

In der heutigen Medizin lassen sich Symptome wachsender Entropie nicht übersehen. Die Bemühungen der Fakultäten, integrierte Curricula aufzustellen, erschöpfen sich in den Bemühungen, den Lernprozeß durch neue Unterrichtstechniken wie problemorientiertes und computergestütztes Lernen zu erleichtern, können aber nichts an dem ungehemmten Zuwachs der analytisch gewonnenen Inhalte ändern.

In dieser Situation müssen wir uns daran zu erinnern versuchen, daß „Integration“ ursprünglich eine ganz andere Bedeutung hat. Der Begriff kommt von dem lateinischen Wort „integer“, das „heil“ oder „unverletzt“ bedeutet. Das macht darauf aufmerksam, daß „Analyse“ auch „Verletzen“ oder „Zerstören“ eines ursprünglichen Zusammenhangs bedeutet, der nicht durch nachträgliches, additives Zusammenfügen der gewonnenen Teile wiederhergestellt werden kann.

Lebende Systeme sind nicht offen, sondern geschlossen. Sie lassen sich nur bis zu ihren Subsystemen analysieren, die bei einer weiteren Analyse ihre Systemeigenschaften – und das heißt ihre Integration – verlieren würden, die jedes lebende System für den außenstehenden Beobachter zu einer „black box“ macht, bei der er nur registrieren kann, was hineingeht, und was herauskommt, dessen Inneres ihm aber verschlossen bleibt. Niemand kann fühlen, was ein anderer fühlt oder die Gedanken eines anderen denken. Dieser „solipsistische Zustand“ ist Ausdruck der Tatsache, daß Einwirkungen der Umgebung für lebende Systeme zunächst nur „Perturbationen“ sind (Maturana), die jedes System aufgrund seines inneren Zustands individuell als Zeichen für etwas interpretiert, das für das System eine Bedeutung hat.

Zeichenvorgänge deuten die Umgebung auf Grund ihrer Bedeutung für den Zeichenempfänger. Die Zeichenlehre (Semiotik) spricht von „Interpretanten“ mit kodierender Funktion. Intersubjektivität oder gemeinsame Wirklichkeit entsteht, wenn die Partner einer Begegnung auf gemeinsame Interpretanten zur Kodierung der „Perturbationen“ zu Zeichen, die sie verstehen, zurückgreifen können, oder wenn es ihnen gelingt, gemeinsame Interpretanten zu entwickeln.

Am deutlichsten werden diese Zusammenhänge bei den Sprachen: Menschen der gleichen Sprache haben – abgesehen von individuellen Varianten – eine gemeinsame Welt. Diese Welt ist aber nicht das Ergebnis einer Beschreibung „der Welt“ mit gleichen Worten, sondern der Tatsache, die schon Humboldt gesehen hat, daß unsere Sprache unsere Welt konstruiert.

Was bedeuten diese scheinbar weit hergeholtten Überlegungen für den Arzt, der in seiner Sprechstunde keine Zeit für schöngestige Reflexionen hat, sondern das Symptom eines Patienten richtig deuten und behandeln muß?

Meine Antwort lautet: Die Überlegungen können ihm zeigen, daß jedes Symptom zwei verschiedene Bedeutungen hat:

Es kann einmal die Wirkung einer im Körper des Kranken verborgenen Krankheitsursache sein, die es aufzufinden und zu beseitigen gilt.

Es ist darüber hinaus aber in jedem Fall ein Zeichen, das für den Kranken eine Bedeutung hat, die ihn zum Arzt führt.

In der ersten Bedeutung ist das Symptom ein Zeichen für den Arzt, der den Körper des Patienten als offenes System deuten muß, um chirurgisch oder medikamentös eingreifen zu können.

In der zweiten Bedeutung ist das Symptom ein Zeichen für den Kranken und den Arzt, der in der Kommunikation mit dem Kranken eine gemeinsame Interpretation finden muß, um seinen Behandlungsauftrag verstehen und verantwortlich handeln zu können.

Mit diesen Gedanken entstehen am Horizont die Umriss einer Metatheorie unseres medizinischen Handelns, mit der wir die Zweiteilung des Menschen als Patientenseele ohne Körper einerseits und Patientenkörper ohne Seele andererseits hinter uns lassen können. Diese Umriss am Horizont lassen ein lernendes Handlungsmodell erkennen, dessen konkrete Weiterentwicklung wir u.a. in der Arbeit an der Reflektierten Kasuistik, an dem Modell der Passung und an dem Erkennen der verschiedenen Systemebenen versuchen. Das alles gehört zum Begriff der „Integration“, der Integrierten Medizin. Und deswegen sieht es an der Schwelle zu diesem neuen Jahrtausend auch nicht so aus, als könnten wir uns ausruhen! Ich wünsche unserer Akademie für Integrierte Medizin daher, daß wir Schritt für Schritt auf diesem Weg vorankommen und die Chance nutzen, weiter gemeinsam und voneinander zu lernen.

* * * * *

Protokoll der Mitgliederversammlung der Akademie für Integrierte Medizin am 8. Oktober 1999 in Arolsen

1. **Eröffnung der MVV** durch den Sekretär, Feststellung der Beschlußfähigkeit aufgrund der rechtzeitigen, satzungsgemäßen Einladung.
2. **Bericht des Vorstands:** Derzeitiger Stand der Mitgliedschaft: 104 ordentliche Mitglieder, 34 Mitglieder des Lehrkörpers, 7 Vorstandsmitglieder: Die AIM hat zur Zeit 145 Mitglieder. Der Sprecher Werner Geigges berichtet über die Aktivitäten der AIM im vergangenen Jahr (auch nachzulesen im Akademie-Telegramm Nr. 3 von Juli/August 1999). Zur finanziellen Situation: Die AIM hat auch im vergangenen Rechnungsjahr wiederum einen Überschuß erwirtschaftet, auf vorhandene Reserven wurde nicht zurückgegriffen. Eine detaillierte Übersicht über die AIM-Finzen ist für Mitglieder auf Anforderung über das Sekretariat erhältlich. Von Herrn Plassmann wird angeregt, das vorhandene AIM-Kapital bzw. einen Teil davon zinsgünstiger anzulegen. Der Sekretär wird hierzu Informationen einholen.
3. Werner Geigges dankt Philipp Herzog für seine Aktivitäten im Zusammenhang mit dem **AIM-Telegramm** und Bernd Hontschik (bzw. seinem Sohn Jonathan) für den erfolgreichen **Internet-Auftritt**. Bericht aus den regionalen Arbeitsgruppen:
 1. **Hamburg** (Schmeling-Kludas): Die Struktur der Gruppe ist weitgehend erhalten geblieben, allerdings zeichnet sich ein etwas abflauendes Interesse ab. Viermal im Jahr findet ein Treffen aller Mitglieder statt. Der harte Kern der Mitglieder hat sich auf ca. neun Mitglieder eingependelt. Insgesamt wird die Entwicklung von der Hamburger Gruppe positiv im Sinne einer Stabilisierung beurteilt.
 2. **Hannover** (Konitzer): Alle zwei Monate findet in der Klinik von Herrn Kämmerer ein Treffen der Regionalgruppe statt. Teilnehmer sind hauptsächlich psychosomatisch tätige Allgemeinmediziner. Arbeitsweise nach der Methode der reflektierten Kasuistik und gemeinsame Lektüre. Die Kontinuität ist gut, durchschnittliche Teilnehmerzahl 10.
 3. **Münster** (Schlitt, Forum für integrierte Medizin). Treffen einmal im Monat, jeweils ein Mitglied hält einen Vortrag. Kerngruppe sind ca. 10 Mitglieder, die immer anwesend sind. 2-3 Mal im Jahr finden größere Treffen mit weiteren 10 zusätzlichen Teilnehmern statt. In der letzten Zeit zeichnet sich eine Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin (Heuft) ab.
 4. **Stuttgart** (Wedler, siehe Mitteilungsblatt, kein Mitglied anwesend).
 5. **Freiburg** (Frau Leininger): Treffen einmal im Monat, Arbeit nach der Methode der reflektierten Kasuistik. Experimentiergruppe für neue theoretische Modelle (Zeichenlehre). 12 Mitglieder nehmen regelmäßig teil. Die Absicht, sich aufzuteilen, um weitere Zellen zu bilden, wurde wegen guter Gruppenkohärenz bisher noch nicht realisiert.
 6. **Basel** (Thure von Uexküll): Hier findet alle 4 Wochen ein Treffen bei Herrn Langewitz statt. Ca. 12 Teilnehmer.
4. Vorschläge **Jahrestagung** und **Lehrkörpertreffen**: Die Jahrestagung soll am Ende September/Anfang Oktober 2000 stattfinden. Der Vorstand wird klären, wann und an welchem Ort die Tagung stattfinden kann und die Mitglieder so früh wie möglich informieren. Es wird sich im Jahr 2000 wieder um eine öffentliche Tagung handeln. Lehrkörpertreffen 19./20. Mai 2000. Thema der Jahrestagung: **Narrative Medizin als Aspekt der integrierten Medizin**. Programmgestaltung durch den Vorstand in Zusammenarbeit mit dem Ausrichter der Tagung. Anmerkung: Termine und Ort von Lehrkörpertreffen und Jahrestagung s. Seite 19
5. Bericht über die **Redaktionsarbeit**: Philipp Herzog bittet dringend um aktive Beteiligung am AIM-Telegramm in Form von Arbeitsgruppenberichten, kurzen Beiträgen und eventuell auch Leserbriefen. Es wird beschlossen, daß das Mitteilungsblatt nicht mehr als zweimal im Jahr erscheinen soll. Zusammen mit den Tagungen wird die Kommunikation zwischen den Mitgliedern so als adäquat angesehen
6. **Einzugsermächtigungsverfahren**: Noch einmal dringender Appell an alle Mitglieder, sich daran zu beteiligen. Einige Mitglieder haben weder eine Einzugsermächtigung erteilt noch ihren Beitrag überwiesen. Der Vorstand wird beschließen, wie in diesen Fällen zu verfahren ist.
7. **Verschiedenes**: Herr Plassmann merkt an, daß die bisherige Regelung, bei zweimaligem Fehlen aus dem Lehrkörper ausgeschlossen zu werden, nicht angemessen sei. So habe er persönlich z.B. zweimal wegen dringender

