (1987).

1988

1. Feiereis, Hubert, Bauchschmerzen aus psychosomatischer Sicht, in: Therapiewoche 38 (1988), S. 1452 - 1460.
2. Feiereis, Hubert, Diabetes mellitus Typ I und Bulimie – eine bedrohliche Doppelerkrankung, in: Dtsch. Med. Wschr. 113 (1988), S. 1876-1878.
3. Feiereis, Hubert, H. Bönke, Wilke, Eberhard, Psychodiagnostische Testuntersuchung bei Asthmakranken, in: Verlag für medizinische Psychologie 34 (1988), Vandenhouck und Rupprecht, S. 157-165.
4. Feiereis, Hubert, Psychosomatische Sprechstunde: Lumbosakrales Wurzelreizsyndrom und Psychotherapie, in: Intern. Praxis 28 (1988), S. 717-728.
5. Feiereis, Hubert, I. Müller, von Wietersheim, Jörg, Wilke, Eberhard, Evaluierung berufsbegleitender Psychotherapie- Weiterbildung, in: Schleswig-Holst. Ärzteblatt 9 (1988), S. 554-561.

1989

1. Feiereis, Hubert, Diagnostik und Therapie der Bulimie und Magersucht, Marseille Verlag, München 1989.
2. Feiereis, Hubert, Psychosomatische Probleme bei Magen-Darm-Erkrankungen, Sonderdr. aus: Therapiewoche 39 (1989), S. 416 - 422.
3. Feiereis, Hubert, M. Wetzel: Colitis Ulcerosa. Ergebnisse einer Langzeitbeobachtung von 279 Patienten mit schwerer Colitis Ulcerosa, besonders unter sozialmedizinischem Aspekt, in: Der Kassenarzt 18, (1989), S. 44-48.
4. Feiereis, Hubert, Psychosomatische Therapie der Bulimie, in: Musiktherapeutische Umschau 10 (1989), S. 90-104.
5. Feiereis, Hubert, Drewes, Christiane: Morbus Crohn - in der Maske einer Anorexia nervosa, in: Internist. Praxis 29 (1989), S. 531 - 540.

6. Feiereis, Hubert, Springbub, J., Wilke, Eberhard, Der Einfluss der Compliance auf die Behandlung mit autogenem Training, in: Psychotherap. Med. Psychoth. (1989), S. 417-421.
7. Feiereis, Hubert, Herrhahn, J, Plädoyer für den Allgemeininternisten, in: internist. Praxis 29 (1989), S. 615-617.
8. Feiereis, Hubert, Sprechen und Schreiben im ärztlichen Alltag: Ein Beitrag zum Umgang mit der Wahrheit in der Inneren und Medizin und Psychotherapie, aus: Ethik im Alltag der Medizin, Hrsg. von Engelhardt, Dietrich, Berlin, Heidelberg 1989, S. 50 - 80.

1990

1. Feiereis, Hubert, Sprech-Stunde – heilsamer oder pathogener Faktor?, in: tägl. Prax. 31 (1990), S. 421-426.
2. Feiereis, Hubert, Morbus compositus: Diabetes mellitus und Bulimie. Möglichkeiten psychosomatischer Therapie, in: Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 11. Jg. (1990), Heft 3/4, (1990), S.300-316.
3. Probst, Beate, von Wietersheim, Jörn, Wilke, Eberhard, Feiereis, Hubert, Soziale Integration bei M. Crohn und Colitis Ulcerosa: Studie zur Wechselwirkung somatischer, psychischer und sozialer Faktoren, in: Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 3./1990, Vandenhoeck & Ruprecht, 1990, pp. 258-275.
4. Feiereis, Hubert, Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Wege - Irrwege – Widerstände, Sonderdruck, o. O., (1990), S. 361 – 375.
5. Stellungnahme und persönliche Erklärung zur Nachfolge des Direktors der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie“. 11.02.1991.
6. Feiereis, Hubert, Jantschek, Günther, Psychosomatische Aspekte der Lebensqualität, schreibmaschinenverfasster Aufsatz, o. J., S. 1-8.

1991

1. Feiereis, Hubert, Iversen Gerd, Kleiner Rückblick, Förderliche Gespräche wirken wie ein Stimulans in: Gespräch im Dialog – und in der Gruppe: auch Selbst – Gespräch? 20 Jahre norddeutsche Psychotherapie-Tage in Lübeck: vom Meilenstein zum Mosaik... eine Zwischenbilanz, hrsg. Feiereis, Hubert, Iversen Gerd, Lübeck, Hansisches Verlagskontor, 1991.

