

## » Grundlagen der Semiotik und ihre Rolle in der integrierten Medizin

**Zusammenfassung:** Auf einem Wochenendseminar hatte eine Gruppe von Studenten und Kollegen die Gelegenheit, mit Prof. von Uexküll über das Modell der integrierten Medizin zu diskutieren. Ein grundlegender Gedanke dieses Modells ist es, die in anderen Fachbereichen schon vollzogene konstruktivistische Wende nachzuholen. Der konstruktivistische Ansatz sieht Wirklichkeit nicht als etwas objektiv Vorliegendes, sondern als etwas, das der Mensch ständig neu konstruiert, und zwar in einer steten Auseinandersetzung mit seiner Außen- und Innenwelt. Nach einem semiotischen Ansatz finden dabei 3-gliedrige Zeichenprozesse statt, zusammengesetzt aus Zeichen, Interpretation und Bezeichnetem. Die menschliche Konstruktion von Wirklichkeit geschieht auf drei aufeinander aufbauenden Zeichenebenen: der ikonischen, der indexikalischen und der symbolischen Ebene. Übertragen auf die Arzt-Patient-Beziehung bedeutet dies, dass der Arzt versuchen muss, die Wirklichkeit des Patienten auf allen drei Ebenen zu erfassen. Dabei muss er Zugang zu dem „geschlossenen System“ Patient finden. Das geschieht durch Entwicklung eines gemeinsamen Codes, der die als Zeichen zu sehenden Symptome des Patienten entschlüsselt. So kann dem Patienten geholfen werden, seine Passungsstörung mit der Umwelt, d. h. seine Krankheit, zu überwinden.

**Basic Principles of Semiotics in the Model of Integrated Medicine:** During a weekend-seminar, a group of students and colleagues had an occasion to discuss the model of integrated medicine with Prof. von Uexküll. One basic idea of this model draws upon the constructivist turning-point used in other disciplines. In constructivism, reality doesn't objectively exist, but is constructed by an individual moment by moment in a continual confrontation with his inner and outer world. According to a semiotic approach, constructivist processes take place consisting of three parts: the sign, the interpretative part, and the signified. The human construction of actuality occurs on three successive, interacting levels of signs: the iconic, the indexical and the symbolic level. Translated to the doctor-patient-relationship this means that the doctor must attempt to gain insight into the reality of the patient on all these levels. To do this he must find access to the „closed system“ represented by the patient. This is achieved by developing a common code, which de-

K. Meißner<sup>1</sup>, F. Porzolt<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut für Medizinische Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München (Vorstand: Prof. Dr. E. Pöppel)

<sup>2</sup> Arbeitsgruppe Klinische Ökonomik, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universitätsklinikum Ulm (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. H. Kächele)

ciphers the patient's symptoms viewed as signs. In this way the patient can be assisted in overcoming his inability to match with his environment, which is his illness.

**Key words:** Integrated Medicine – Semiotics – Constructivism – System theory – Doctor-patient-relationship

Die Arbeitsgruppe „Klinische Ökonomik“ der Universität Ulm hat im Wintersemester 1999/2000 innerhalb des Psychosomatik-Unterrichts Medizinstudenten ein Seminar mit dem Thema „Plazebo und Plazebo-Effekte“ angeboten. In diesem Rahmen fand nun schon zum zweiten Mal ein Wochenendseminar in der Reha-Klinik Glotterbad im Schwarzwald statt, auf dem die Studenten und einige Kollegen die Gelegenheit hatten, mit Herrn Prof. em. Dr. Thure von Uexküll über das von ihm vertretene Modell einer integrierten Medizin zu diskutieren. Die folgende Zusammenfassung dieses Seminars soll einen Einblick in diese Thematik geben.

### Das Modell der integrierten Medizin

Im bisherigen Medizinmodell wird von einem kausalmechanistischen Denken von Ursache und Wirkung ausgegangen. Es war in den letzten 150 Jahren außerordentlich erfolgreich, stößt jedoch gegenwärtig an seine finanziellen Grenzen. Die Probleme liegen hierbei weniger im Bereich der Akutversorgung als vielmehr in der Behandlung chronischer, mit schulmedizinischen Mitteln nicht zu beherrschender Krankheiten.

Prof. von Uexküll stellt dem schulmedizinischen Denkmodell das Modell einer „integrierten Medizin“ gegenüber [3]. Dieses erklärt biopsychosoziale Vorgänge auf der Grundlage von Zeichenprozessen. Die Grundideen dieses Modells werden im Folgenden anhand von vier Leitfragen näher erläutert.