anderweitiger Verpflichtungen effektiv nicht teilnehmen können. Der Vorstand berichtet, daß die Ausschlussklausel bisher noch in keinem Fall zur Anwendung gekommen ist, sieht allerdings die Notwendigkeit eines differenzierteren Vorgehens. Die Mitgliederversammlung beschließt folgende Neuregelung: Bei einmaligem Fehlen in Folge eines Lehrkörpermitglieds soll sich der Vorstand mit diesem persönlich in Verbindung setzen und klären, welche realistischen Aussichten auf eine weitere Mitarbeit im Lehrkörper bestehen.

Der Vorstand dankt Herrn Nelting und seinen Mitarbeitern für die hervorragende Vorbereitung und Durchführung der internen AIM-Tagung 1999.

*Protokoll: Wulf Bertram
18.10.1999*

* * * * *

Bericht von der Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin am 8. und 9. Oktober 1999 in der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen

Die diesjährige Jahrestagung fand als interne Tagung aus dem Mitgliederkreis in der Tinnitus-Klinik Bad Arolsen statt. Es nahmen etwa 50 Personen teil, sowie 15 Mitarbeiter der Klinik aus allen therapeutischen Berufsgruppen. Die Themen waren am Freitag „Integrierte Arbeit im Team“, mit dem Hauptvortrag „Wie funktionieren Teams und wie scheitern sie?“ von **F. Simon** aus Heidelberg, am Samstag „Reflektierte Kasuistik“ mit dem Hauptvortrag zu diesem Thema von **W. Geigges**, Glottertal.

Nach den Begrüßungen durch den Bad Arolser **Bürgermeister Schaller**, **Klinikdirektor M. Nelting**, sowie **AIM Vorstandssprecher W. Geigges** begann die Tagung mit dem

Vortrag von F. Simon

Mit der bekannten Brillanz und dem ihm eigenen trockenen Humor beleuchtete Prof. Simon Teamzusammenhänge und deren Gesetzmäßigkeiten. Er verwies auf den inflationären Gebrauch des Wortes *Team* und die nötigen Abgrenzung zu Arbeitsgruppen und anderen Organisationsformen der Zusammenarbeit von Menschen. Ohne eine allgemein gültige Teamdefinition geben zu wollen, grenzte er *Team* doch ein auf Mitarbeiter, die mit unterschiedlichen Qualifikationen an definierten Aufgaben zusammen arbeiten und auch zu „face-to-face“ Kommunikation leibhaftig zusammentreffen. Er trug weiter vor, daß sich in der Teamkommunikation betriebliche Kommunikationsarten mit vorgegebenen Abläufen einerseits und eher familiäre Kommunikationsformen andererseits, in der weniger Festlegung sondern eher Begegnungen im Mittelpunkt stehen, in der Regel mischen. Er wies darauf hin, daß diese neue Kommunikationsart stark motivieren und viel Kreativität freisetzen kann. Aufgrund der familiären Atmosphäre entstehen aber auch viele private Kontakte oder Beziehungen. Dies kann zu Interessenkonflikten, persönlichen Verwicklungen bis hin zur Hemmung der Arbeit im Team führen. Häufig scheitern Teams an dem Umstand, daß es so etwas wie einen Gleichheitsgrundsatz gibt, der zu der eher utopischen Annahme führt, alle Mitarbeiter seien für den jeweiligen Arbeitsauftrag des Teams gleich wichtig. Diese Annahme würde häufig darüber hinwegtäuschen, daß zwar formell Gleichheit besteht, aber informell doch eine bedeutende Ungleichheit. Die daraus entstehenden Konflikte können bis zur Funktionsuntüchtigkeit des Teams führen. Im Gegensatz dazu zeichnen sich funktionierende Teams häufig dadurch aus, daß die Unterschiede in der Wichtigkeit für die Aufgabe der einzelnen Mitarbeiter benannt werden. Den Leiter kennzeichnet, daß er seine Leitungsautorität im wesentlichen nicht benutzt, aber dafür sorgt, daß die Informationen tatsächlich gleichermaßen an alle fließen. Eine weitere Schwierigkeit für Teams entsteht, wenn der Leiter es versäumt, alle am Erfolg beteiligten Teammitglieder zu erwähnen. Der Vortrag endete unter großen Beifall.

Kleingruppenarbeit

Videogruppe

(Zusammenfassung der ursprünglich vorgesehenen 2 Gruppen zu einer Gruppe):

Die Teamsitzungen in der Tinnitus-Klinik haben eine Struktur, bei der alle Therapeuten mit ihren Ersteindrücken und Gefühlen aus der Aufnahmesituation mit Patienten berichten. Danach wird von dem Alltag der Patienten berichtet. Es folgt eine Darstellung der erhobenen Befunde. Es wird versucht, die Lebenswirklichkeit der Patienten in der Gruppe nachzuempfinden und den Behandlungsauftrag zu klären.

Für die Beobachtergruppe war es schwierig, das Video mitzuerleben. Es wurde teilweise als langweilig, zäh und farblos empfunden. Nach 40 Minuten war die Patientin in der Beobachtergruppe immer noch nicht richtig faßbar. Es entwickelte sich eine depressive Grundstimmung in der Beobachtergruppe. In der Diskussion wurde versucht, diese Wahrnehmungen und Phänomene zu klären, insbesondere ob hier sich möglicherweise die Patientenwirklichkeit auch auf die Beobachtergruppe gelegt haben könnte, was von der Mehrheit der Teilnehmer bestätigt wurde. Als weitere Frage ergab es sich, welche Möglichkeiten so ein Team, bzw. die Beobachtergruppe habe, aus dieser eigenartigen Stimmung wieder herauszukommen. Zum einen aus psychohygienischen Gründen, zum anderen aber auch zum Nachspüren der Frage, ob in solchen Lösungen nicht auch Lösungen für die Patienten liegen könnten. Weiter war erstaunlich zu sehen, wieviel Konzepte und theoretische Modelle einer solchen Teamsitzung eigentlich zu Grunde liegen und daß viele dieser Modelle doch für die praktische Arbeit sehr brauchbar sind. Im Resümee war dieses Video für die Beobachtergruppe sehr lehrreich. Dies war eine Bestätigung für das didaktische Vorgehen mit der Präsentation von Videos. Im gleichem Maße waren aber auch alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams beeindruckt, was sich noch alles an Erkenntnissen zu dieser Patientin und zu ihrer eigenen Teamarbeit durch die Diskussion ergeben hat.

Der Samstag, 9. Oktober, stand unter der Überschrift „**Reflektierte Kasuistik**“. **Werner Geigges** stellte im Hauptvortrag das Modell der reflektierten Kasuistik vor. Die drei Essentials dieses Modells sind

- die konstruktivistische Sicht:
Wirklichkeit ist nicht einfach Form, sondern wird von jedem konstruiert.
- die systemtheoretische Sicht:
Wir stellen als Organismus ein System dar, unterteilt in Subsysteme, von der Zelle angefangen bis hin zum psychosozialen Organismus. Das heißt, daß wir uns auch in unserer Interaktion als Organismus mit der Umwelt in einem System befinden und wir als Therapeuten die schwierige Aufgaben haben, Kontakt aufzunehmen zu den unterschiedlichen Subsystemebenen, daß hier jeweils doch unterschiedliche diagnostische Regeln gelten und daß dies alles am Ende wieder integriert werden muß.
Im weiteren ist die Unterscheidung herauszustellen, ob wir es mit offenen oder geschlossenen Systemen zu tun haben.
- die Einheit von Organismus und Umwelt, mit dem wichtigen Hinweis, daß es hier nichts Festes gibt, sondern daß diese Einheit ständig neu hergestellt wird.
Innerhalb der Beziehung in dieser Einheit lassen sich Unterteilungen nach Zeichenprozessen machen. Thure von Uexküll führte hierfür ja die Universalkategorien von Pierce ein, um konkrete Aspekte von Krankengeschichten, insbesondere bezüglich der Einheit von Organismus und Umwelt anzuschauen. Diese drei universalen Zeichenkategorien (Ikonizität, Indexikalität, Symbolizität) werden ja inzwischen in der Arbeit der Akademie für Integrierte Medizin zunehmend verwandt.

Konkret ging es weiter um die Frage der Passung und der Passungsstörung im besonderen und die Frage: „Wie kann man therapeutisch arbeiten, um Passungsstörungen mit dem Patienten zu überwinden?“ W. Geigges unterstrich das mit dem sehr wichtigen Satz, daß das Interessante eigentlich nicht immer nur sei, wie eine gelungene Passung aussehe, sondern eher die Frage, wie man mit den vorhandenen Ressourcen bei Arzt und Patient aus den immer vorhandenen und immer wieder neu entstehenden Passungsstörungen zu einer immer wieder stattfindenden Überwindung in einem integrativen Prozeß gelangt.