2. Feiereis, Hubert, Stellungnahme und persönliche Erklärung zur Nachfolge des Direktors der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, 11.02.1991, S.1-5.
3. Feiereis, Hubert, Böhle, A., von Wietersheim, Jörn, Wilke, Eberhard, Soziale Integration bei Anorexia nervosa und Bulimie, in: Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 3/1991, S. 280-291.
4. Feiereis, Hubert, Jantschek, Günther, Federschmidt, H., Konversionsneurose in der Maske eines Hirninfarkts, in: internist. Prax. 31, S. 751-759.
5. Feiereis, Hubert, Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa, in: Medizin Mensch Gesellschaft, Enke Verlag 16 (1991), S. 250-263.

1992

1. Feiereis, Hubert, Federschmidt, Hermann, Jantschek, Günther, Konversionsneurose in der Maske eines Hirninfarkts, in: tägliche praxis 33 (1992), S. 129 - 137.
6. Feiereis, Hubert, Essstörungen im Bild, Psychodynamik und Konflikte in der assoziativen Maltherapie, Vortrag am 30.04.1992 in Lindau, (Lindauer Psychotherapiewoche, 27.04.1992-30.04.1992).
7. Feiereis, Hubert, Psychotherapie und Rentenbegehren. Frühzeitig neurotischen Entwicklungen vorbeugen, Sonderdr. aus: Therapiewoche 42 (1992), S. 1935 - 1936.
8. Feiereis, Hubert, Saller, Reinhard 3 heiße Eisen. Der schmerzende Dialog oder vom heillosen Sprechen - Plazebo-Therapie - Rehabilitation bei rheumatischen Leiden, München 1992.
9. Feiereis, Hubert, Rückblick auf 40 Jahre kombinierte Behandlung chronischer entzündlicher Darmkrankheiten, 23.Mai 1992, Festansprache auf dem Patienten-Ärzte-Forum zu chronisch entzündlichen Darmkrankheiten: Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa anlässlich der 40 jährigen internistisch-psychosomatischen Behandlung in Lübeck und dem 10-jährigen Bestehen der Deutschen Morbus Crohn – Colitis Ulcerosa Vereinigung, schreibmaschinenverfasstes Schriftstück, S. 1 - 10.

10. Feiereis, Hubert, Das biopsychosoziale Modell in der zweiten Generation, in: von Uexküll, Thure (Hrsg.), 3. Auflage, Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Schattauer, Stuttgart, 227-242.

1993

1. Feiereis, Hubert, Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn. Psychische und psychosoziale Aspekte, in: Der informierte Arzt Gazette Médicale. Schweizer Zeitschrift für moderne Therapie und Fortbildung 2, DIA-GM 2/93, (1993), S. 91 - 96..
2. Feiereis, Hubert, Technik und Krankheit- Patient und Arzt. Chancen und Mängel im ärztlichen Dialog des Alltags und an den Grenzen des Lebens, Sonderdruck, o. O., (1993) S. 343 – 360.
3. Feiereis, Hubert, Saller, Reinhard, Geleitwort in: Aufklärungspflicht aus ärztlicher und juristischer Sicht, hrsg. von: K. Franz, K.-J. Hansen, Marseille Verlag, München, 1993.

1994

1. Feiereis, Hubert, Arbeitsunfähigkeit, Rentenantrag und Psychotherapie - ein Dilemma? Sonderdruck, o. O., (1994), S. 377 – 399.
2. Feiereis, Hubert, Ein gesundheitspolitischer Schildbürgerstreich?, Editorial, Nervenkrankheiten Psychosomatik, o. O., o. J., S. 833 – 834.

1995

1. Feiereis, Hubert, Saller, Reinhard, Erweiterte Schulmedizin Band 2: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ein Lesebuch für alle Fachgebiete, München 1995.
2. Feiereis, Hubert, Wirsching, Michael, Klör, Hans-Ulrich, Möhring, Peter, Rasenack, Jens, Pritsch, Maria, Abschlussbericht: Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn – eine multizentrische Studie, Lübeck, 1995.

1996

1. Feiereis, Hubert, Sudau, Vera, Gestaltungstherapeutische Verfahren- Assoziative Mal- und Tontherapie, in: Herzog, Wolfgang, Munz, Dietrich, Kächele, Horst, Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen- Therapieführer, Stuttgart, Schattauer, S.93-116.