*Warum ist eine Ergänzung des bisherigen Modells der Medizin notwendig?*

Im 20. Jahrhundert hat ein Paradigmawandel in den Wissenschaften begonnen, der durch Erkenntnisse der Quantenphysik eingeleitet wurde und sich beispielsweise in der Heisenbergschen Unschärferelation widerspiegelt. Diese beinhaltet, dass im Bereich des atomaren Geschehens das klassische Kausalitätsprinzip der Physik von Ursache und Wirkung nicht auf-



recht erhalten werden kann, da eine genaue Beschreibung von Anfangszuständen nicht möglich ist und somit eine Voraussage über das Verhalten eines individuellen atomaren Systems nicht bzw. nur in statistischen Begriffen getroffen werden kann [1].

Erkenntnistheoretisch gesehen bedeutet dies, dass objektive Realität nicht einfach vorliegt, sondern dass ein Beobachter immer nur Beobachtungen entsprechend seines Verhaltens, seiner Zielsetzungen und Fragestellungen machen kann. Die konstruktivistische Wende in der Psychologie hat dieser Tatsache Rechnung getragen, indem sie Realität nicht als etwas, das vorliegt, sondern als etwas, das von uns konstruiert wird, betrachtet. Auch für die Medizin entsteht die Notwendigkeit, ihre streng mechanistische Sichtweise neu zu überdenken und gegebenenfalls zu erweitern.

### *Wie soll das ergänzende Modell aussehen?*

#### Symptome als Zeichen

Das bisherige Medizinmodell gründet auf 2-gliedrigen Kausalprozessen, der Beziehung zwischen Ursache und Wirkung. Das Symptom eines Patienten wird in diesem Modell als Wirkung einer im Körper verborgenen Ursache betrachtet. Das Modell der integrierten Medizin basiert auf der Lehre von Zeichenprozessen, die im Gegensatz zu den 2-gliedrigen Prozessen der Ursache-Wirkungs-Beziehung 3-gliedrig sind; sie bestehen aus dem Zeichen, dem Interpretanten und dem Bezeichneten. Dabei kommt dem Interpretanten die entscheidende Rolle zu. Zellen können beispielsweise je nach ihrem inneren Zustand Einwirkungen auf ihre Rezeptoren unterschiedlich interpretieren und beantworten. Organismen „konstruieren“ auf diese Weise in einer stetigen Auseinandersetzung mit ihrer Innen- und Außenwelt eine Umwelt, die zu ihren Bedürfnissen und Verhaltensmöglichkeiten passt. In diesem Modell sind Krankheitssymptome Zeichen mit einer nur mit Hilfe der individuellen Wirklichkeit des Patienten verstehbaren Bedeutung.

#### Ikonische, indexikalische und symbolische Zeichen

Nach Peirce [2] gibt es drei verschiedene Zeichenklassen, „Ikon“, „Index“ und „Symbol“. Die ikonischen (oder „Quali-“) Zeichen sind die positiv oder negativ getönten Qualitäten unseres Erlebens. Die indexikalischen Zeichen repräsentieren das Ursache-Wirkungs-Modell, hier deutet etwas allein durch sein Dasein auf ein anderes hin, z. B. Rauch auf Feuer. Die dritte Zeichenklasse versucht, ikonische und indexikalische Zeichenklassen auf symbolischer Ebene zu integrieren. Die Sprache ist ein System symbolischer Zeichen mit einer Tiefendimension, d. h. sie spricht auch ikonische und indexikalische Inhalte an bzw. spricht sie aus.

Die drei Zeichenklassen werden in der frühkindlichen Entwicklung nacheinander erlernt und erfahren. So nimmt das Neugeborene seine Umwelt nur in der ikonischen Dimension wahr, d. h. über Sinneseindrücke wie Schmecken, Riechen, Hören, Summen und taktile Empfindungen. Etwa vom 3.-6. Lebensmonat an lernt der Säugling, seine Umwelt nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip mitzugestalten, d. h. das „Hier“ vom „Dort“ und das „Jetzt“ vom „Dann“ zu unterscheiden. Das entspricht der indexikalischen Ebene. Mit ca. zwei Jahren beginnt das Kind mit der Integration beider Ebenen, es erlernt die Spra-

che und gewinnt ein Vorstellungsvermögen, indem auch abwesende Objekte gegenwärtig sein können.

#### Der Patient als „offenes“ und „geschlossenes System“

Das bisherige Medizinsystem betrachtet den Patienten als „offenes System“, in das man hineinschauen kann, um Ursachen von Krankheiten zu suchen und zu beheben. Die integrierte Medizin sieht hingegen in Lebewesen „geschlossene Systeme“, in denen äußere Einwirkungen je nach ihrem (subjektiven) Interpretanten interpretiert werden. Um Zugang zu dem geschlossenen System „Patient“ zu finden, muss sich der Arzt um den Interpretanten dieses Systems bemühen. Denn der Patient interpretiert Symptome anders als der Arzt. Erst durch die Entwicklung eines gemeinsamen Interpretanten oder „Kodes“ zwischen Arzt und Patient kann die Bedeutung von Symptomen richtig erfasst werden. Eine Schlüsselfunktion stellt in diesem Prozess das „Dabeisein“ des Arztes bei der narrativen Geschichte des Patienten dar. Erst durch den ständigen, wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient kann sich der Arzt vergewissern, wirklich „dabei zu sein“, d. h. die Wirklichkeit des Patienten auf der ikonischen Erlebnisebene, der indexikalischen (räumlich-zeitlichen) Orientierungsebene und der symbolischen Ebene des kognitiven und verbalen Verstehens zu erfassen. Der Behandlungserfolg hängt in diesem Modell vom Grad der Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient ab.