Diese theoretischen Ausführungen erhellte er dann an einer konkreten Kasuistik einer 67 Jahre alten Frau mit einer schwierig einzustellenden Hypertonie. Interessant war hier insbesondere auch, wie es in einer Patienten-Odyssee einem Behandler gelingt, in eine Passung mit dem Patienten zu gelangen und wie diese Begegnung für nachfolgende Arbeit in der Behandlerkaskade auch zur Matrix werden kann. Es wurde auch deutlich, daß Behandlungen, die für Arzt und Patient nicht das medizinisch erwartete Ergebnis ergeben, doch sehr sinnvoll für Arzt und Patient sein können, wenn in der Begegnung tatsächlich im Sinne einer Passung ein tiefes Berührtsein stattfindet. Die Reflektion dieser Krankengeschichte hat sicherlich alle Teilnehmer dazu aufgefordert, die eigene Praxis weiterhin und regelmäßig zu überdenken.

Es folgten die **Berichte über die Kleingruppenarbeit**.

In der ersten Gruppe (Moderation: **P. Herzog**) wurde vom behandelnden Hausarzt eine ältere Patientin vorgestellt. Dabei erwies sich das von C. Schmeling-Kludas, G. Ulrich und W. Burger vor zwei Jahren vorgestellte Modell (Med. Welt 1999, 50: 205-209) erneut als sehr hilfreich. Im wesentlichen geht es darum, sich immer wieder deutlich zu machen, auf welcher Systemebene man sich bewegt und wo Störungen der Passungsvorgänge geortet werden können. Nützlich erwies sich in der Gruppenarbeit der im Vortrag von W. Geigges formulierte Gedanke, daß bei jeder Kasuistik drei Ebenen relevant sind: die Geschichte einer Krankheit, die Geschichte einer Person und die Geschichte einer Arzt-Patienten-Beziehung. In dem diskutierten Fallbeispiel war die Geschichte der Krankheit klar umrissen, im wesentlichen im organmedizinischen Bereich. Die Geschichte der Patientin blieb in weiten Teilen un-

klar, da keine biografische Anamnese vorlag. Das tragende Element in dieser Fallgeschichte aber war die Arzt-Patienten-Beziehung, die die Grundlage für den Lösungsweg der Patientin und damit für eine geglückte Passung bot.

In der zweiten Gruppe (Moderation **W. Geigges**) ging es um eine Patientin mit einer langen Krankheitsgeschichte, bei der seit dem siebzehnten Lebensjahr ständig Entzündungen im Bein vorlagen, mit Abzeßbildungen und ständigen Abszeßspaltungen. Schließlich wurde die Amputation diskutiert. Letzlich gelang in dieser desolaten Entwicklung doch noch eine Weichenstellung, indem die Patientin dann in die Klinik von Herrn Plassmann überwiesen wurde und in einer extrem schwierigen Behandlung der innere Faden dieser Krankheitsgeschichte und des Anliegens der Patientin gefunden werden konnte.

In der dritten Gruppe (Moderation **R. Adler, M. Nelting**) führte Herr Adler ein Interview mit einem unserer Tinnituspatienten. Dieses 15minütige Gespräch, zusammen mit der Nachbesprechung, war sicherlich ein Lehrstück par excellence für alle, die in dieser Gruppe waren. In der Besprechung wurden zuerst die nonverbalen Zeichen, dann die Gegenübertragungsphänomene und zum Schluß das Symptom betrachtet. Es ergaben sich dabei für alle Beteiligten unter Einschluß der Therapeuten des Patienten, erstaunliche weitere Einsichten und es wurde noch einmal deutlich, wie wichtig es ist, in der Begegnung mit einem Patienten wirklich da zu sein und aus diesem Erleben heraus das Anliegen des Patienten zu verstehen.

Im **Schlußplenum** regte **Thure von Uexküll** noch einmal an, ob es Sinn habe, über neue Modelle nachzudenken oder ob das, was wir haben, schon genügt. In der durchaus kontroversen Diskussion wurde aber auch angesprochen, daß einige der Modellvorstellungen der integrierten Medizin durchaus von anderen therapeutischen Ansätzen gut verstanden und in die Sprache des jeweiligen Therapiesystems übersetzt werden können. Allerdings findet sich in jeder Zugangsweise wieder doch auch ein spezifisch Eigenes. Gleichzeitig wurde mehrfach angesprochen, daß es in der praktischen Arbeit nicht einfach ist, die häufig doch sehr abstrakten Modellvorstellungen in Analyse und Reflektion, sauber anzuwenden, aber es wurde auch erwähnt, daß das Auseinandersetzen mit diesen Modellen auch in der Form hilfreich ist, die Bereitschaft gestärkt wird, sich seine Arbeit noch einmal von einem Metastandpunkt anzuschauen, oder auch anschauen zu lassen.

Für die Mitarbeiter der Klinik kann ich sagen, daß diese Tagung sehr viel Anregung und ernsthafte Reflektion gegeben hat, gerade auch nach der Tagung in den letzten Wochen und Monaten und daß wir als Klinik sehr dankbar sind, daß wir diese Tagung mit der AIM abhalten durften. Danken möchten wir an dieser Stelle auch noch einmal allen Mitarbeitern, die zum Gelingen dieser Tagung beigetragen haben. Danken möchten wir ebenso den Teilnehmern und dem Vorstand, die sich mit ihrer ganzen Kreativität auf die Verhältnisse der Klinik eingestellt haben. Danken möchten wir auch den Köchen und dem Servicepersonal, da es nach allem, was wir gehört haben, auch gelungen war, für das leibliche Wohl aller Beteiligten eine gute Passung zu erreichen.

In diesem Sinne freue ich mich, daß dieses Experiment, die Tagung in unserer doch recht spezialisierten Klinik abzuhalten, durchaus gelungen ist. Ich denke, wir haben für unsere weitere integrative Arbeit mit den Patienten ordentlich Schubkraft erhalten. Zum Schluß möchte ich mich noch bei meiner Sekretärin Frau Schiller bedanken, die bereits im Vorfeld alle Tagungsteilnehmer vorbildlich betreut hat und ebenso perfekt das Tagungssekretariat geleitet hat. Vielen Dank.

Hinweis:

Vorträge und Gruppendiskussionen und -arbeit werden voraussichtlich im II. Quartal 2000 als Tagungsband im Rahmen der Schriftenreihe der AIM im Schattauer Verlag zum Preis von DM 25,00 erscheinen.

*Manfred Nelting
Klinikdirektor Tinnitus-Klinik Arolsen*

* * * * *

Bericht über die Arbeitsgruppe „Forschung in der Integrierten Medizin“ am 8. Oktober 1999, Jahrestagung der AIM in Bad Arolsen

Während der Akademietagung in Bad Arolsen tagte erneut die Arbeitsgruppe Forschung. Es nahmen 18 Kolleginnen und Kollegen aus der Akademie für Integrierte Medizin teil, 5 davon hatten auch an der vorangegangenen Sitzung in Glotterbad im Oktober 1998 teilgenommen. Etwa 6 Teilnehmer wiesen Forschungserfahrungen auf.

In der **Einführung** (Christoph Schmeling-Kludas) wurde zunächst noch einmal der Forschungsansatz der Integrierten Medizin in Erinnerung gerufen, bei dem es darum geht, den galileischen Wissenschaftsansatz der „naturwissenschaftlichen“ Medizin um die Indizienwissenschaften zu ergänzen und beide zu integrieren. Als zweiter Schritt wurde dann ein für die Arbeitsgruppe entworfenes Papier vorgestellt, das Kriterien für die Qualität von Passungen auflistet. Das Kriterienpapier orientiert sich im wesentlichen an der Arbeit von Burger, Schmeling-Kludas und Ulrich (Medizinische Welt 1999, 50: 205 - 209).

Im Anschluß wurde der Frage der Passungsbeurteilung anhand von 4 Praxis- bzw. Forschungsfeldern nachgegangen.

Zunächst berichtete **Thure von Uexküll** über **Placeboforschung**. Ein Überblick aus den Resultaten von Doppelblind-Studien ergab, das Placeboeffekte bei 0 bis 90 % der behandelten Patienten mit den unterschiedlichsten Erkrankungen auftreten. Ein wesentlicher Aspekt davon ist, daß alle physiologischen Vorgänge durch Konditionierung verändert und somit mit der psychosozialen Systemebene in Verbindung gebracht werden können. Nach wie vor ist der genaue Mechanismus von Placeboeffekten unklar. Der neue Forschungsansatz der Integrierten Medizin berücksichtigt 3 Aspekte:

1. Die Betrachtung von Organismen als „Einheiten des Überlebens“, die auf Passungen mit ihrer Umwelt angewiesen sind.
2. Die Beachtung der Subsysteme lebender Systeme und der zwischen diesen Subsystemen stattfindenden Auf- und Abwärtsbewegungen.
3. Die Betrachtung von Organismen und ihrer Umwelt als geschlossene Systeme, die einen Sollwert aufweisen.