8.2. Interviewverzeichnis

1. **Dilling, Horst**, (ehemaliger ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Lübeck, 1978-1999), Transkript von 11 Seiten, Lübeck, 02.04.2013.
2. **Hohagen, Fritz**, (seit 1999 ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Lübeck, seit 2007 zunächst kommissarischer Leiter, dann ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Lübeck), Transkript von 15 Seiten, Lübeck, 15.01.2013.
3. **Jantschek, Ingrid**, (ehemalige Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Lübeck) und **Wilke, Eberhard**, (ehemaliger Chefarzt der Curtius-Klinik Bad Malente, 1991-2008), Transkript von 51 Seiten, Lübeck, 11.04.2013.
4. **Langner, Kurt**, (ehemaliger Chefarzt der Curtius-Klinik Bad Malente, 2008-2014) und **Lawrenz, Rüdiger** (Oberarzt an der Curtius-Klinik Bad Malente), Transkript von 19 Seiten, Bad Malente, 03.09.2013.
5. **Lück, Karsten** (ehemaliger Assistenzarzt an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie), Transkript von 19 Seiten, Lübeck, 23.04.13.
6. **Müller, Heidrun**, (ehemalige Stationsschwester an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie), Transkript von 24 Seiten, Lübeck, 06.05.2013.

8.3 Interviewleitfaden⁵⁶

1. Die Ausbildung der Interviewpartner und das Fach Psychosomatik
 - Berufstätigkeit
 - Motivation für das Fach
 - Welche Ursprünge, Richtungen und Konzepte gab es innerhalb der Psychosomatik?
 - Wie haben sich die Therapieformen zu Zeiten Feiereis bis heute verändert?
 - Würden Sie sagen bei der Entwicklung des Faches Psychosomatik handelt es sich um einen „deutschen Sonderweg“?

2. Kontakt und Zusammenarbeit mit Hubert Feiereis
 - In welcher Beziehung standen Sie zu Herrn Feiereis?
 - In welchem Zeitraum arbeiteten Sie mit ihm zusammen?
 - Welche Aufgaben nahmen Sie wahr?
 - Worin bestand die Zusammenarbeit?
 - Was zeichnete den Arzt Hubert Feiereis aus?
 - Wie war er als Vorgesetzter?
 - Was waren seine Forschungsschwerpunkte?
 - Wie hat sich die Klinik unter seiner Direktion verändert?
 - Gibt es Anekdoten oder Erlebnisse die Ihnen in Erinnerung geblieben sind?

3. Zur Person Friedrich Curtius
 - Kennen Sie den Namen Friedrich Curtius?
 - Was wissen Sie über Curtius?
 - Wie war die Verbindung Curtius-Feiereis?
 - Welchen Einfluss hatte Curtius auf Feiereis?

⁵⁶ Zu dem Vorgehen wurde ein Antrag bei der Ethikkommission der Universität zu Lübeck gestellt. Nach Prüfung durch die Kommissionsmitglieder in der Sitzung vom 09. April 2013, wurden keine Bedenken geäußert. (Aktenzeichen: 13-045)

4. Die Klinik für Psychosomatik in Lübeck

- Was ist Ihnen zu Entstehung der Klinik für Psychosomatik in Lübeck bekannt?
- Was können Sie zur Entwicklung der Klinik unter Feiereis und Curtius sagen?
- Was hat sich bis zum heutigen Tag in der Klinik verändert?
- Wie sah ein typischer Tag in der Klinik zu Zeiten Feiereis aus?
- Welche Routinen gab es?
- Wie wurde mit den Patienten umgegangen?
- Wie gestaltete Feiereis die Visiten?

5. Gelegenheit für freie Berichte, Mitteilungen, Rückfragen etc.

8.4 Anschauungsmaterial

Im Folgenden wird eine Übersicht der Forschungsarbeiten dargestellt, die unter Feiereis, während seiner Amtszeit als Klinikdirektor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck entstanden sind. Die betrachteten Zeiträume entsprechen dabei den der Forschungsberichten seit 1974. Die in Klammern genannten Namen, entsprechen den Nachnamen der Verfasser (Quelle: Forschungsberichte MUL).