#### *Welche Bedeutung hat dieses neue Modell für die Praxis und welche Bedeutung hat die Praxis für dieses Modell?*

Im Modell der integrierten Medizin wird Krankheit als gestörte Passung, d. h. als gestörte Einheit des Überlebens eines Menschen mit seiner biologischen und sozialen Umwelt betrachtet. Hierbei wird von einem systemtheoretischen Ansatz ausgegangen, d. h. der Mensch, bestehend aus Subsystemen (z. B. Organen, Geweben, Zellen), ist selbst Teil von Suprasystemen, z. B. seiner sozialen Umwelt. Zwischen den Subsystemen untereinander und den verschiedenen Hierarchieebenen der Systeme findet ein ständiger Austausch in Form von Zeichenprozessen statt. Veränderungen innerhalb einer Hierarchieebene ziehen über „Auf- und Abwärtsbewegungen“ Veränderungen in anderen Hierarchieebenen nach sich. Psychosoziale Belastungen können über Abwärtseffekte zu physiologischen Veränderungen, z. B. einem Stresskulus, führen. Eine körperliche Krankheit kann hingegen über Aufwärtseffekte eine Berufsunfähigkeit zur Folge haben. Die Passungsstörung auf einer Ebene bedingt also Passungsstörungen auch auf anderen Integrationsebenen.

Ziel der integrierten Medizin ist es, die gestörte Passung des Patienten unter Einbeziehung seiner biologischen, psychologischen und sozialen Wirklichkeit wiederherzustellen. Der Arzt versucht dabei, die individuelle Geschichte einer Krankheit, eines kranken Menschen und einer Arzt-Patient-Beziehung zu erarbeiten und zu reflektieren. So kann er dem Patienten helfen, seine gestörte Passung innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung wieder zu finden. Über Auf- und Abwärtseffekte schließen sich daran Heilungsvorgänge auf physiologischer und psychosozialer Ebene an. Dieses Verständnis der ärztlichen Tätigkeit erfordert eine Sensibilität, die sich der Arzt erst aneignen muss, z. B. im Rahmen einer psychotherapeutischen Ausbildung.

### Warum brauchen wir ein neues Modell?

Ein Metamodelle wie das der integrierten Medizin ist notwendig, um verstehen zu können, wie in einem System verschiedene Subsysteme kooperieren und welche Bedeutung die einzelnen Hierarchieebenen füreinander haben. Nur in einem übergreifenden Modell können diese Zusammenhänge sichtbar gemacht werden.

### Literatur

- <sup>1</sup> Gehrtzen C. Physik. 7. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1963: 506–507
- <sup>2</sup> Peirce C. Vorlesungen über Pragmatismus. Hamburg: Meiner; 1991
- <sup>3</sup> von Uexküll T, Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg). Psychosomatische Medizin. 5. Aufl. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1996: 1–52 u. 363–369

Prof. Dr. med. F. Porzsolt

Abt. Psychotherapie und Psychosomatik  
AG Klinische Ökonomik  
Universitätsklinikum Ulm  
Steinhövelstraße 9  
89075 Ulm

E-mail: franz.porzolt@medizin.uni-ulm.de

Karin Meißner

Institut für Medizinische Psychologie  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Goethestraße 3  
80336 München

### Anzeige

Werden Sie Mitglied der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung oder geben Sie dieses Aufnahmeformular an Interessierte weiter. Die Mitgliedschaft schließt den kostenfreien Bezug der Zeitschrift „Medizinische Ausbildung“ ein. Senden Sie dieses Formular an: Prof. Dr. F. Eitel, Nußbaumstraße 20, 80336 München.

## Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft in der  
**„Gesellschaft für Medizinische Ausbildung“**  
**(Deutsche Sektion der Association  
for Medical Education in Europe)**

Den Mitgliedsbeitrag von jährlich DM 45,- (AiP DM 20,-, Studenten DM 10,-) werde ich auf das Konto Nr. 000 292 66 25 bei der Deutschen Apotheker und Ärztebank eG, Frankfurt, BLZ 500 906 07, überweisen (Stichwort: Gesellschaft für Medizinische Ausbildung).

Name und Vorname:

Titel:

Anschrift:

Telefon/Fax/E-mail:

Ort, Datum

Unterschrift