Untersuchungsgegenstand in dieser Art von Placeboforschung wird dann die Arzt-Patient-Beziehung, die als System und mit ihrer Geschichte betrachtet wird. Unklar ist dabei aber nach wie vor, wie eine „passende“ Arzt-Patient-Beziehung unter Berücksichtigung der individuellen Wirklichkeiten von Arzt und Patient definiert werden kann.

Als zweiter berichtete **Bernd Hontschik** über sein **Appendektomieprojekt**, das vor Jahren mit dem Hans-Roemer-Preis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin ausgezeichnet wurde und den meisten Anwesenden bekannt war. Hierbei tritt das Problem auf, daß zwischen junger Patientin und ihrer Mutter, die mit dem Appendektomiewunsch in die Klinik kommen, und den überwiegend jungen, männlichen Chirurgen eine Einigung darauf erfolgen kann, daß eine Appendektomie durchgeführt wird, ohne daß diese indiziert ist. In diesem Fall wäre mit einer hohen Zufriedenheit auf seiten der Patientin und ihrer Mutter sowie des behandelnden Arztes zu rechnen, obwohl in der Außenperspektive keine geglückte Passung zu verzeichnen wäre. Eine umfassende Beurteilung der Passung setzt in solchen Fällen die Einbeziehung aller betroffenen Systemebenen voraus, d. h. in diesem Fall auch die der Organe, und zwar speziell des Magen-Darm-Traktes. Für einen gesunden Appendix ist die Appendektomie keine angemessene Passung!

Philipp Herzog berichtete über eine **Arzt-Patient-Beziehung in der Allgemeinpraxis**. Es handelte sich um eine Patientin mit zumindest angedeuteter sadomasochistischer Beziehungsaufnahme, die bei dem behandelnden Allgemeinarzt Ablehnung hervorrief. Wegen chronischer Schmerzen wurden in lockeren Abständen intramuskuläre Injektionen verabreicht, die der behandelnde Arzt als problematisch erlebte. Die Patientin wirkte mit dem „Arrangement“ hochzufrieden. Ebenso wie im Fall der jugendlichen Appendektomie-Patientinnen wird damit die Patientenzufriedenheit zu einem fragwürdigen Kriterium der Passungsqualität. Kontrovers beurteilt wurde die Frage, wie die gefundene Passung zu beurteilen sei. Einerseits handelt es sich möglicherweise um die (eingeschränkte) Beziehungsqualität, die der Patientin vor dem Hintergrund ihrer Struktur und ihrer schwierigen äußeren Situation überhaupt nur möglich ist, andererseits wird der Arzt zum Mitspieler bei einem Spiel auf neurotischem Niveau. Schließlich stellte **Christoph Schmeling-Kludas** die Passungsfrage aus dem Blickwinkel der **differentiellen Indikationsstellung in einer psychosomatischen Fachklinik** vor. Aus dem Allgemeinen Modell für Psychotherapie von Howard und Orlinsky aus dem Jahre 1988 lassen sich in der Psychotherapie 4 Bereiche definieren, die möglichst optimal aufeinander abzustimmen sind:

1. Die Störung des Patienten.
2. Das Behandlungsmodell des Therapeuten.

3. Therapiebezogene und personale Merkmale des Patienten.
4. Therapiebezogene und personale Merkmale Therapeuten.

C. Schmeling-Kludas berichtete, wie in den SEGEBERGER KLINIKEN auf dieser Basis in einer Verteilungskonferenz die jeweils in einer Woche neu eingetroffenen Patienten auf die Psychotherapeuten verteilt werden, und daß dabei 4 Entscheidungsebenen definiert werden können: Die Störung und die persönlichen Merkmale des Patienten können jeweils mit dem Behandlungsmodell und den persönlichen Merkmalen des Therapeuten in „Passung“ gebracht werden. Indikator für eine gute Passungsqualität ist dann die Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses.

In der anschließenden Diskussion wurden unter anderem folgende Punkte diskutiert:

1. „Gib mir einen festen Punkt, und ich werde die Welt aus den Angeln heben“. Ein solcher fester Punkt, d. h. ein über alle unterschiedlichen Behandlungssituationen konstantes Kriterium für die Qualität von Passungen scheint es nicht zu geben. Statt dessen muß offenbar für jede einzelne Behandlungssituation bzw. für jedes Problem und jeden Behandlungsauftrag des Patienten definiert werden, was ein Kriterium für eine gelungene Passung aus Sicht von Patient, Behandler und anderen ist.
2. Der Binnensicht der an der jeweiligen Passung Beteiligten muß schon wegen des ersten Gesichtspunktes immer eine Außensicht hinzugefügt werden. Der Außenbeurteiler müßte vermutlich in vielen Fällen festlegen, welches Kriterien einer geglückten Passung sind (ob z. B. die Patientenzufriedenheit im vorliegenden Fall ein Indikator für eine geglückte Passung sein kann).
3. Bei vielen Problemen müssen offenbar mehrere Systemebenen einbezogen werden, wenn die Qualität von Passungen beurteilt werden soll (s. o. Diskussion zum Appendektomieprojekt von Hontschik).
4. Am Beispiel von Patienten mit Colon irritabile machte Prof. Thure von Uexküll darauf aufmerksam, daß auch die Passung der Organe mit dem Gesamtorganismus gestört sein kann und insofern in eine Beurteilung von Passungen einbezogen werden muß.
5. Am Beispiel des Placeboeffektes wurde eine Forschung anhand von Extremgruppenbildungen vorgeschlagen, d. h. der Vergleich von Patienten mit ausgeprägtem Placeboeffekt versus „Placebo-Versagern“. Aus der Analyse der zugehörigen Arzt-Patient-Beziehungen könnten möglicherweise Hinweise für die Passungsforschung resultieren.
6. Wie aus dem Beispiel der Heidelberger zweihändigen Baumsäge ersichtlich, ist es möglicherweise einfacher, Passungsstörungen zu definieren als zu beschreiben, wie eine gute Passung hergestellt und aufrechterhalten wird. Wie am folgenden Tag von Werner Geigges ausgeführt, gibt es möglicherweise so etwas wie „Passung“ als definierbaren Zustand gar nicht. Vielmehr sind der Organismus und seine Subsysteme ständig Passungsstörungen ausgesetzt, die mit Hilfe der eigenen Ressourcen überwunden werden müssen. Entsprechend wäre auch in der Forschung ein Ansatz fruchtbarer, von Passungsstörungen auszugehen und den Weg und die Ressourcen zu betrachten, die dem Organismus bereitgestellt bzw. von diesem aufgewandt werden können, um sich der Utopie einer Passung wieder anzunähern.

Abschließend wurde beschlossen, die Arbeitsgruppe Forschung im Jahr 2000 anhand der Passungsfrage weiterzuführen. Bewährt hat sich aus Sicht der Teilnehmer das bisherige Vorgehen, jeweils konkrete Forschungsprojekte oder Problemstellungen aus der Praxis vorzustellen, anhand derer die Forschungsfragen konkret diskutiert werden können. Die diesmal zur Verfügung stehende Zeit von 2 ½ Stunden war aus meiner Sicht eher knapp.

Priv. Doz. Dr. C. Schmeling-Kludas
(Leiter des Forschungsreferates der Akademie für Integrierte Medizin)
Bad Segeberg, 13.10.99

* * * * *

Institutionen stellen sich vor

In dieser Rubrik sollen im Sinne der AIM integriert arbeitende Institutionen die Gelegenheit erhalten, sich vorzustellen.

INSELSPITAL - Universitätsspital Bern - Hôpital universitaire de Berne

Medizinische Abteilung C. L. Lory-Haus

CH-3010 Bern

Der Träger des Inselspitals und damit auch der Medizinischen Abteilung C. L. Lory-Haus ist der Kanton Bern.

Leitender Arzt:

Prof. Dr. med. Rolf Adler

Grösse der Abteilung

Die Abteilung belegt ein gesamtes Gebäude, das denkmal-geschützte, von Salvisberg im Bauhaus-Stil gebaute Lory-Haus auf dem Areal der Inselkliniken der Medizinischen Fakultät Bern.

Bettenzahl

Die Abteilung weist 58 Betten auf. Ein Ambulatorium wird betrieben, in dem an die 1500 Konsultationen jährlich stattfinden.

Mitarbeiterstruktur

Das medizinische Team umfasst

- den Chefarzt, ordentlicher Professor für Innere Medizin, insbesondere für Psychosomatik
- 4 Oberärzte, alle Fachärzte für Innere Medizin mit psychotherapeutischer Ausbildung
- 7 Assistenzärzte, v.a. Anwärter auf den Facharzttitel Innere oder Allgemeine Medizin
- einen klinischen Psychologen.

Der Pflegedienst betreut 5 Abteilungen mit die Stationen leitenden Schwestern.

Das Physiotherapie-Team hat 8,5 Stellen, das Ergo-Team 4 Stellen, 1 Logopädin gehört zum Gesamtteam, sowie 2 Sozialarbeiter.

Einzugsgebiet

Es umfasst den Kanton Bern mit seinen ca. 800'000 Einwohnern und die an den Kanton angrenzenden Gebiete folgender Kantone: Solothurn, Aargau, Luzern, Wallis, Freiburg.

Kostenträger

Dies ist der Kanton Bern, es handelt sich also um einen staatlichen Betrieb

Akutklinik/Rehabilitationsklinik

Unsere Abteilung füllt die Lücke zwischen akut und Rehabilitation aus und steht in der Mitte dieser Behandlungskette.