Akademische Jahre 1974-1976:

1. Die Wertigkeit des katathymen Bilderlebens innerhalb der kombinierten konservativen Behandlung der Colitis Ulcerosa (Feiereis, Wilke)
2. Langzeituntersuchungen zur konservativen Therapie der Colitis Ulcerosa (Feiereis, Schröter, Schröter)
3. Beurteilungen von sozialmedizinischen Heilverfahren aus klinischer, und psychosomatischer Sicht (Feiereis, Schröter)
4. Zur Persönlichkeitsstruktur männlicher Bronchialkarzinomkranker (eine testpsychologische Untersuchung). (Feiereis, Mellage)

Akademische Jahre 1976-1978:

1. Klinik und Therapie der Colitis Ulcerosa (Feiereis)
2. Psychodynamik bei der Anorexia nervosa erwachsener Frauen (Feiereis)

Akademische Jahre 1978-1980:

1. Klinik und kombinierte konservative Therapie der Colitis Ulcerosa und Enteritis regionalis Crohn (Feiereis, Wilke)
2. Untersuchungen zur Struktur und Psychodynamik bei Patienten mit Enteritis regionalis Crohn (Feiereis, Wilke, Leibig)
3. Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit Lungensarkoidose (Witzgall)

4. Die Tagtraumtechnik (katathymes Bilderleben) als psychotherapeutisches Verfahren bei psychosomatischen Krankheiten (Wilke)
5. Vergleichende Untersuchungen über respiratorisches Biofeedback und autogenes Training (Hagedorn)

Akademische Jahre 1980-1982:

1. Konflikt und Struktur als prognostische Kriterien bei Anorexie und Bulimie? (Feiereis, Schellbach)
2. Prospektive Studie über das autogene Training bei psychosomatischen Krankheiten und Funktionsstörungen (Feiereis, Wilke, Springub)

Akademische Jahre 1984-1986:

1. Prospektive Studie des Morbus Crohn und der Colitis Ulcerosa in der Abhängigkeit von Psychotherapie (Feiereis, Jantschek, Wilke, v. Wietersheim, Gandras, Rittersbusch)
2. Der Krankheitsverlauf chronisch entzündlicher Darmkrankheiten anhand individueller und familiärer Untersuchungsbefunde (Jantschek)
3. Familienuntersuchungen zur Frage der Krankheitsspezifität der Autoantikörper gegen exokrines Pankreas bei Morbus Crohn und den Antikörper gegen Becherzellen bei Colitis Ulcerosa (Jantschek, Otte, Stöcker)
4. Schubauslösende Ereignisse bei Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn Kranken in Abhängigkeit von persönlichkeitspsychologischen Variablen (v. Wietersheim)
5. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung persönlichkeitspezifischer Merkmale von Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn Patienten (Feiereis, Wilke, v. Wietersheim, Gandras)
6. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der sozialen Integration bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen und Essstörungen (Feiereis, Wilke, v. Wietersheim, Probst, Ennulat)

7. Untersuchungen über die Wirkung von Entspannungstherapien bei internen psychosomatischen Krankheiten (Krankheitsbilder Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Anorexia nervosa) (Feiereis, Gandras)
8. Die psychosomatische Erfassung von qualitativen Daten aus der Musiktherapie (Maler, Wilke)
9. Untersuchung des Verhaltens und der Bewegung in der klinischen Tanztherapie bei Patienten mit psychosomatischen Krankheiten (besonders Gruppe mit entzündlichen Darmkrankheiten) (Wilke, v. Wietersheim, Jantschek, Feiereis)

Akademische Jahre 1986-1988:

1. Längerfristige prospektive Studie zur Untersuchung der psychischen Struktur durch ein standardisiertes Interview bei Chronisch-entzündlichen-Darmerkrankungen (CED) (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
2. Entwickeln eines Aktivitätsindex für Colitis Ulcerosa analog zum Best-Index bei Morbus Crohn (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
3. Analyse auslösender psychosozialer Ereignisse eines Schubes bei Chronisch-entzündlichen-Darmerkrankungen (CED) (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
4. Untersuchung der Familien der Chronisch-entzündlichen-Darmerkrankungen (CED) Patienten mit Hilfe von Interview und standardisierten Fragebögen (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
5. Auswertung von Daten der letzten 10 Jahre der Magersucht- und Bulimie-Patienten (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
6. Ein aus den USA übernommener Fragebogen zum Vergleich der schweren sozialen Auswirkungen der Magersucht und Bulimie (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
7. Veränderungen des Selbst-Bildes und des Ideal-Selbst-Bildes zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung von Magersucht- und Bulimie-Patienten (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)

8. Organisch und funktionelle Erkrankungen der Wirbelsäure (Feiereis, Wilke, Jantschek, v. Wietersheim, Balck)
9. Familienuntersuchungen bei Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim, Drews)
10. Untersuchung der Reaktionsgeschwindigkeit auf emotionale Reize mit Hilfe einer Eigenschaftswörterliste (Beitrag zum Alexithymiekonzept) (Feiereis, Wilke, v. Wietersheim)
11. Evaluierung berufsbegleitender Weiterbildung zur Psychotherapie (Feiereis, Wilke, v. Wietersheim)
12. Untersuchungen über die Wirkung von Entspannungstherapien bei psychosomatischen Krankheiten (Feiereis, Gandras)
13. Klinische Musiktherapie (Maler, Feiereis, Jantschek, v. Wietersheim, Wilke)
14. Klinische Tanztherapie bei Patienten mit psychosomatischen Krankheiten (Balck, Andersen, Beyer)

Akademische Jahre 1988-1990:

1. Multizentrische Studie „Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn“ (Feiereis, Wilke, Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim)
2. Prospektive Studie zur Persönlichkeitsstruktur von Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa Patienten (Feiereis, Wilke, Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim)
3. Langzeitverläufe der Patienten mit Colitis Ulcerosa Schweregrad II und III (Feiereis, Wilke, Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim)
4. Katamnesestudien im Anschluss der Analyse der letzten 10 Jahre untersuchten Magersucht- und Bulimie-Patienten (Feiereis, Wilke, Jantschek)
5. Untersuchung zur Veränderung des Selbstbildes und des Idealbildes zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung von Magersucht- und Bulimie-Patienten (Feiereis, Wilke, Jantschek)
6. Familienuntersuchungen von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zur Erstellung von psychosozialen Befunden der

- Familienmitglieder, Dokumentation der Familienstruktur (Feiereis, Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim)
7. Frage nach Veränderung und Weiterentwicklung der Familienmitglieder nach der Familientherapie mittels Katamneseinterview, Fragebögen und Telefonaten (Feiereis, Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim)
 8. Untersuchung von Familien von psychosomatischen und psychiatrischen Patienten mittels FACES II und SYMLOG (Feiereis, Jantschek, Jantschek, v. Wietersheim)
 9. Therapieforschung katathymes Bilderleben (Wilke, Langner, Mensing)
 10. Bewegungsanalyse von psychosomatischen Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe (Feiereis, Wilke, v. Wietersheim)
 11. Klinische Musikpsychotherapie (MT): Elektronische Aufzeichnung und Visualisierung der Ausdrucksdynamik von MT-Patienten (Maler)
 12. Klinische Musikpsychotherapie: Musikantropologische Gestaltungselemente in der Spieldynamik von MT-Patienten (Maler)
 13. Organische und funktionelle Erkrankungen der Wirbelsäule (Feiereis, Jantschek)
 14. Psychosoziale Faktoren der Adaption an Behandlungsmaßnahmen bei nephrologischen Patienten (Balck, Schlake, Sack)
 15. Untersuchung zum Verhalten, Erleben und den Kognitionen des Arztes während des Einsatzes mit dem Notarztwagen (Balck)
 16. ICD-10 Forschungskriterienstudie (Feiereis, Jantschek, v. Wietersheim, Trotno, Federschmidt, Dilling, Schneider)

Akademische Jahre 1991-1992:

1. Multizentrische Studie: Vergleich des somatischen Verlaufs des Morbus Crohn bei Patienten, die mit einem standardisierten Medikationsschema behandelt wurden und solche, die zusätzlich mit psychotherapeutischen Maßnahmen behandelt wurden (Feiereis, Jantschek, Jantschek, Balck)
2. Persönlichkeitsstruktur der Patienten mit Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa mit Hilfe eines standardisierten Interviews (Feiereis, Jantschek, Jantschek, Balck)