Indikationsspektrum

Die betreuten Bereiche betreffen Psychosomatik, Rehabilitation v.a. von Neurovaskulärkranken, Patienten mit langanhaltenden und schwierig zu behandelnden und zu diagnostizierenden Schmerzen, psycho-onkologische Patienten und die Palliativmedizin.

Stellenschlüssel

Dieser geht aus den oben erwähnten Daten hervor.

Inhaltliche Konzeption

Die Medizinische Abteilung Lory-Haus hat sich darauf spezialisiert, konsequent ein biopsychosoziales Konzept in Dienstleistung, Lehre und Forschung umzusetzen. Körperliche, psychische und soziale Aspekte werden bei Diagnosestellung gleichzeitig erfasst, gewichtet und in die Behandlung einbezogen. Unser Behandlungsauftrag umfasst schwerpunktmässig auf tertiärmedizinischem Niveau, d.h. als Zentrumsaufgabe, die Rehabilitation von Patienten mit neurovaskulären Leiden und von multimorbiden Patienten, den Bereich Geriatric Assessment, die Abklärung und Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Leiden mit schwer behandelbaren Schmerzen sowie die palliativmedizinische und psycho-onkologische Behandlung von Patienten. Diese Dienstleistungen werden stationär, ambulant und konsiliarärztlich angeboten. Dadurch wird gewährleistet, dass die Leistungen der MELO effizient als Teil einer Behandlungskette erbracht werden können.

(Prof. Dr. R. Adler)

KRANKENHAUS FREYUNG

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH (i.G.)
Krankenhausstraße 6, 94078 Freyung
Tel.: 08551-977-152 (Sekretariat), -155/156 (Station), Fax: 08551-977-152
e-mail: andreas.remmel@t-online.de

Ärztlicher Leiter

Chefarzt Dr. phil. Dr. med. Dipl. Psych. Andreas Remmel
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoonkologie
Lehrbeauftragter am Institut für Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München
Neueröffnung der Abteilung: 1. März 1999

Bettenzahl

20 (Erweiterungsplanung für 40 Betten)

Mitarbeiterstruktur

1 Chefarzt, 1 Assistenzärztin, 1 Psychologischer Psychotherapeut, 1 AiP, 1 Kunsttherapeutin, 0,5 Musiktherapeutin; 8 Pflegekräfte, davon 1 Yoga-Lehrerin, 1 Feldenkrais-Therapeutin (Honorarkraft), 1 Arzthelferin (Trainingsmaßnahme), 0,5 Zivildienstleistender, 1 Sekretärin; Diplomanden und Praktikanten

Einzugsgebiet

Region Ostbayern, indikationsbezogen überregional

Kostenträger

Alle Krankenkassen

Indikationen

Krankheiten und Störungsbilder aus dem gesamten Bereich der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin.

Entwicklung besonderer **Behandlungsschwerpunkte** für:

- Somatoforme Störungen
- Angststörungen
- Depressionen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Eßstörungen
- Chronische Schmerzsyndrome
- Tinnitus
- Psychoonkologie

Inhaltliche Konzeption

Die Abteilung arbeitet nach dem Konzept einer integrierten stationären Psychosomatik: Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht die Zuwendung zum inneren Erleben und der inneren Lebensgeschichte von Menschen sowie das achtsame Wahrnehmen und Gestalten sozialer Beziehungen.

Patienten werden nach einem vorstationären Erstkontakt (*Indikation, Motivationsprüfung*) i.d.R. für eine Behandlungsdauer von 4 bis 6 Wochen stationär aufgenommen. Somatische wie psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsschritte sind eng miteinander verzahnt.

Während der ersten Tage des stationären Aufenthaltes erfolgen ausführliche psychosomatische Erstgespräche sowie klinische und klinisch-laborchemische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Symptomklärung. Im interdisziplinären Verbund mit den weiteren Fach- und Belegabteilungen sowie den Konsiliarärzten der Klinik umfaßt dies, je nach Bedarf, internistische (*EKG, LZ-EKG, Echokardiographie, Lungenfunktion, Endoskopie*), neurologische, radiologische (*konventionelles Röntgen, CT, MRT, Mammographien*), gynäkologische, HNO- und augenärztliche, dermatologische und orthopädische Maßnahmen.

Die Behandlungskonzeption unserer Abteilung beruht auf dem reflektierten Einsatz verschiedener psychotherapeutischer Modelle und Verfahren, die sich an den jeweiligen Erfordernissen der einzelnen Patienten orientieren. Die Behandlungsansätze sind tiefenpsychologisch fundiert, und sie umfassen humanistische und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Verfahren ebenso kreative, gestaltungs-therapeutische und physikalisch-medizinische Angebote.

Je nach Indikation bilden neben einer intensiven einzeltherapeutischen und körperärztlichen Arbeit die psychotherapeutische Kerngruppen-Arbeit mit jeweils 8-10 Patienten, sowie die Arbeit mit körperorientierten, nonverbalen und kreativen Verfahren, die Schwerpunkte.

Ein besonderes Gewicht liegt auf der Gestaltung einer „therapiefördernden Atmosphäre“ in der Abteilung. Patienten wird viel Raum für die Entwicklung sozialer Kontakte und die Nutzung entspannungs-, gestaltungs- und musik-, kunst- und bewegungstherapeutischer Angebote gegeben. Konzepten der *Körperwahrnehmung*, des *Körpererlebens* und des *Körperausdrucks* schenken wir besondere Beachtung.

Das Pflegepersonal der Station arbeitet in einem bezugspflegerischen Rahmen und ist in die einzel- und gruppen-therapeutische Behandlung cotherapeutisch integriert.

Durch den Dialog und die Integration von Künstlern der Region in die architektonische Gestaltung der Station bemühen wir uns, die Arbeit der Abteilung offen und transparent zu gestalten und Grundverständnisse einer psychosomatischen Medizin und Heilkunde, präventiver Konzepte und einer salutogenetischen Sichtweise auch in die Organisationsentwicklung mit einzubeziehen. Damit wollen wir auch versuchen, vielfach noch bestehende Vorurteile gegenüber psychisch und psychosomatisch erkrankten Menschen und therapeutischen Einrichtungen, vor allem „auf dem Lande“, abzubauen.

Weitere Schwerpunkte unserer Arbeit sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Projekte zur Therapieverlaufs- und Evaluationsforschung in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychologie der Universität München geben wir auch Studenten die Möglichkeit, in unserer Klinik betreute Praktika zu leisten und wissenschaftliche Arbeiten (*Diplomarbeiten, Dissertationen*) zu entwickeln. Der Chefarzt der Abteilung nimmt ab dem SS 1999 einen Lehrauftrag für „*Psychosomatik und Gesundheitspsychologie i.R. der Klinischen Entwicklungspsychologie*“ am Institut für Psychologie der Universität München wahr.

(Dr. phil. Dr. med. Dipl. Psych. Andreas Rimmel)

2. MEDIZINISCHE KLINIK im BÜRGERHOSPITAL STUTTGART

Tunzhofer Str. 14-16, 70191 Stuttgart, Tel. 0711/253-2700 – Fax 0711/ 253-2172

Träger

Stadt Stuttgart

Das Bürgerhospital ist Teil des neu formierten „Klinikum Stuttgart“.

Leitender Arzt

Prof. Dr. Hans-L. Wedler

Größe der Abteilung und Bettenanzahl

Im Bürgerhospital	761 Betten
davon im Zentrum für Innere Medizin	275 Betten
davon in der Medizinischen Klinik 2	84 Betten (auf 3 Stationen)
davon	50 Betten Innere Medizin
	34 Betten psychotherapeutische Medizin

Aufnahme von ca. 1800 stationär behandelten Patienten pro Jahr

(durchschnittliche Verweildauer 14,1 Tage)

davon 39 % Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen/psychosomatischen Störungen (Verweildauer 18,9 Tage).

Der Medizinischen Klinik 2 angegliedert: Interdisziplinäre Intensiv-Station (14 Betten).

Mitarbeiterstruktur und Stellenschlüssel:

11,5 Ärzte:	1 Ärztlicher Direktor
	3 Oberärzte
	6 Assistenzärzte
	4 Ärzte im Praktikum
Pflegedienst:	44 Schwestern und Pfleger
Musiktherapie:	0,5 Musiktherapeutin
Sozialarbeit:	1 Sozialarbeiterin
Zugehörig zum Team:	2 Klinikseelsorger, Physiotherapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie.
Auf der Intensiv-Station:	1 Oberarzt
	3 Assistenzärzte
	20 Schwestern und Pfleger

Einzugsgebiet

Region Stuttgart (Stadt und angrenzende Landkreise)
In einzelnen Fällen auch andere Bundesländer.

Kostenträger

Krankenkassen

Kliniktyp

Akutklinik

Indikationsspektrum

- Akute Erkrankungen aus dem gesamten Bereich der Inneren Medizin
- Internistische Notfälle
- Chronische internistische Erkrankungen (soweit stationäre Behandlungsnotwendigkeit)
- Rheumatologische Erkrankungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und Therapieeinleitung
- Psychosomatische Erkrankungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und Therapieeinleitung, darunter insbesondere
 - somatoforme Störungen
 - somatoforme Schmerzsyndrome
 - Eßstörungen
 - Psychosoziale Krisen, Depressionen und Angststörungen mit körperlichem Korrelat
 - Internistische Folgeerkrankungen und Entzugssyndrome bei Alkohol-, Drogen-, Tablettenabhängigkeit

Inhaltliche Konzeption

Prinzip: In die innere Akutmedizin integrierte Psychosomatik auf tiefenpsychologischer Basis.