3. Langzeitverläufe der Patienten mit Colitis Ulcerosa II und III (Feiereis, Jantschek, Jantschek, Balck)
4. Lebensqualität Fragebogen zu Chronisch-entzündlichen-Darmerkrankungen (CED) Patienten (Feiereis, Jantschek, Jantschek, Balck)
5. Katamnesestudien im Anschluss der Analyse der letzten 10 Jahre untersuchten Magersucht- und Bulimie-Patienten (Feiereis, Jantschek, v. Wietersheim)
6. Untersuchung zur Veränderung des Selbstbildes und des Idealbildes zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung bei Magersucht- und Bulimie-Patienten (Feiereis, Jantschek, v. Wietersheim)
7. Familien der Pat. mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und psychosoziale Befunde der Familienmitglieder (Feiereis, Jantschek, Jantschek)
8. Familientherapeutische und katamnestische Fragen, Frage nach Weiterentwicklung der Familienmitglieder und ggf. der Familienstruktur (Feiereis, Jantschek, Jantschek)
9. Beschreibung des musikalischen Ausdrucks und Evaluation im Lübecker Musiktherapiemodell (Maler)
10. Bewegungsanalyse von psychosomatischen Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe (Feiereis, Wilke)
11. Organische und funktionelle Erkrankungen der Wirbelsäule (Feiereis, Jantschek)
12. Psychosoziale Faktoren der Adaption an Behandlungsmaßnahmen bei nephrologischen Patienten (Balck, Schlake, Hitz, Sack)
13. Untersuchung zum Verhalten, Erleben und den Kognitionen des Arztes während des Einsatzes im Notarztwagen (Balck, Meyer)
14. ICD-10 Forschungskriterienstudie (Feiereis, Jantschek, v. Wietersheim, Trotnow, Federschmidt, Langner, Mensing, Probst, Pollak, Sudeck)

8.5. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Herr Prof. Feiereis, 1992, aus dem Nachlass.....	26
Abbildung 2 Schild vor dem Haus 8, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass.....	34
Abbildung 3 Herr Dr. Jantschek und Herr Prof. Feiereis vor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie 1992, aus dem Nachlass	50
Abbildung 4 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass.....	64
Abbildung 5 Herr Prof. Feiereis und Schwester Lilly, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass.....	68
Abbildung 6 Assoziative Maltherapie, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass	75
Abbildung 7 Gemälde eines Patienten, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass	76
Abbildung 8 Tonplastik eines Patienten, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass....	77
Abbildung 9 Tonplastik, Juli 1988, aus dem Nachlass	78
Abbildung 10 Schild mit dem Titel „Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie (Innere Medizin)“ vor dem Seiteneingang des Haus 8, Zeitpunkt unbek., aus dem Nachlass.....	97
Tabelle Belegungsstatistiken der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Mit * markiert: keine Angaben in den jeweiligen Forschungsberichten	60

9. Danksagungen

Besonderen Dank geht an meinen Doktorvater Herrn Prof. Dr. Borck für die Unterstützung in der Themenfindung, darüber hinaus für die Inspiration und Motivation. Seine Ideen und Anregungen haben fortwährend zur Optimierung vieler Interpretationsansätze geführt.

Ich bedanke mich herzlich bei allen Interviewpartnern, ohne deren Hilfe und Interesse dieses Projekt nicht zustande gekommen wäre. An dieser Stelle besonderen Dank an Frau Ingrid Jantschek, durch ihre Offenheit und Aufrichtigkeit konnte ich einen Zugang zu einer komplexen Thematik finden.

Darüber hinaus danke ich meiner Schwester Anna, meinen Eltern und Jan Lorenzen für die stete Unterstützung auf verschiedener Art und Weise. Daneben danke ich Frau Dr. Barbara Kraus für die Unterstützung und Motivation während meiner Tätigkeit in der Aneos Klinik Neustadt und zuletzt Herrn Prof. Dr. Hohagen und Herrn Priv.-Doz. Dr. Rudolf für die Nutzungsmöglichkeit der Kellerräume des Haus 8 auf dem Campus des UKSH Lübeck während meiner Tätigkeit als Famulantin.

10. Lebenslauf



Edith-Angela Hansen

Geburtsdatum: 05.11.1987

Geburtsort: Schweinfurt

Hochschullaufbahn

WS 2008 – SS 2015: Studium Humanmedizin, Pécs (Ungarn), Homburg, Lübeck
(Staatsexamen 28. Mai 2015)

Berufserfahrung:

- 2009: Wissenschaftliche Mitarbeit an der TDK Universität Pécs, Institut für Physiologie, Frau Dr. Ritá Galosi
- 08/2011: Famulatur in der Rehaklinik St. Peter-Ording, Abteilung Psychosomatik
- 08/2012: Unterassistenz im Universitätsspital Zürich, Klinik für Neurologie
- 03/2013: Praxis-Famulatur, Priv.-Doz. Dr. med. R. Gutekunst, Lübeck, Praxis für Endokrinologie
- 06/2013: Famulatur in der Schlosspark-Klinik Berlin, Psychiatrie
- 2015: Wahlterial Psychiatrie, Ameos-Klinik, Lübeck
- 2015 - 2018: Weiterbildungsassistentin zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ameos Klinik Neustadt i. H.
- Seit 05/2018: Weiterbildungsassistentin zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Helios Klinik Schleswig