(Das Konzept ist eine Weiterentwicklung des am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenszoll in Hamburg realisierten Projektes, siehe Schmeling-Kludas und Wedler).

Motiv für dieses Konzept ist einerseits die Tatsache, daß bei rund 40 % der internistischen Patienten im Akutkrankenhaus psychische, psychosomatische und psychosoziale Probleme im Vordergrund stehen, zum anderen, daß für viele der im Akutkrankenhaus anzutreffenden psychosomatischen Patienten außerhalb keine adäquaten Therapieangebote bestehen (wegen der Schwere der Erkrankung, des hohen Lebensalters, Behinderung, mangelnder Sprachkenntnisse, Randgruppenzugehörigkeit).

Praktisches Vorgehen: Zeitgleich internistische Diagnostik/Therapie und psychosomatischer Zugang zum Patienten. Wesentliche Elemente sind das Gesprächsangebot, die strukturierte Gesprächsführung, die Reflektion von Übertragung und Gegenübertragung, Patientenvorstellung in der psychosozialen Klinikkonferenz, Austausch des multiprofessionellen Teams in Stationskonferenzen.

Zielsetzung: Klärung der (vermutlich) zugrunde liegenden Problematik (Psychodynamik, Beziehungsebene, aktuelle Auslösesituation, „Somatisierungs-Anamnese“, Ressourcen).

Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens

Motivation zur Therapieakzeptanz

Konzeptionelle Gefahren: Die integrierte psychosomatische Arbeitsweise richtet sich ursprünglich ausschließlich an akut internistisch erkrankte Patienten. Mit zunehmendem Bekanntheitsgrad der Abteilung erfolgt eine schleichende Modifizierung der Klientel, da niedergelassene Ärzte darin eine neue Versorgungschance für „Problempatienten“ sehen, insbesondere von Patienten mit chronifizierten somatoformen Störungen, die sich auf eine psychosomatische Behandlung bislang nicht einlassen konnten und/oder die den Hausarzt zeitlich und in seiner ärztlichen Kompetenz übermäßig belasten. Teilweise wird die Abteilung auch benutzt als Übergangsstation von der Inneren Medizin zur Psychiatrie bei krankheitsuneinsichtigen psychiatrischen Patienten. Gelegentlich benutzen gegenüber der psychotherapeutischen Medizin mißtrauisch eingestellte Ärzte die Abteilung, um mittels eines „Versuchsballons“ die Berechtigung ihrer Vorurteile zu überprüfen.

(Prof. Dr. H. Wedler)

REHA-KLINIK GLOTTERBAD

Fachklinik für Psychosomatik, Psychotherapeutische und Innere Medizin

79286 Glottertal, Tel. 07684/809-122, Fax 07684/809-253, e-mail: w.geigges@rehaklinik-glotterbad.de

Träger

LVA Württemberg

Mit den gesetzlichen Krankenversicherungen besteht ein Versorgungsvertrag nach Paragraph 111 SGBV, die Klinik ist beihilfefähig.

Ärztliche Leitung

Abteilung I – Innere Medizin/Psychosomatik

Leitender Arzt: Prof. Dr. med. J. M. Herrmann

Abteilung II – Innere Medizin/Psychotherapie

Chefarzt: Dr. med. W. Geigges

Indikationsspektrum

- Patienten mit chronischen internistischen Erkrankungen, bei denen psychosoziale Faktoren für die Genesung, Verarbeitung und den Verlauf relevant sind
- Patienten mit Krebserkrankungen
- Patienten mit Essstörungen
- Patienten mit funktionellen Störungen
- Patienten mit chronischem Schmerzsyndrom
- Patienten mit neurotischen Persönlichkeitsstörungen
- Patienten mit Belastungsreaktionen und posttraumatischen Anpassungsstörungen

Mitarbeiterstruktur

Das therapeutische Team der Klinik besteht derzeit aus:

- Leitender Arzt (Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapeutische Medizin, Rehabilitationswesen und Psychotherapie)
- Chefarzt (Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapeutische Medizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychotherapie, Rehabilitationswesen)
- Oberarzt (Facharzt für Innere Medizin/Psychotherapeutische Medizin, Pneumologie/Allergologie)
- 11 Assistenzärzte (zum Teil in Teilzeit) Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- 3 Klinische Psychologen/Psychologische Psychotherapeuten
- 2 Ergo-/Gestaltungstherapeuten
- 4 Physiotherapeuten
- 1 Therapeutin konzentrativer Bewegungstherapie sowie 1 Tanztherapeutin
- 5 Masseur und Medizinische Bademeister, darunter 1 Sportlehrer
- 2 Badehilfen
- 1 Diät-Assistentin
- 1 Sozialpädagogin
- 1 Sozialarbeiterin
- 1 Freizeitpädagogin
- 12 examinierte Krankenpflegekräfte
- 5 medizinisch-technische Assistentinnen

Inhaltliche Konzeption

Will „Bio-psycho-soziale-Medizin“ mehr sein als die bloße Addition unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen, Therapiemodelle Menschenbilder – bedarf es eines integrativen Therapiekonzeptes als Voraussetzung für eine „Integrierte Medizin“.

Mindestens 5 verschiedene Integrationsebenen sind dabei zu unterscheiden:

1. Die Integration von somatischer Medizin, psychotherapeutischer Medizin und Sozialarbeit bzw. Sozialtherapie und Sozialmedizin
2. Integration tiefenpsychologischer-systemisch lösungsorientierter- und verhaltensmedizinischer Ansätze.
3. Integration als Herstellung einer Passung zwischen der individuellen Wirklichkeit des Patienten z.B. seinen subjektiven Krankheits- und Gesundheitstheorien sowie individuellen Behandlungszielen, Rehazielen – und dem unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungsmodell der Therapeuten bzw. der Klinik.

4. Berücksichtigung der Auftragskomplexität psychosomatischer Rehabilitation im Spannungsfeld zwischen individueller Wirklichkeit des Patienten, familiären Wirklichkeit und dem sozialen Umfeld, dem Betrieb, dem Hausarzt, Facharzt, dem Betriebsarzt, dem Klinikkontext sowie dem zuständigen Versicherungsträger bzw. Kostenträger.
5. Integration von einerseits individueller Therapie-Zielvereinbarung, individuellem Therapieplan – und andererseits modernen störungsspezifischen Therapiekonzepten (z.B. für Angsterkrankung, Depression, Essstörung, chronische Schmerzsyndrome sowie Patienten mit Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes oder chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen)

Diese vielfältigen Integrationsleistungen sind nur denkbar durch ein gemeinsames Metamodell, wie es die integrierte Medizin derzeit bereitstellt, und zum anderen durch eine sehr enge Abstimmung innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams.

(Dr. med. W. Geigges)

* * * * *

Berichte aus den Regionalgruppen

Folgende Berichte erhielt das AIM-Telegramm direkt aus den Regionalgruppen:

Arbeitsgruppe Reflektierte Kasuistik Basel

Die „Arbeitsgruppe Reflektierte Kasuistik Basel“ besteht weiterhin aus 7 regelmäßigen TeilnehmerInnen. Treffen finden alle 6-8 Wochen im gastfreundlichen Haus von Dr. Pierre Loeb, dem derzeitigen Präsidenten der (Schweizerischen) Akademie für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin, statt. Eine Öffnung des Kreises wurde anlässlich mehrerer zeitgleicher Bewerbungen diskutiert. Die Gruppe möchte sich aber zunächst – etwa für ein weiteres Jahr – konsolidieren, um dann als Multiplikatoren neue Gruppen zu gründen, wobei die Multiplikatoren selbst aber in der Ursprungsgruppe zusammen bleiben sollten. Thematisch stehen häufig die Fragen im Vordergrund, welche sich durch die „Integration“ im Gegensatz zum „Dualismus“ ergeben. Grundsätzliche Theoriediskussionen prägen daher oft die Treffen. Auf der praktischen Ebene kommen die Anstöße immer öfters aus Situationen, in denen den Therapierenden durch Veränderung der Haltung und des Settings von Seiten der PatientInnen die Erwartung entgegengebracht wird, da sei etwas „falsch“ bis hin zur Vorstellung, evtl. „mißbraucht“ zu werden. Für das kommende Jahr ist deshalb ein inhaltliches Ziel, Fallgeschichten intensiv zu untersuchen, in welchen der/ die TherapeutIn mit dem Vorwurf des Mißbrauchs konfrontiert wird. Die Anzeichen sollen besser verstanden werden, und die veränderte Dynamik durch die Integration von somatischem Berühren und psychologischem Interagieren genauer untersucht werden. Wir werden uns mit Fragen zur „malignen Übertragung“, den „blinden Flecken“ auf Seiten der TherapeutInnen, mit dem Konstrukt des „Therapeuten als Substitut“ sowie mit der Dynamik einer „therapeutisch wirksamen Beziehung“ beschäftigen. Dabei soll die Kombination von Literaturstudium und Fallstudium intensiv gepflegt werden.

Dr. med. W. Stadlmayr, Univ.-Frauenklinik, Schanzenstr. 46, CH 4031 Basel, Schweiz, Tel. 0041/61/325 9027; e-mail: WStadlmayr@gmx.de (Werner Stadlmayr)

Regionalgruppe München:

In München hat sich eine Regionalgruppe der AIM etabliert. Der Arbeitsschwerpunkt liegt bei Problemen der Allgemeinmedizin und der Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten und Psychiatern. Arbeitsinstrument ist eine Interventionsgruppe und eine Balintgruppe. Die reflektierte Kasuistik spielt als Methode eine wichtige Rolle.

Dr. med Michael Köhle, Hartweg 17, 82541 Münsing, Tel. 08177/8424, Fax 08177/9118

* * * * *

Der interessante Fall

Negative Emotionen im Umgang mit Problempatienten als therapeutische Chance – ein Fallbeispiel aus der Allgemeinarztpraxis

Erstkontakt

Das Ehepaar M. war neu in den Einzugsbereich der Arztpraxis gezogen. Frau M. bat um die Betreuung ihres Ehemannes, der nicht mehr in der Lage sei, das Haus zu verlassen. Sie war eine 73 Jahre alte Patientin, klein, unternetzt, einerseits bemüht um gute Kooperation und fürsorglich, andererseits erzählte sie ununterbrochen, was die Kommunikation mit ihr erschwerte. Herr M., ebenfalls 73 Jahre alt, saß beim ersten Hausbesuch auf der Wohnzimmercouch, schläfrig, etwas abwesend, antwortete auf alle Fragen langsam und desinteressiert. Der Arzt spürte dabei die eigene Angst vor einer heftigen Reaktion des Patienten. Vorgeschichte und aktueller Befund Diagnosen: koronare Dreifäßkrankung mit Z.n. Stentimplantation, art. Hypertonie, beginnende arteriosklerotisch bedingte Demenz mit mehreren im CT nachgewiesenen kleinen Hirninfarkten, Z.n. Prostata-Ca, Harninkontinenz. Herr M. meinte, daß es ihm gut gehe, Frau M. gab an, daß er hin und wieder über Herzschmerzen und Schwindel klagen würde. Keine neurologischen Ausfälle. Er konnte sich mit Hilfe eines Gehbänkchens innerhalb der Wohnung langsam bewegen. Das sei jedoch von Tag zu Tag sehr verschieden. Außerdem würde er täglich bis etwa gegen Mittag schlafen. Die durch Selbstmessung festgestellten RR-Werte schwankten erheblich zwischen 120/80 und 190/120. Medikamente: Molsidomin, Felodipin, Ramipril, Memantin-HCl, ASS.

„Krise“

In der folgenden Zeit gestaltete sich die Betreuung von Herrn und Frau M. zunehmend problematisch. Herr M. klagte häufig über Herzschmerzen, Schwindel und weitere körperliche Symptome. Mehrfach kam es zu Stürzen innerhalb der Wohnung. Frau M. beschwerte sich über das unkooperative und aggressive Verhalten ihres Mannes. Wenn er einmal aus dem Bett aufgestanden sei, würde er sich über jede Kleinigkeit aufregen, laut brüllen und sie ständig in Anspruch nehmen. So könne sie kaum noch aus dem Haus gehen. Frau M. bat oft um einen Hausbesuch oder holte sich persönlich und telefonisch Rat in der Arztpraxis. Ein Therapieversuch mit Eunerpan erwies sich als erfolglos bezüglich des aggressiven Verhaltens von Herrn M. In der Zeit von 3/98 bis 12/98 wurde 8mal der Rettungsdienst gerufen. Es kam zu 6 stationären Aufenthalten von 1 bis 4wöchiger Dauer (mit einer vorzeitigen Entlassung auf Wunsch des Patienten) mit z. Teil unterschiedlichen Diagnosen: dekompensierte KHK, VES, Hypertonie, V.a. pulmonale Embolie, Hypoxämie mit Schlafapnoesyndrom. Ein Homoxygenator wurde verordnet. Eine erneut durchgeführte Linksherzkatheteruntersuchung ergab keine klinisch relevante Stenose (40-50% Stenosen von RCX,RIA,RCA). Diese Ereignisse führten auf seiten des behandelnden Hausarztes zunehmend zu Gefühlen von Ratlosigkeit und Groll bei gleichzeitiger Einsicht in die von Frau M. geschilderte langjährige Eheproblematik.

„Psychosoziale Intervention“

Ein Versuch von seiten des Arztes, die Eheproblematik des Paares zu verbalisieren und eine Änderung des Verhaltens anzumahnen, beeindruckte Herrn M. wenig, während Frau M. eifrig zustimmte: „Ja, genauso sei es“. Daraufhin stellte sie sich in der Sprechstunde der Kollegin wegen Depressivität und Magenbeschwerden vor. Nach dieser mißlungenen psychosozialen Intervention entschloß sich der Autor, die Flucht nach vorn anzutreten, sozusagen den ständigen Hilfesuchen zuvorkommend, und sich einmal wöchentlich zum Hausbesuch anzumelden. Diese Veränderung erfolgte 11/98.

Weiterer Verlauf

Ab 1/99 kam es zu einer deutlichen Entspannung der Gesamtsituation. Notdienste wurden nicht mehr angefordert, es erfolgten keine stationären Einweisungen mehr. Gleichzeitig wurde ein weiterer Versuch mit einem sehr niedrig dosierten Neuroleptikum (Risperidon) unternommen, was zu einer Sedierung von Herrn M. führte. Die Medikation mußte aber nach 4 Wochen wieder abgebrochen werden, da es zu Schluckstörungen und zu verstärkt auftretender Stuhlinkontinenz führte. Weiterhin wurden regelmäßig 1mal pro Woche Hausbesuche durchgeführt, motiviert durch die Absicht, „das Spiel mitzuspielen“. Dabei stellten sich beim Arzt zunehmend positivere Wahrnehmungen der Patienten ein. Die Hausbesuche wurden nicht mehr von einem Gefühl der Ratlosigkeit begleitet, sondern (manchmal) wie der Besuch bei Bekannten erlebt. Verbalisiert wurde dieser Beziehungsaspekt nicht, es blieb während der Hausbesuche beim Erfragen der Beschwerden, der körperlichen Untersuchung, dem Ausstellen von Rezepten und dem Beantworten der zahlreichen Fragen von Frau M. Der Gesamtzustand von Herrn und Frau M. ist weiterhin stabil.

Interpretation der psychosozialen Zusammenhänge

Die geschilderte Symptomatik kann als Ausdruck eines chron. Partnerkonflikts verstanden werden. In einer Atmosphäre des Sich-vom-anderen-tyrannisiert-Fühlens wird jedes Krankheitssymptom diesen Konflikt verschärfen, bzw. ist die Äußerung eines Symptoms untrennbar mit dem Beziehungsaspekt verbunden. Die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems führt dann nicht nur zu mehr oder weniger notwendigen medizinischen Maßnahmen, sie entlastet auch zeitweise von der Beziehungsproblematik. Letzteres gilt vor allem für Frau M. Mit dem regelmäßig einmal pro Woche durchgeführten Hausbesuch wird nun ein für die Patienten „heilsames“ (Beziehungs)angebot unterbreitet: es wird nicht (durch negative Emotionen des Arztes) hervorgerufene Ablehnung signalisiert, sondern Interesse und Verfügbarkeit. In dieser stützenden Beziehung verlieren die Krankheitssymptome an Bedrohlichkeit und werden als nur z.Teil medizinisch beeinflussbar akzeptiert.

Schlußfolgerung

Die oben beschriebene Beziehungsarbeit ist eine mögliche Erklärung für Besserung der Krankheitssymptomatik und des Krankheitsverhaltens in dieser Patientengeschichte. Dabei wird deutlich, daß gerade bei Problempatienten die im Verlauf der Behandlung entstehenden Emotionen die Möglichkeit für eine bestimmte Beziehungsgestaltung und damit therapeutisches Vorgehen bieten.

(Dr. Thomas Steger, Kreiskrankenhaus Naila, Hofer Str. 45, 95119 Naila, Th.Steger@t-online.de)

* * * * *

Initiativen – Projekte – Forschung

EMDEN

Am 31.3.2000 wird das Forschungsprojekt „Psychosoziale Rehabilitation in der Hausarztpraxis“ (Finanzierung mit 200.000,- DM durch das Nieders. Min f. Wissenschaft und Kultur) nach 2 ½ Jahren Praxisforschung beendet sein. In diesem Projekt wurden in enger Kooperation mit fünf Hausärzten 20 Patienten und Patientinnen (zwischen 35 und 55 Jahre alt) begleitet, die seit min. fünf Jahren in hausärztlicher Behandlung sind, ohne daß es ihnen gesundheitlich wesentlich besser oder schlechter geht. Arzt und Patient sind nicht zufrieden mit der Behandlung. Die Ärzte hatten je 4 Patienten ausgesucht und gefragt, ob sie bereit sind das Angebot des Forschungsprojekts wahrzunehmen. Dieses diagnostische und vor allem ‚beratend-begleitende‘ Angebot bestand darin, die hausärztliche Arbeit mit spezifischen psychosozialen Interventionen zu ergänzen. Dies geschah über 18 Monate ...und brachte spannende Ergebnisse zu dem Komplex ‚Chronifizierung‘ und ‚Langzeitkonsultationen‘, die wir z. Zt. auswerten.

(Prof. Dr. Alex Schaub, Fachhochschule Ostfriesland, FB Sozialwesen, Emden, schaub@perseus.fho-emden.de (Alex Schaub))

* * * * *

Streiflicht

ONE AND THREE CHAIRS

Diese Installation von Joseph Kosuth aus den 60er Jahren läßt sich betrachten als Hinweis auf verschiedenartig codierte Phänomene, mit denen wir es auch in der Medizin zu tun haben. **Thema der Installation ist die Umcodierung.**

Der Stuhl steht für die materiell vorzeigbaren Symptome wie Hautveränderungen, Verletzungen usw. Das linke Foto eines Stuhls steht für die technischen Verfahren, mit denen wir Werte und Symptome abbilden, weil unsere Sinnesorgane hierfür nicht ausreichen (EKG- Veränderungen, gastrokopische Bilder usw.). Dabei werden im technischen Verfahren von Menschen erkannte ikonische Phänomene umcodiert in andere ikonische Phänomene. Das entstehende Bild kann ein indexikalisches Zeichen werden für das Bezeichnete, auf das es verweist: den Stuhl.

Die rechte Lexikondeinition für „Stuhl“ steht für die Möglichkeit, mit Hilfe des sprachlichen Codes etwas zu bezeichnen, was nicht vorzeigbar ist, weil es zeitlich und örtlich entfernt liegt. Die sprachliche Codierung ist eine symbolische Codierung. Sprache selbst besteht aus ikonischen Sprechlauten, die der Sprecher zu indexikalischen Wörtern zusammenfügt, woraus symbolische Sätze für ihn entstehen, die der Hörer erst decodieren muß.



Symptome wie Müdigkeit oder Schmerz lassen sich nicht materiell vorzeigen wie der Stuhl in der Mitte und auch nicht fotografieren wie auf der linken Fotografie. Nur an indirekten Zeichen wie Körperhaltung, Abstand der Augenlider usw. läßt sich für den Beobachter auf eine Müdigkeit schließen: Der Betrachter codiert sie in diesen Zeichen indirekt. Wir können aber unsere Müdigkeit durch Sprechen umcodieren. Schmerz kann ebenfalls nicht vorgezeigt, sondern nur indirekt codiert werden, z. B. über die Position der Gesichtsmuskulatur. Ähnliches gilt für viele vegetative Beschwerden und Konversionssymptome.

*(Dr. med. Ludger Albers, Deutsche Klinik für Diagnostik, FB. f. Psychosomatische Medizin,
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, psysom@aol.com)*

Stellenangebote

Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH

Saußbachstraße 30, 94078 Freyung,

Tel.: 08551-911-678/-686, Tel.: 08551-911-685, e-mail: andreas.remmel@tonline.de

ABTEILUNG FÜR PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN (20 Akutbetten) stellt ein:

1 Psychologische(n) Psychotherapeuten/in in stellvertretender Leitung

- Wir bieten:
- einzel- und gruppentherapeutische Betreuung von Patienten aus allen Indikationsgebieten der Psychosomatischen Medizin
 - Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und kreativtherapeutisch orientierten Verfahren
 - Mitverantwortung in Leitung u. Entwicklung der Abteilung
 - interne und externe Fall- und Team-Supervision
 - Vergütung nach BAT, mit allen üblichen Sozialleistungen
 - Wissenschaftliche Begleitforschung
 - Promotionsmöglichkeit in Klinischer Psychologie an der Universität München

Im Rahmen des Interdisziplinären Modellprojekts **KLINISCHE MEDIZIN/ALLGEMEINMEDIZIN** stellen wir ein:

6 Ärztinnen/Ärzte-im-Praktikum

Träger des Projektes sind die Abteilungen für Innere Medizin (CA Dr. Reichenberger), Chirurgie (CA Dr. Reithmair), Anästhesie (CA Dr. Hindra), die Belegabteilung für Gynäkologie (Dr. Fennefroh), die Praxis für Radiologie (Dr. Possberg) und die Abt. für Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin (CA Dr. Dr. Dipl. Psych. Rimmel) an den Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH (i.G.).

Wir bieten:

- 18 Monate Stationstätigkeit (*Rotation*): Innere Medizin/Radiologie, Psychosomatik und Chirurgie/Gynäkologie
- *Clinical Training*:
 - Klinische Untersuchung, Anamnese, Gesprächsführung
 - Kardiologische und pulmonologische Funktionsdiagnostik (*EKG, LZ-EKG, Belastungs-EKG, Herzecho, Lungenfunktionsprüfung*)
 - Sonographie, Einführung in die Endoskopie
 - Radiologische Diagnostik (*Röntgen, CT, MRT, Mammographie*)
 - Nothilfe, Notfall- und Intensivmedizin, operative Notfallversorgung
 - Geburtsmedizin, Entbindungen
 - Psychosomatische Diagnostik und Therapie, Krisenintervention, Pharmakotherapie
 - Interdisziplinäre Schmerztherapie
 - Klinische Fall-Supervision, Balintarbeit.
- Unterkunft und Verpflegung im Personalwohnheim der Klinik

Wir erwarten:

- Interesse an patientenorientierter klinischer Arbeit
- Interesse an wissenschaftlicher Begleitforschung
- überdurchschnittliches Engagement, Interesse an Weiterbildung/Qualifizierung.

Die Stadt Freyung liegt landschaftlich äußerst reizvoll am Nationalpark Bayerischer Wald, 40 km nordöstlich von Passau, ca. 100 km von Regensburg, ca. 200 km von München, Salzburg, Linz und Prag entfernt, und verfügt über einen hohen Freizeitwert.

Bitte richten Sie Ihre schriftliche Bewerbung innerhalb von **4 Wochen** an:

Herrn Chefarzt Dr. phil. Dr. med. Dipl. Psych. A. Rimmel
Abt. für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
an den Kliniken des Landkreises Freyung-Grafenau gGmbH
Krankenhausstraße 6, 94078 Freyung
Tel. Auskunft unter: 08551-977-152 (Sekretariat)

* * * * *

Kontaktadressen:

Geschäftsstelle: Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Bertram, Lenzhalde 3, 70192 Stuttgart, Tel. 0711/2 29 87 18, Fax: 0711/2 29 87 50 – e-mail: wulf.bertram@schattauer.de

Wichtige Termine 1999 – Veranstaltungen der AIM

19.–20.5.2000 in Hamburg

Lehrkörpertreffen

22.–23.09.2000 in Stuttgart

7. Jahrestagung der Akademie für Integrierte Medizin und Mitgliederversammlung

homepage im internet: www.int-med.de

(An dieser Stelle speziell an Bernd Hontschik in Frankfurt ein ganz herzliches Dankeschön für den unermüdlichen Einsatz für die Erstellung und die laufende Betreuung der homepage!)

Regionalgruppen der AIM:

Etablierte Regionalgruppen (Kontaktadressen):

- Berlin: Prof. Dr. med. Walter Burger, Med. Fakultät der Charité, Reformstudiengang Medizin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Tel: 030/45076021, Fax: 030/45076912, Email: walter.burger@charite.de
- Freiburg: Dr. med. Werner Geigges, Tel. 07684/809 122/809 121, Fax: 07684/809 250
- Frankfurt: Dr. med. Bernd Hontschik, Tel. 069/28 58 94, Fax: 069/131 01 44 – email: dr.bernd.hontschik@t-online.de
- Hamburg: PD Dr. med. Christoph Schmeling-Kludas, Tel. 04551/802-0, Fax: 04551 802-4805
- Hannover: Dr. med W. Kämmerer, Krankenhaus Henriettenstiftung, Klinik für Psychosomatische Medizin, Schwemannstr. 19, 30559 Hannover, Tel. 0511/289-3131, Fax: 0511/289 3064
- Heidelberg: Dr. med. Jana Jünger, Tel. 06221/164 795 – e-mail: jana_juenger@ukl.uni-heidelberg.de
- München: Dr. med. Michael Köhle, Hartlweg 17, 82541 Münsing, Tel. 08177/8424, Fax 08177/9118
- Münster: Dr. med. Gabriele Schlitt, Tel./Fax: 0251/51 85 85
- Nürnberg: Herbert Kappauf, Tel. 0911/398 3060 – e-mail: herbert.kappauf@t-online.de
- Stuttgart: Prof. Dr. med. Hans Wedler, Tel. 0711/253-2700, Fax: 0711/253-2172
- Wiesbaden: Dr. med. L. Albers, Tel. 0611/57 72 52, Fax: 06131/33 72 04 – e-mail: psysom@aol.com
- Arbeitsgruppe Reflektierte Kasuistik
- Basel: (Dr. med. Werner Stadlmayr, Lorettostr. 10, 79100 Freiburg /Br., Tel./Fax: 0761/707 5075)

Dringende Bitte: Falls eine dieser Adressen sich geändert hat, Fehler enthält oder jemand vergessen wurde, bitte für das nächste AIM-Telegramm melden!! Sinnvoll ist in jedem Fall, daß die Kontaktpersonen ihre **Fax-Nummer** und ihre **email-Adresse** mitteilen.

Kontaktadresse des AIM-Telegramms: Dr. Philipp Herzog, Zickzackweg 10a, 22605 Hamburg, Tel. und Fax: 040/880 1408, e-mail: drphertzog@aol.com.

Bei Zusendung von längeren Texten: (bitte, bitte) nur als Diskette (Lieblingsformate: txt, wps oder doc) oder noch besser als email an die obenstehende Koordinationsadresse. **Diskette und e-mail ersparen eine Menge Arbeit für das Abtippen und erleichtern das Layout sowie die Übergabe an die Geschäftsstelle zum Versand des AIM – Telegramms.**

* * * * *